

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

**Terapia narrativa:
en perspectiva**

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ €

114

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 30, Número 114, Noviembre, 2019 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta,
Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta,
Co-directora del Instituto Erich Fromm de
Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta,
Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico,
psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta.
FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon
Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga,
Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta,
Co-director del Instituto Erich Fromm de
Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta,
Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense
de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de
Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de
Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia,
España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de
Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid,
España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del
Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna,
Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de
Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé,
Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla,
Sevilla, España

Elena Gismiero González, Universidad Pontificia
de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrula Peña, Universidad
Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna,
Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de
Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortiz, Universidad de Guadalajara,
Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar
Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

Maria de los Ángeles López González, IUED,
UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia
Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapelx Costas, Fundación para la
Investigación en Psicoterapia y Personalidad,
Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la
Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñiz García, Universidad
Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación
Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en
la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut
Mental de la Infància i l'Adolescència, Palma de
Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de
la Federación Española de Asociaciones de
Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de
Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados
Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de
Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco,
San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia
Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna,
Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en
Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga,
Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid,
España

Begoña Roji Menchaca, UNED, Madrid, España

M^a Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid,
España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia,
Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia
Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva,
Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino
Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Crossref, PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Depósito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en Times New Roman, **12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; nombre y apellidos de todos los autores e institución a la que pertenecen; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el resumen y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El resumen (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La tercera página comenzará de nuevo con el título del artículo y continuará con la introducción del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las citas textuales o directas (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: Apellido del autor, Año, número de página de la que se ha extraído la cita. Si la cita es menor de 40 palabras, se inserta el texto entre comillas dobles; si el número de palabras es de 40 palabras o más, la cita comienza en bloque, en un renglón separado, con indizado de 5 espacios sin comillas. Las citas indirectas o no textuales (paráfrasis) siguen la fórmula: Apellido del autor, Año. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una nueva página, después del apartado de discusión, a doble espacio y en sangría francesa. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el 40% de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los últimos cinco años. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial).

En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información.

Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la *Revista de Psicoterapia*.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la *Revista de Psicoterapia* son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Director:
director@revistadepsicoterapia.com
Editor:
editor@revistadepsicoterapia.com

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
C/ Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

Suscripciones en <http://revistadepsicoterapia.com> o bien rellenado el siguiente

BOLETIN DE SUSCRIPCION y enviándolo a la dirección de la Administración.

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

País:

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso
 VISA
 MasterCard



Tarjeta Nº:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha caducidad: __ / ___ / ____

Precio de la suscripción anual:
Países comunitarios 55 EUR
Países extracomunitarios ... 70 EUR

Firma: _____

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará I.R.I.F., S.L., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:

--	--	--	--	--

 Oficina:

--	--	--	--	--

 DC:

--	--

 Cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

País:

Fecha y Firma: _____



CONTENIDO

Monográfico: Terapia narrativa: en perspectiva Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona

Editorial	
La terapia narrativa en perspectiva.....	1
Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona	
Conversaciones sobre la Terapia Narrativa en Perspectiva Narrativa: Pasado, Presente y Futuro.....	5
Carlos Alexis Chimpén-López y Meritxell Pacheco	
Historia, Conversación y Acontecimiento: Tres elementos de la Narración Terapéutica	17
Ricardo Ramos Gutiérrez	
¿Cómo funciona la terapia narrativa? Una revisión de la investigación de procesos y procesos-resultados	31
Danilo Moggia	
Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: Aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa.....	57
Luís Botella García de Cid y Berta Vall Castelló	
Usando la Metodología Narrativa del Equipo de la Vida con Adolescentes de Pisos de Acogida y de Medidas Judiciales.....	95
Carlos Alexis Chimpén-López y David Denborough	
La carta relacional en terapia de pareja: Un recurso narrativo para la reconstrucción de la ética y el bienestar interpersonal	107
Adrián Montesano y Ottar Ness	
Significado y cambio narrativo a través del juego corporal: ¿Qué se juega en el juego de la casa en psicomotricidad?.....	129
Joaquim Serrabona Mas	

——Artículos del monográfico de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Ser tú o ser yo: Esa es la cuestión.	
Elaboración del duelo por la muerte de una madre	155
Adriana Aulet, Olga Herrero y Robert A. Neimeyer	
Moral Character, Moral Agency and the Genres of the Representation of Others.....	171
David Epston	
Potenciando la Reautoría de los Adolescentes Adoptados: El patito que aprendió que nunca fue feo	195
Sandra Ger Cabero, Meritxell Pacheco Pérez y Elisabet Solórzano Fàbrega	
Diálogo Abierto: Una Aproximación Narrativa a un caso de Terapia de Pareja con Malestar Conyugal	209
Lourdes Artigas Miralles, Anna Vilaregut Puigdesens, Berta Vall Castelló, Clara Mateu Martínez y Jaakko Seikkula	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Psicoterapia en los Tiempos de Instagram: Las Redes Sociales en la Construcción de Narrativas	225
Álvaro Orosa Duarte, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega	
Recensión de libros	233
Uncovering spiritual narratives	
Carlos Alberto Rosas Jiménez	

CONTENTS

Monographic: Narrative therapy: an overview Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona

From the editor	
Narrative Therapy in Perspective	1
Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona	
Conversations about narrative therapy in narrative perspective: Past, present and future.....	5
Carlos Alexis Chimpén-López y Meritxell Pacheco	
History, Conversation and Event: Three Elements of the Therapeutic Conversation	17
Ricardo Ramos Gutiérrez	
How Does Narrative Therapy Work? A review of Processes and Process-Outcome Research	31
Danilo Moggia	
Toward phenomenological comprehension of meaning construction process: Narrative assessment grid applicability	57
Luís Botella García de Cid y Berta Vall Castelló	
Using the Team of Life Narrative Methodology with Adolescents from Foster Homes and Homes of Judicial Measures.....	95
Carlos Alexis Chimpén-López y David Denborough	
The relational letter in couple therapy: A narrative resource for the reconstruction of interpersonal ethics and welfare	107
Adrián Montesano y Ottar Ness	
Meaning and narrative change through corporal game: What is played in the ‘house building game’ in psychomotricity?.....	129
Joaquim Serrabona Mas	

——Open Access Monographic Articles——
 (accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Being You or being Me: That is the question. The evolution of grief after the death of a mother	155
Adriana Aulet, Olga Herrero y Robert A. Neimeyer	
Moral Character, Moral Agency and the Genres of the Representation of Others.....	171
David Epston	
Promoting re-authoring in adopted adolescents: The duckling that learned that it was never ugly.....	195
Sandra Ger Cabero, Meritxell Pacheco Pérez y Elisabet Solórzano Fàbrega	
Open Dialogue: A Narrative Approach to a Case of Couple Therapy with Conjugal Distress	209
Lourdes Artigas Miralles, Anna Vilaregut Puigdesens, Berta Vall Castelló, Clara Mateu Martínez y Jaakko Seikkula	

——Open Access Articles——
 (accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Psychotherapy in the Times of Instagram: Social Media in the Narrative Construction.....	225
Álvaro Orosa Duarte, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega	
Book Review	
Uncovering spiritual narratives.....	233
Carlos Alberto Rosas Jiménez	

EDITORIAL: LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA

FROM THE EDITOR: NARRATIVE THERAPY IN PERSPECTIVE

Meritxell Pacheco

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-1425>

Joaquim Serrabona

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9550-8664>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pacheco M. y Serrabona, J. (2019). La Terapia Narrativa en Perspectiva. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 1-4. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.328>

Dedicamos este número monográfico a la Terapia Narrativa (TN). Y aunque en el título lo expresamos en singular, en agradecimiento infinito a sus creadores, entendemos el alcance actual de la terapia narrativa desde la pluralidad de enfoques constructivistas y construccionistas que consideran la identidad humana desde una perspectiva narrativa y entienden la terapia desde la libertad del re-narrarse hacia formas más satisfactorias de ser y estar en el mundo. Enfoques que enfatizan el origen cultural y relacional de las conversaciones en las que nos creamos y contribuimos a crear a los demás. Desde los orígenes de la terapia narrativa con el emblemático *Narrative means for therapeutic ends* (1990) en el que Michael White y David Epston, desde el trabajo social, presentaban una apuesta atrevida, creativa, que rompía completamente con el lenguaje patologizante y objetivista que imperaba por aquel entonces en las consultas y en las facultades de Psicología, la teoría y la práctica de la terapia, no pudieron seguir siendo igual. Comenzamos a hablar de la magia, los deseos, la proactividad, las narrativas alternativas, el poder del lenguaje, los discursos esclavizadores, dominantes, aplastantes del buen humor familiar, de genios buenos y no tan buenos... un lenguaje optimista, mágico, en ocasiones

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: meritxellpp@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Meritxell Pacheco Pérez, C.Cister 34, 08022 Barcelona. España

© 2019 Revista de Psicoterapia



lúdico, y siempre posibilitador, que hasta ese momento había quedado fuera de las consultas de psicoterapia y de las aulas de Psicología. Ese fue el principal mérito de White y Epston, llenar de nuevas posibilidades la experiencia de la psicoterapia.

Tuvieron esa idea brillante que a algunos nos cambió la historia, y la historia de la terapia narrativa continúa para todos. Durante el tiempo que Michael White co-dirigió el *Dulwich Center*, en *Adelaide, Australia* hasta su repentina muerte en 2008, nunca dejó de desarrollar nuevas ideas e impulsar la creatividad, y ese sigue siendo el espíritu del *Dulwich Center* y de la terapia narrativa en la actualidad. También David Epston sigue contribuyendo a mantener el espíritu de los orígenes de la terapia narrativa a la vez que alentando nuevas e inspiradoras prácticas. Muestra de ello es la comunidad virtual *narrativeapproaches.com* que fundó conjuntamente con Jennifer Freeman y Dean Lobovits en la que comparten valiosos recursos históricos y más recientes sobre las prácticas narrativas.

En España tenemos la Asociación Española de Terapia Narrativa, AETEN que tiene como objetivo principal el fomento de la investigación y el desarrollo de la terapia narrativa. En línea con los propósitos de AETEN, desde el *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya*, COPC, constituimos en 2018 el Grupo de trabajo en intervención narrativa, coordinado por los firmantes de este editorial. La coordinación del presente monográfico sobre terapia narrativa es el primer resultado por escrito de nuestra labor conjunta en el COPC y seguiremos esforzándonos para impulsar nuevas contribuciones al conocimiento y desarrollo de la intervención narrativa.

El primero de los artículos del monográfico, firmado por Carlos Chimpén-López, presidente de AETEN, y Meritxell Pacheco, coordinadora del grupo de trabajo en intervención narrativa del COPC es, de hecho, el testimonio escrito de una de las actividades realizadas en colaboración, *El Matí Narratiu*. Los autores son, además, profesores de la *Universidad de Extremadura* y de la *Universitat Ramon Llull*, respectivamente. El artículo es la transcripción de la entrevista efectuada al Dr. Chimpén y constituye una magnífica reflexión sobre el tema general de este monográfico: la terapia narrativa en perspectiva, entendida en este caso desde la dimensión temporal implícita en la actividad narrativa. Se conversa sobre la terapia narrativa en el momento actual, desde sus orígenes, y mirando hacia el futuro, incluyendo reflexiones sobre la formación de terapeutas noveles que serán quienes, finalmente, recogerán el testigo.

En el siguiente artículo, Ricardo Ramos, desde la Unidad de Psicoterapia del *Hospital de Sant Pau*, nos propone la reflexión sobre los mecanismos dialógicos y narrativos implícitos en el cambio terapéutico. Desarrolla e ilustra, a partir de ejemplos de caso, cómo el conocimiento de las lógicas narrativas y conversacionales ayudan al terapeuta a situarse ante los acontecimientos que suceden en terapia y a ayudar a los consultantes a poder encontrar un final más satisfactorio para su historia.

Debido justamente a que la teoría de la terapia narrativa implica no dejarse dominar por discursos totalizantes y mantener el espíritu libre y creativo, a menudo ha entrado en aparente contradicción con algunos estándares requeridos por la

comunidad científica. Esto ha hecho que en ocasiones pueda haberse cuestionado el carácter científico de la terapia narrativa. Por eso es tan bienvenido el artículo de revisión que firma Danilo Moggia, en el que sintetiza las principales investigaciones publicadas sobre procesos y procesos-resultados en TN, y que le llevan a poder afirmar la eficacia de la terapia narrativa, así como a concluir sobre algunos de los procesos que llevan al cambio en terapia.

En el siguiente capítulo, Lluís Botella y Berta Vall, desde la *Universitat Ramon Lull*, examinan la narrativa en psicoterapia desde la perspectiva constructivista, cognitiva, sistémica y posicionan su trabajo en el constructivismo relacional. Contrastan la aplicabilidad y relevancia de la Rejilla de Evaluación Narrativa (Botella y Gámiz, 2012) para el análisis de dimensiones narrativas en función de la demanda.

Posteriormente, y entrando en la aplicación práctica de la TN, tal y como se entiende desde sus orígenes, Carlos Chimpén-López, desde la *Universidad de Extremadura* y David Denborough desde el *Dulwich Center*, ilustran cómo la metodología del equipo de la vida posibilita reconstrucción de la identidad de los adolescentes que viven en régimen de acogida y de cumplimiento de medidas judiciales con equipo educativo.

Siguiendo con las colaboraciones, Adrián Montesano desde la *Universitat Oberta de Catalunya* y Ottar Ness desde la *Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología*, explican e ilustran a partir de un caso el uso de la carta relacional en terapia de pareja y analizan el impacto de la técnica en el bienestar de la pareja. En el texto se aúnan magistralmente el rigor científico y la sensibilidad clínica.

En el último de los artículos del monográfico en papel, Joaquim Serrabona, de la *Universitat Ramon Lull*, desde su amplia experiencia como psicomotricista, explora las posibilidades educativas y terapéuticas del juego de la casa desde un enfoque narrativo.

Fuera del monográfico en papel, en formato *Open Access*, el lector encontrará cuatro artículos más. El primero de ellos, fruto de la intensa y extensa colaboración de Robert Neimeyer, desde el *Portland Institute*, e investigadores constructivistas de la FPCEE Blanquerna (*Universitat Ramon Lull*), nos llega el trabajo firmado por Adriana Outlet, Olga Herrero y Robert A. Neimeyer. En él, los autores ilustran a través del análisis de un caso, la intervención narrativa en duelo desde un posicionamiento constructivista. El segundo de ellos, una magnífica contribución de uno de los creadores de la TN, David Epston, co-director del *The Family Therapy Centre, Auckland*. Es el texto de una conferencia ofrecida en San Antonio, Texas, en la que se plantean formas de aproximarse a conversaciones que enfatizan el carácter moral de las personas en relación con el Problema que las acosa y en la que se ilustra el trabajo propuesto mediante el uso de contradocumentos.

El tercero de los artículos en *Open Access*, escrito por Sandra Ger, Meritxell Pacheco y Elisabet Solórzano, desde la línea de investigación sobre filiación adoptiva de la *Universitat Ramon Lull*, ilustran a partir de un estudio de caso el por qué y el cómo del trabajo de re-autoría con adolescentes adoptados y sus familias.

Para finalizar, ofrecemos uno de los resultados de una prolífica colaboración internacional entre el grupo de investigación de pareja y familia de la *Universitat Ramon Llull* y Jaakko Seikkula, de la *Universidade de Jyväskylä*, Finlandia. En este artículo, Lourdes Artigas y sus coautores nos presentan un estudio de caso, desde la perspectiva del *self* dialógico, sobre una pareja que se enfrenta a la depresión.

No queríamos finalizar este editorial sin agradecer la labor que se realiza desde la Revista de Psicoterapia, siempre impecable, y que además tiene la virtud de saber aunar el interés clínico con el rigor científico en cada uno de sus números. Gracias también a Carlos Chimpén por su inestimable consejo y apoyo en la planificación y preparación de este monográfico.

Referencias Bibliográficas

- Botella, L. y Gámiz, M. (2012). Narrative Assessment in Psychotherapy: A constructivist Approach. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker y N. Crittenden (Eds.), *Personal Construct Methodology* (pp. 247–268). West Sussex, Reino Unido: John Wiley.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, NY: Norton.

CONVERSACIONES SOBRE LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA NARRATIVA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

CONVERSATIONS ABOUT NARRATIVE THERAPY IN NARRATIVE PERSPECTIVE: PAST, PRESENT AND FUTURE

Carlos Alexis Chimpén-López

Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura. Cáceres, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9384-3960>

Meritxell Pacheco

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna,
Universitat Ramon Llull. Barcelona. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-1425>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Chimpén-López, C. A. y Pacheco, M. (2019). Conversaciones sobre la Terapia Narrativa en Perspectiva Narrativa: Pasado, Presente y Futuro. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 5-16. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.317>

Resumen

Este trabajo es la transcripción de una entrevista realizada por Meritxell Pacheco, coordinadora del grupo de trabajo del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, COPC: La Narrativa en Educació i en Psicoteràpia, a Carlos Chimpén, presidente de AETEN, Asociación Española de Terapia Narrativa. La entrevista se desarrolla en el contexto de la jornada El Matí Narratiu, celebrada en la sede del COPC y permite reflexionar sobre la terapia narrativa en el momento actual, comprendiendo sus orígenes, y anticipando posibles desarrollos futuros. También se conversa sobre las posibilidades de formación de terapeutas noveles y sobre como es necesario que a medida que se gana en experiencia se deconstruyan los mapas de la práctica narrativa de Michael White y se recupere el espíritu de aventura de la terapia narrativa.

Palabras Clave: *psicoterapia narrativa, técnicas terapéuticas, mapas de la práctica narrativa, conversación, co-construcción.*

Abstract

This work is the transcript of an interview conducted by Meritxell Pacheco, coordinator of the working group of the Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, COPC: La Narrativa en Educació i en Psicoteràpia, to Carlos Chimpén, president of AETEN, Asociación Española de Terapia Narrativa. The interview takes place in the context of the Matí Narratiu conference, held at COPC headquarter, and allows us to reflect on narrative therapy at the present time, understanding its origins, and anticipating possible future developments. It is also talked about the possibilities of training for new therapists and how it is necessary that as someone gains experience, maps of Michael White's narrative practice are deconstructed and the adventure spirit of narrative therapy could be restored.

Keywords: *narrative psychotherapy, therapeutic techniques, maps of narrative practice, conversation, co-construction.*

Fecha de recepción: 15 de julio de 2019. Fecha de aceptación: 16 de septiembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cchimpen@unex.es

Dirección postal: Carlos Alexis Chimpén, Avda. de la Universidad s/n, 10002, Cáceres.

© 2019 Revista de Psicoterapia



Meritxell (M): Conversamos con el Dr. Carlos Chimpén, presidente de AETEN, Asociación Española de Terapia Narrativa, en el contexto de la jornada *El Matí Narratiu*, organizada en el *Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya*, COPC, por el grupo de trabajo: *La Narrativa en Educació i en Psicoteràpia* que tengo el placer coordinar. El Dr. Chimpén acaba de participar con la conferencia titulada *Terapia Narrativa: Co-Construyendo el Futuro de Nuestras disciplinas*, en la que nos ha transmitido lo que él denomina “el espíritu de la aventura narrativa” y que consiste en dejarse llevar por las posibilidades de co-creación que se abren en cada nueva conversación con un consultante y contribuir a que, como él mismo dice, surja la magia.

Explícanos, Carlos, ¿cómo entiendes tú la aventura narrativa?

Carlos (C): La aventura narrativa es comprender que la persona o personas que tienes delante van a crear ciertos contextos y conversaciones nuevos, y tú tienes que ser creativo y saber co-construir nuevas historias con esas personas. Eso es la co-creación de una terapia, de una nueva conversación, de una nueva identidad en una cultura concreta. Entonces, incluso podríamos cuestionar y deconstruir, y no hay ningún tipo de problema en hacerlo, los libros de White y Epston y empezar a aplicarlos a nuestra cultura. Porque hay veces que en sus libros aparecen preguntas súper enrevesadas traducidas del inglés, a veces un poco regular, y que cuando las quieres replicar no te salen igual, por supuesto, y a lo mejor ni siquiera encajan. Y es como tiene que ser, porque no tenemos que replicar exactamente sus propuestas originales. Tenemos que adaptar la intervención a quienes somos y al contexto en el que trabajamos. Así es como la aventura continua.

M- La aventura continua. ¿Cómo hacer entonces para que el espíritu de aventura de la terapia narrativa permanezca?

C- Bueno, aquí tenemos un papel importante desde las universidades y escuelas de formación. Tenemos el master en terapia narrativa de la Universidad de Extremadura, el título de experto que va a empezar en Blanquerna, la Asociación Española de Terapia Narrativa, y cada una de las personas que vienen a visitarnos, nuestros clientes, o consultantes, que también nos dan mucho juego para intentar innovar y hacer cosas diferentes. Entonces el espíritu de la narrativa viene de la co-creación relacional con las personas que nos vienen a ver y de la comunidad, como por ejemplo esta comunidad que ha venido hoy a participar en *El Matí Narratiu*. Eso tiene que seguir vivo, esto es el espíritu de la narrativa.

M- Nos has ofrecido las frases de David Epston, en la plenaria de San Diego de 2018, con motivo de la conmemoración del décimo aniversario de la muerte de Michael White. Nos contabas como Epston llamaba a deconstruir los mapas y a recuperar el espíritu de aventura de la terapia narrativa.

C- Sí, nadie como David sabe explicarlo. Según él, el espíritu de la terapia narrativa conlleva todo esto: “Entusiasmo, irreverencia, improvisación, imaginación, justa indignación frente a la injusticia, solidaridad con los que sufren, creatividad colectiva y una fascinación por el misterio y la magia en el corazón de la vida co-

tidiana”. Y es por eso que, no sé si es justo o adecuado, los terapeutas se sometan a un libro como el de mapas de la práctica narrativa, que se sometan a aprender una determinada forma de hacer conversaciones y seguir replicando. Si hacemos eso nos perdemos el espíritu de la terapia narrativa.

M- Aunque decías también que los terapeutas noveles necesitan esos mapas.

C- Sí, por supuesto. Es cierto que cuando hacemos ciertas intervenciones o preguntas, el terapeuta dice: ¡quiero que digas como se hace eso!, pero cuando uno ya no es tan novel necesita tener este tipo de cuestiones que van mucho más allá de los mapas. Pero permíteme que me quede en la parte de la magia, en el corazón de la vida cotidiana, y la magia que se crea cuando haces cierto tipo de conversaciones alejándote de lo que es una técnica.

M- Carlos, sobre la magia y el espíritu de la narrativa, me ha gustado mucho la frase que has compartido de Bill O’Hanlon (1994, p.28) y que es justo lo que a veces intentamos transmitir a nuestros estudiantes, no siempre con éxito: “He de dar un aviso, si utilizas la externalización sólo como una técnica probablemente no producirá efectos profundos. Si no crees desde lo profundo de tu alma que la gente no son sus problemas y que sus dificultades son construcciones sociales y personales, entonces no verás estas transformaciones. Cuando Epston o White entran en acción puedes decir que están absolutamente convencidos de que la gente no son sus problemas. Sus voces, sus posturas, todo su ser irradia posibilidad y esperanza”. Importantísimo. ¿Qué necesitamos para que los estudiantes se imbuyan del espíritu de la narrativa? ¿Qué necesitamos para que no sigan sin más los pasos de una conversación externalizadora? ¿Para que salgan del molde y sepan crear magia en las sesiones?

C- Ciertamente, cuando alguien aprende terapia narrativa, si lo que quiere es aplicar un conjunto de técnicas sobre cómo acercarse a la persona, está perdiendo la magia, está perdiendo este tipo de posibilidades. Es decir, la terapia narrativa no es un conjunto de técnicas. La terapia narrativa es una filosofía de vida y una cosmovisión y esto es lo que tienen que interiorizar los estudiantes. Es una filosofía y la filosofía conlleva ciertas estructuras o cierto posicionamiento, como el que ha venido a erigirse como lema de la terapia narrativa: “la persona es la persona, la persona no es el problema” (White, 1984). Pero eso lo llevas hasta el hecho de verlo, cotidianamente, en el día a día. No es algo que tiene que ver con la posición de terapeuta donde pongo una disposición especial para ver a la persona lejos de su problema. No es una realidad de tu día a día, es una filosofía de vida.

M- Acaba derivando en una actitud vital. Justamente es uno de los aspectos que más me atraen de la terapia narrativa. El trabajo desde la persona del terapeuta, desde las creencias más nucleares sobre la persona, el bienestar y el conocimiento, no como un rol adquirido, sino como una forma de hacer que surge genuinamente del ser.

C- Exacto, es una actitud, una filosofía de vida. Tú la llevas contigo, y como la llevas contigo cuando te paras delante de la gente sale, no tienes que forzarla.

Y sale automáticamente, y sale de diferentes formas. No sale siempre de la misma manera, como replicando una técnica, porque no es una técnica. Esto a lo mejor puede conllevar un cierto problema porque a veces las preguntas que surgen, en quienes se acercan a la terapia narrativa, son ¿y cómo hacemos esto? ¿o cómo me sale? ¿O cómo lo puedo adquirir o adherirme a esto? Porque aprender una técnica es fácil, pero luego ¿cómo hago para que se vea lo que yo digo y para tener una postura filosófica delante de alguien? Esa es la pregunta que podríamos hacernos. Y la respuesta es que tendré que empezar a internalizar ciertas cosmovisiones que se promueven desde las prácticas narrativas para que yo pueda hacer eso cuando estoy delante de alguien. Y esa internalización implica: leer, estudiar y como decía Michael White: práctica, práctica y más práctica.

M- No es fácil encontrar el equilibrio entre el aprendizaje de las distintas formas de conversación y practicar, practicar y practicar y, simultáneamente, saber dejarse llevar por la magia de una conversación e innovar.

C- Bueno, es necesario encontrar este equilibrio porque en realidad te salen ciertas cosas cuando ya sabes algo; si no sabes algo no te pueden salir las improvisaciones. Entonces, los mapas pueden estar muy bien para una etapa inicial acerca de cómo hago ciertas conversaciones de la terapia narrativa, pero una vez ya lo he hecho tengo que empezar a adquirir cierta cosmovisión para que cuando me ponga delante de un colegio, de una comunidad, de un profesor, de una queja, de lo que sea, ya me salga esta otra disposición. Cuando se escucha de una forma diferente es porque has asimilado una cierta forma de ver al otro de una forma diferente. Entonces, es una cosmovisión, no son técnicas.

M- Está claro. Es aprender los mapas para luego olvidarlos y ejercer una influencia descentrada desde la persona del terapeuta a la persona del consultante, de ese en concreto y no de otro, y con la cosmovisión narrativa de trasfondo.

C- Sí, sería eso Meritxell. Entonces cuando alguien lee el libro de mapas y observa cómo hacer una conversación de externalización con el paso uno, dos, tres y cuatro... está muy bien, puedes hacerlo al principio... pero ¿y después? ¿Qué pasa cuando te encuentras con alguien y el paso 2 te lo has saltado y has ido al 4...? ¿Qué haces entonces? ¿Vas al tres, vuelves al dos...? No puedes hacer este tipo de cosas. Las conversaciones son vivas, son fluidas, las personas son diferentes y me puedo pasar de una a otra conversación de forma libre sin seguir una estructura predeterminada. Entonces esto es una de las cosas que tenemos que tener muy presente. Si la cosmovisión está clara, puedo saltar entre mapas e incluso me los puedo saltar.

M- Es trabajar desde y para la persona, teniendo claro qué proceso intentamos trabajar en esa conversación, sin sentirse esclavo de una forma concreta de proceder.

C- Puedo saber los mapas, pero puedo hacer lo que sea, y no tengo por qué tener una técnica: es una forma de hablar, una forma de conversar. Y esas formas de conversar son las que crean diferentes contextos y sobre todo, diferentes identidades. ¡Cuidado! en la persona que nos consulta y en nosotros como terapeutas. Porque es bidireccional.

M- La persona del terapeuta. De persona a persona se crea la magia...

C- Sí, es un cuestionamiento de las técnicas. Y entonces es cuando David Epston habla de la magia de las conversaciones. Y yo no sabría muy bien cómo explicar lo de la magia. Lo puedo explicar desde mi postura, desde como lo siento.

M- Nos has ofrecido en la conferencia las palabras de tu compañera Sara explicando la magia que percibe que se crea en tus conversaciones en terapia.

C- Sí, además Sara escribe precioso, muy poético. “La magia co-construida, a ritmo de preguntas abiertas, historias mágicas entretejidas como redes relacionales, que buscan lo extraordinario y enseñan a empoderar”, decía ella.

M- Es justamente eso. Enfatizando la co-construcción y la relación entre las acciones y la identidad. El cambio duradero y significativo es el que se sustenta en el paisaje de la identidad. Me ha gustado como lo expresaban las palabras de Sara: “Es más fácil caminar en paralelo, al compás de un vaivén que zigzaguea entre la identidad y la acción; es más útil si a mi marcha la acompañan tus pisadas... poderoso encantamiento de este encuentro que hace camino al andar”. Ella hace magia hablando de tu magia en las conversaciones.

C- Sí, y yo le di las gracias por ello. Recordemos que con los elogios a veces te pones un poco incómodo. No estamos muy acostumbrados porque en nuestra cultura, no se admite demasiado. En eso somos distintos a los norteamericanos. Y claro, yo estaba medio incómodo a la vez que agradecido, y decidí pedirle que pusiera por escrito lo que me había dicho y por eso he podido compartirlo aquí.

M- ¿Y cómo provocar esa magia con técnicas? ¿Es posible?

C- ¿Cómo hacemos poesía con técnicas? Se puede aprender a escribir en un taller literario, pero una vez que has aprendido tienes que hacer una cosa diferente, y que brote otra cosa diferente. Esa es la magia de la que estamos hablando. Del espíritu de la terapia narrativa. Y eso no se logra replicando lo que hacían White y Epston, o lo que hago yo o lo que hacen otros autores en libros. Tienes que apropiarte de eso. Y tienes que hacer magia con eso. Y el que lo va a decir no eres tú. Lo va a decir la persona que está delante de ti.

M- ¿Y cómo sabemos si esa magia le está siendo útil a la persona que estamos atendiendo? Disfrutamos tanto co-creando conversaciones creativas... ¿cómo evitar el riesgo de ensimismarnos en esa poesía hacia el empoderamiento? Debemos asegurarnos de que está llegando, si no perdería toda su función.

C- Quizás se puede ir a lo más sencillo, haciendo “Exótico lo doméstico” como decía Michael White (1997, p. 30) utilizando las palabras de Bourdieu para objetivar el mundo familiar y dado por sentado. No tengamos miedo de preguntarle: Oye, lo que estamos haciendo, ¿te está sirviendo? Esto de lo que estamos hablando, ¿está bien para ti? ¿quieres que sigamos hablando de esto o quieres que cambiemos y hablemos de otra cosa? ¿te apetece que hablemos de esto que me has dicho de tu madre? ¿te apetece que invitemos a tu madre a la consulta? ¿querrías que hiciéramos ciertas conversaciones con respecto a lo que tu madre puede ver en ti? Y acercarte de una forma respetuosa hacia otras conversaciones que crean

una identidad alternativa o diferente. Pero no siguiendo técnicas, sino siguiendo la magia que puede surgir de este tipo de conversaciones, de la creatividad, de la improvisación... Sabiendo lo que haces, por supuesto, para eso diseñamos programas de formación específicos en terapia narrativa. Pero una vez aprendido hay que “olvidarlo” y aplicarlo de forma diferente a cada diferente conversación con diferentes personas. Esa es la magia.

M- Ante esta idea me aparece la metáfora del baile. La persona que está aprendiendo a bailar marca los pasos y se asegura de estar haciéndolo correctamente y en el orden preciso. Pero en esos momentos iniciales... eso todavía no tiene apariencia de baile. En el bailarín profesional, sin embargo, no percibes los pasos, percibes la danza... La magia, en este caso a partir del movimiento. Y es capaz de alterar el orden preestablecido de los pasos, crear, innovar, dependiendo de lo que surge en el momento.

C- La metáfora del baile es muy útil para entenderlo. Sí, es algo como lo que propones. Es cuando lo que está sucediendo pasa a formar parte de ti y viceversa. Yo creo que eso es a lo que se estaba refiriendo Sara. La magia del co-crear en armonía y de sentirse fluir en el momento. Le dije que me sentía orgulloso y agradecido por sus palabras. Porque en el fondo eso es lo que se crea. Es una co-creación: tú me devuelves a mí algo al escuchar tus palabras. Eso también es terapia para mí. Y esto es poner a la otra persona en la posición de persona. Eso es terapia narrativa: somos personas conversando en torno a problemas para crear o co-crear identidades alternativas a las que el problema te puede estar ofreciendo. Y eso te hace crecer, te hace enriquecer. Y estas palabras te hacen seguir creando magia y creyendo en las posibilidades.

M- Hablando de la magia de las conversaciones, de cómo disfrutamos co-creando con las personas que vienen a consultarnos, ¿no parece que este sea un trabajo por el que cobramos un dinero, jajajaja!

C- Sí, es otra pregunta que podríamos hacernos: ¿tenemos que alejarnos de ese espíritu de la terapia como un negocio? Porque es verdad que intentas hablar con ciertas personas que se convierten en capos porque escriben muchos libros, y está muy bien escribir libros, crear, pero cuando les invitas a dar una charla te cobran 2.500€ por día, hagan o no hagan la formación. Quizás ese no sea el espíritu de la aventura narrativa. No digo que no haya que ganar dinero, porque hay que comer, por supuesto, y hay que valorar el trabajo que estamos haciendo, por supuesto, pero una de las posturas éticas de la terapia narrativa también es el anti-individualismo y el anti-neoliberalismo. Porque estamos viendo que el capitalismo a ultranza nos fuerza a veces a entrar en una rueda de hámster. De seguir trabajando, trabajando y trabajando para generar y, a veces, cuando eres capaz de generar te sientes muy bien, pero cuando no eres capaz de generar empieza la culpa. O empiezan ciertos “amiguitos”, como el perfeccionismo, a machacarte.... Y a intentar... bueno... dominar tu vida. Entonces, desde las prácticas narrativas esto también es una aventura: el ¿qué hacer para enfrentarnos a ciertos posicionamientos sociales o culturales que

oprimen a las personas? Algunos de ellos son el individualismo y la competitividad.

M- Entiendo lo que comentas Carlos, sobre todo en cuanto al hecho de cómo nos pueden llegar a oprimir los discursos culturalmente disponibles si les dejamos que ejerzan un rol totalitario, que dominen nuestra vida sin dejar espacio a nada más. Pero el efecto que cada discurso ejerza sobre cada cual, ¿no dependerá en gran medida de los significados que cada uno atribuya a estos discursos? Es decir, a modo de ejemplo, tú hablabas del neo-liberalismo asociándolo al individualismo, a la competitividad, a la obsesión por ganar más y más, pero podemos pensar en personas que lo asocian a sentimientos de libertad y que además trabajan en colaboración con otros, quizás apoyando también a comunidades desfavorecidas, y se sienten satisfechos consigo mismos porque con su esfuerzo diario generan trabajo y, por lo tanto, bienestar económico en otras familias. Puedo imaginar y hasta poner cara a estos dos perfiles de posicionamientos neo-liberales, y seguramente puede haber más perfiles. El de la persona dominada por el deseo de incrementar su riqueza por encima de todo, de todos, e incluso del propio bienestar emocional, y que puede llevar también a la explotación laboral de personas con menos posibilidades, y el perfil de neo-liberal que buscando también incrementar beneficios económicos con su trabajo, no se apega de forma rígida a ese deseo y eso le permite disfrutar en su desempeño profesional así como de la satisfacción de generar bienestar económico y más posibilidades laborales también a su alrededor. Tal y como lo veo, no es tanto aproximarse a la cotidianidad de nuestro trabajo como psicoterapeutas desde un discurso neo-liberal o social-comunista. Podría hacerte también la caricatura de dos perfiles extremos (uno “oprimido y centrado en uno mismo” y otro “liberado y fluyendo con los demás”) desde el social-comunismo... Es imposible no posicionarse, a sabiendas o no, en un discurso culturalmente disponible, ¿quizás lo óptimo sería no dejarse dominar, oprimir, por ninguno de ellos? ¿cómo encontramos el termómetro para esto?

C- Una de las cosas que se promueve desde las prácticas narrativas es la deconstrucción de los discursos dominantes que oprimen a las personas. Para ello se plantea el hacer visible lo invisible, el cuestionar lo dado por sentado. Cuando se habla sobre la dominación que pueden ejercer ciertos discursos en las vidas de las personas entonces puedes tomar un posicionamiento con respecto a esos discursos y no dejarte oprimir por ellos. Entonces quizás valga la pena externalizar los efectos de la competitividad y el individualismo en nosotros. Como bien sabes, las conversaciones de externalización es una forma de deconstrucción. Cabe pensar en la pregunta: ¿para qué hago lo que hago? Hago ciertas cosas para destacar o para que nos reconozcan... A lo mejor el reconocimiento, visto desde un ángulo diferente, no es tanto el que se ofrece desde una comunidad científica, sino el que procede de una carta que te manda alguien, el que se produce en una conversación íntima entre dos personas. Eso es un reconocimiento también. Quizás la idea es cuestionar el tipo de cosas que mencionábamos antes. Esa búsqueda de ingresos extremos por una conferencia a lo mejor es una replicación de discursos o modelos

sociales capitalistas que no van con el espíritu de la terapia narrativa.

M- Está claro que desde el modelo narrativo siempre se ha defendido la colectividad por encima de la individualidad, el co-construir, la generación conjunta de nuevas posibilidades; sus raíces están más en la comunidad que en la individualidad, por supuesto. Pero ¿por qué esto tiene que ser incompatible con unos ingresos económicos determinados o con un modelo de negocio u otro cuando ejercemos? ¿Será más narrativo el terapeuta que trabaje en una cooperativa que quien funde su propia empresa? Entiendo por lo que dices que el que trabaje en la cooperativa estará llevando el espíritu narrativo a la configuración laboral de su trabajo, supongo que te referes a eso. A ser terapeuta narrativo desde la persona, en todas sus dimensiones, no como un rol o unas técnicas aprendidas. A eso le veo sentido. Y a huir del yugo de los discursos opresores. Pero no creo que sea útil decidir de antemano qué discurso es el más opresor porque posiblemente esto pueda limitar la apertura a nuevos discursos que estén por llegar o que quizás ya están llegando.

C- Las prácticas narrativas no están reñidas con un modelo de negocio u otro, ni tampoco con la riqueza, pero sí se proclama que debemos ser conscientes de las desigualdades, del desequilibrio de poder, de las opresiones de algunas mayorías y las desventajas de las minorías. Se hace política desde la terapia y eso tiene que ver con el posicionamiento del terapeuta y las ideas que el mismo lleva a la sala de terapia. No podemos replicar ciertos modelos de control y poder en nuestra sala de terapia y esto tiene que ver con discursos sociales que se instauran en las personas casi de manera invisible. Esto es lo que se promueve desde la deconstrucción de las prácticas del poder y del saber. Foucault escribió mucho al respecto y White y Epston lo llevaron al terreno de la terapia. Quizás por este motivo la aventura narrativa ha llevado al *Dulwich Centre* a trabajar en la franja de Gaza y Cisjordania, con gente que ha sido torturada y trabajando con ciertas formas de rescatar los valores o principios o sueños o capacidades de las personas a pesar del trauma vivido. Quizás el hecho de trabajar lo individual teniendo en cuenta los discursos sociales es lo que hace que veamos lo individual desde lo colectivo.

M- Por supuesto.

C- O, por ejemplo, el congreso internacional, promovido por el *Dulwich Center* será en Rwanda en el 2020. Se hace allí porque hubo un genocidio y se fue a trabajar con víctimas del genocidio. De nuevo para rescatar una historia diferente a la que ofrecía el trauma y no replicar modelos del síndrome de estrés postraumático y el protocolo de cómo tenemos que trabajar con este síndrome, sino rescatar otras historias, presentes en las personas, sin retraumatizar. Ese es el espíritu de la terapia narrativa. No está basado en el negocio, ni en la individualidad, sino en la comunidad, y no está basado en la competitividad, sino en la colaboración. Es un trabajo comunitario. Aunque lo hagas individual es comunitario.

M- Al final es no perder la perspectiva que la persona lo es en su contexto y que ese contexto puede estar oprimiendo y traumatizando, pero también tendrá elementos para la reconstrucción posibilitadora. Nos hablabas también de la terapia

narrativa como arte, del papel de la creatividad y la imaginación en terapia.

C- Exacto. Cuando ya tienes esa cosmovisión, esa filosofía de trabajo, aparecen otras palabras que también presenta David Epston: el arte, dentro de la terapia. La terapia tiene una parte de aprendizaje, de saber hacer, pero hay otra parte de arte, y cuando estás delante de alguien tiene que salir ese arte. Y sale imaginación, y sale creatividad.

M- Como decías, hay gente que se ve presionada porque dice: “yo no tengo ni imaginación, ni creatividad”.

C- La ventaja de la posición de la terapia narrativa es que la persona que tienes delante sí que tiene arte y creatividad. Es importante no sentirse presionado por la idea de perfeccionismo y de tener que ser creativo sí o sí. Utilizamos la imaginación y la creatividad, ya sean propias o de quienes vienen a consultarnos, para hacer este tipo de entrevistas. Igual que yo hoy en la conferencia he ilustrado esto desde la creatividad de otra persona, de un niño de 10 años.

M- Sí, precioso el caso de Francisco el *Youtuber*. Y cómo en sesión la madre y el hijo se han constituido como equipo para vencer al enfado y la impulsividad.

C- Y hemos visto como eso surge de una conversación que no sigue los mapas, que sigue lo que el chico está creando en la consulta. No hay técnica, hay una forma de preguntar coherente con la cosmovisión narrativa pero las preguntas surgen de la propia conversación. Y la creatividad fue de Francisco, no del terapeuta.

M- Ha surgido un tema que es habitual encontrarse en la consulta. El enfoque lúdico de la terapia narrativa propicia que cuando trabajamos con menores de edad inicialmente algunos padres desconfíen, que piensen que un enfoque “tan poco serio”, en el que sus hijos se divierten en la sesión y juegan con sus problemas, no sea suficiente, y que pidan “más caña al chico” como en el caso que nos has contado. ¿Cómo prevenir eso?

C- No sé si podemos prevenirlo. La gente asocia terapia a problemas, a pasarlo mal... no suelen venir preparados para un enfoque lúdico. Pero sí podemos explicarles lo posibilitador que resulta ver al niño como un niño, tratarle como tal, comportarnos también como niños, dejar que la imaginación fluya... y eso a veces puede resolver ciertos problemas. Sugerirles que esperen a ver cómo sigue...

M- Y en este caso la madre finalmente pudo verlo bien claro. Muy emocionante el fragmento en el que el hijo reivindica el equipo en lugar del enfado y pide a la madre que se posicione y ella lo hace. El fragmento de conversación doméstica que te traen grabado.

C- Sí, cuando el hijo le dice a la madre: Yo prefiero el equipo, no quiero que vuelva a aparecer el enfado (...) Yo prefiero el equipo, ¿y tú? Sólo dime: sí o no. Y la madre responde convencida: Yo quiero al equipo. Y siguen hablando sobre cómo mantener el equipo. Se dio la magia.

M- Me gusta también la idea de hacernos ver el caso desde la comunidad que está intentando ayudar a Francisco. Pero también cómo Francisco y su familia contribuyen a que la comunidad narrativa mejore. La bidireccionalidad que se da.

Quiero decir, desde la terapia narrativa movilizamos al entorno de Francisco para que formen parte de la creación y/ o validación de la historia alternativa que está en la base de su cambio. Los profesionales con los que tú compartes su historia también podemos dar mensajes de reconocimiento que tú compartes con la familia para ayudarles a mejorar. Pero ellos, compartiendo su historia, también ayudan a que la comunidad narrativa mejore. Eso es muy potente, y muy congruente con los fundamentos de la terapia narrativa. Cuando le dices a la madre “cuéntale (al hijo) para que quede para todas las familias del mundo cómo hacer un equipo” (y grabarlo, como en este caso, o escribirlo en un libro de noticias para futuros consultantes u organizar un pequeño evento con entrega de diplomas...) ahí estás validando la narrativa alternativa, sustentándola en la comunidad que va a poder contribuir a que permanezca.

C- Es trabajo comunitario. Se trata también de co-construir nuestras disciplinas. ¿Cómo podemos hacerlo? Ya sea en colegios, en comunidades en situación de riesgo, menores, ... Se construye hablando, dialogando, haciendo presentaciones, mandándole cartas a nuestros consultantes, recibiendo cartas de nuestros consultantes... escuchándolos, invitándoles a los congresos, conferencias, talleres... para que vengan y expresen sus opiniones. Porque no sólo los profesionales enseñamos, también los consultantes nos enseñan y mucho. Es un camino de ida y vuelta. Es una comunidad. Y por eso se creó AETEN. La *Asociación Española de Terapia Narrativa* es una comunidad, un conjunto de gente a quienes les interesa hacer este tipo de cosas. Es una comunidad que se mueve para empezar a repensar la competitividad y la desigualdad. Desde la terapia narrativa la igualdad se lleva a la práctica, nos alejamos de la competitividad que hay entre disciplinas, entre escuelas...

M- El sentimiento de comunidad es potente, se lleva a la práctica, y la “divulgación de las noticias” es parte importante de ello. Freedman y Combs (1996) reflexionaban y siguen haciéndolo en trabajos posteriores (e.g., Freeman, Epston y Lobovits, 2001) sobre cómo en la cultura dominante la terapia se ve como un trabajo que debe mantenerse en secreto y en la subcultura narrativa esto es justamente lo contrario. Cuando el trabajo se centra en construir una historia preferida, un yo preferido, al fin y al cabo, la persona no necesita ocultar, más bien al contrario, puede enorgullecerse de mostrar su yo preferido y darle todavía más consistencia haciéndolo evidente en su entorno. La terapia narrativa desde su origen hace esto mediante cartas, reuniones, certificados, rituales de celebración del cambio.... Todo ello presencial, como eran las cosas en los 80- 90. ¿Qué transformación crees que está sufriendo todo esto en el mundo de las redes sociales, los emails, las comunidades virtuales...?

C- Todavía en algunos casos podemos hacer campañas de cartas (Madigan, 2019) y la gente se sorprende al recibir cartas en el buzón, ¡jajaja! Yo, por lo general, trabajo con el email y con el whatsapp. Esto último con adolescentes que se cansan de leer una carta o un email extenso. Serían mensajes directos, con preguntas muy específicas y, por supuesto, cortos. Todavía tengo que investigar si causan el mismo

efecto que un email más extenso.

M- Nos hablabas también de la terapia como arte, diferenciando el arte de la artesanía hecha de manera repetitiva. Me gusta la reivindicación de la terapia como arte. Es valiente y suena casi irreverente plantearla en un momento como el actual, en el que la comunidad dominante está preocupada justamente por la reivindicación de la psicoterapia como ciencia, a la caza de las denominadas pseudo-ciencias. ¿Cómo crees que se posiciona la terapia narrativa en este debate? ¿se puede ser a la vez arte, hacer magia... y ciencia?

C- Uno de los seminarios que más le gusta hacer a David Epston en entornos hispano hablantes, tiene que ver con las preguntas con “duende” (tomando la palabra de Federico García Lorca). Tiene que ver con analizar por un grupo de terapeutas aquellas preguntas que más les tocaron, conmovieron o sorprendieron por lo inusual, poético, transformador, de las mismas. La investigación cualitativa y etnográfica, nos da muchas herramientas para poder seguir haciendo “magia científica”, si se me permite la expresión. Por otro lado, hay muchas investigaciones, e irán surgiendo más, que desde lo cuantitativo (discurso hegemónico en las ciencias sociales en la actualidad) muestran lo valioso de las prácticas narrativas. De todos modos, aunque se discorra en paralelo, la magia de la terapia narrativa tiene que ser preservada. En este sentido, es importante tener en cuenta la diferencia entre artesanía y arte. Artesanía pueden ser cosas que se hacen de manera repetitiva, una y otra vez. El arte es algo diferente. En cada conversación salen nuevas cosas o nuevas posibilidades. La pregunta es: ¿me tengo que adherir a los mapas o puedo empezar a hacer mis propios mapas?, ¿puedo alejarme un poco de lo que plantean Michael White y David Epston y crear mis propias formas de hacer consulta, mis propias formas de conversar? La respuesta debiera ser afirmativa y no siempre repetir o replicar... ¿Eso quiere decir que anulamos el tema de los mapas o que ya no hay formarse? Claro que no. Es necesario que aprendamos a tocar los acordes y las escalas para después improvisar. Claro que tengo que aprender ciertas cosas. Luego tengo que interiorizarlas, hacerlas mías, y después ya se puede improvisar. Es un proceso. Es práctica, práctica y más práctica. Necesito aprender sobre los tipos de conversaciones, qué es lo que hay por detrás de la terapia narrativa. Pero una vez que lo sé... me olvido e improviso. Haz arte, no hagas artesanía. Eso es el espíritu de aventura de la terapia narrativa.

De alguna forma el espíritu de la aventura narrativa y la forma de co-construir el futuro de nuestras disciplinas parte de no limitarnos ni en libertad ni en imaginación replicando modelos de otros. No hace falta tampoco que creemos uno nuestro, que lo escribamos en libros. Simplemente es que tú hagas tus propias actividades, te acerques a las personas con respeto, crees conversaciones de forma diferente y eso va a enriquecer muchísimo lo que es la terapia narrativa.

Referencias bibliográficas

- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. Nueva York, NY: Norton.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona, España: Paidós (Trabajo original publicado en 1997).
- Madigan, S. (2019). *Narrative Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- O'Hanlon, B. (1994). The third wave. *Family therapy networker*, 18(6), 18- 29.
- White, M. (1984). Pseudo-encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family Systems Medicine*, 2(2), 150-160. <https://doi.org/10.1037/h0091651>
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.

HISTORIA, CONVERSACIÓN Y ACONTECIMIENTO: TRES ELEMENTOS DE LA NARRACIÓN TERAPÉUTICA

HISTORY, CONVERSATION AND EVENT: THREE ELEMENTS OF THE THERAPEUTIC CONVERSATION

Ricardo Ramos Gutiérrez

Consultor Emérito de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de Sant Pau. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3803-6693>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos Gutiérrez, R. (2019). Historia, Conversación y Acontecimiento: Tres elementos de la Narración Terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 17-29. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.318>

Resumen

Las terapias Narrativas y Dialógicas han introducido en nuestro arsenal terapéutico conceptos y técnicas derivados de las teorías de la Narración y de la Conversación; pero se han enfocado básicamente hacia historias del pasado y conversaciones orientadas por ellas. En este trabajo postulamos que la historia terapéutica, la Historia no-vivida-todavía es la que se orienta hacia el futuro fundándose en los Acontecimientos que ocurren durante la propia terapia. Las Lógicas de la Narración y la Lógica Argumental de la Conversación son los instrumentos con que cuenta el terapeuta para situarse ante los Acontecimientos que van ocurriendo durante la terapia y ante los Ecos que despiertan en otras conversaciones que se producen durante el transcurso de la misma, para ayudarse en su trabajo de buscar para esta historia el mejor final posible dadas las circunstancias. En el presente artículo se desarrollan esas lógicas Narrativas y Conversacionales y se ilustran con la ayuda de material clínico.

Palabras Claves: *Narración terapéutica, Conversación Terapéutica, Acontecimiento, Eco, Historia no-vivida-todavía.*

Abstract

Narrative and Dialogical therapies have introduced concepts and techniques derived from theories of Narration and Conversation in our therapeutic arsenal; but they have focused basically on past stories and conversations guided by those. In this paper we postulate that the therapeutic history, the history not-yet-lived is still the one that is oriented towards the future based on the events that occur during the therapy itself. The Logic of the Narration and the Argumental Logic of the Conversation are the tools available to the therapist to situate themselves before the Events that take place during therapy and before the Echoes that awaken in other conversations that take place during the course of it, to assist in the process of finding the best possible ending for the story given the circumstances. In the present paper these Narrative and Conversational logics are developed and illustrated with the help of clinical material.

Keywords: *Therapeutic Narrative, Therapeutic Conversation, Event, Echo, History not yet Lived.*

Fecha de recepción: 3 de junio de 2019. Fecha de aceptación: 29 de julio de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ramosgutierrez@gmail.com

Dirección postal: Avda. Mare de Deu de Montserrat 149 2ª1ª, escalera A. Barcelona 08041.

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

Dentro del ámbito de las Terapias Posmodernas, los abordajes Narrativo y Dialógico han hecho uso de conceptos narrativos y conversacionales para explicar su concepción de los problemas psicológicos y de las maneras de abordarlos.

Así las Prácticas Narrativas, en base al aforismo “la persona no es el problema; el problema es el problema” (White, 1984), consideran que las situaciones problemáticas derivan de las restricciones que la narrativa dominante impone a las personas que atraviesan esas situaciones. Esta narrativa dominante se expresa en una Historia Saturada de Problemas por las que las personas son identificadas (y con las que, al menos parcialmente, se identifican); para mantener un nivel mínimo de coherencia esta historia da cabida a las circunstancias y acontecimientos que tienden a confirmar su sentido a la vez que niega el espacio a aquellos hechos que podrían rebatirlo (White y Epston, 1990).

Consecuentemente, la manera de tratar los problemas sigue dos caminos que no son excluyentes. El primero es centrarse en un acontecimiento extraordinario (*unique outcome*), normalmente ocurrido ya en el pasado y que es capaz de desmentir el sentido fatalista de esta historia y utilizarlo como pivote para co-construir una Historia Alternativa que es llevada al territorio de la identidad (¿qué muestra esta nueva historia de la identidad del cliente? ¿con qué aspectos de esta conecta y permite realizar?); la Externalización (separar al problema de la persona) y las preguntas de influencia relativa (preguntar por la influencia del problema en la vida de la persona y, a la inversa, la influencia que la persona puede tener en la vida del problema, en su presencia y preeminencia) constituirían los instrumentos básicos para hacerlo.

El otro camino sería la exploración de lo presente, pero implícito; las esperanzas y logros que laten y han existido por debajo de las quejas que formula el cliente. El camino es la elicitación de otras historias pasadas, existentes pero subyugadas, para dar mas complejidad y oportunidades a la historia con la que el cliente se manejaba (Carey, Walther y Rusell, 2009; White, 2000).

Por su parte, las Prácticas Dialógicas ponen el eje en las Dinámicas de la Conversación. La Conversación Terapéutica sería una conversación más en el marco y en el flujo de una red conversacional que se ha erigido en torno a una Alarma causada por una conducta de un cliente en un o unos profesionales (el Sistema Determinado por el Problema; Anderson, Goolishian y Winderman, 1986), profesionales que han continuado hablando alarmadamente unos con otros en conversaciones que son fácilmente autoperpetuantes, con relativa independencia de lo que a estas alturas haya sucedido con la conducta alarmante.

Lo que mantiene estas conversaciones es la dinámica que en ellas se establece en tanto que los profesionales se colocan en posición de expertos, hablando monológicamente con la familia (dando instrucciones sobre lo que deberían hacer) en vez de dialógicamente (hablando con ellos de lo que piensan y les sería posible hacer). Estas conversaciones dialógicas harían aflorar “lo no dicho todavía” y las

“historias no contadas todavía” permitiendo así alcanzar el objetivo de la terapia que sería la disolución del problema (y con él, la disolución el Sistema Determinado por el Problema) a través y por medio de la expansión y expresión de aquello que no se había dicho (Anderson y Goolishian, 1988).

Ambos enfoques ponen, sin embargo, el énfasis básicamente en el pasado. Las prácticas narrativas en historias del pasado (o en algún acontecimiento pasado usado como pivote de la nueva historia) y las dialógicas en las temáticas conversacionales en torno a las cuales se originó la alarma. Y ambos también hacen uso de un repertorio limitado del aparato conceptual que ponen a nuestra disposición la teoría narrativa y la teoría de la conversación.

Impacto, Acontecimiento y Eco

Mujer casada de 35 años que perdió a su única hija de 8 años por un cáncer.

Esta descripción podría representar el resumen de un caso que nos hace un colega antes de derivárnoslo, probablemente acompañado de un informe mas formal y detallado. Para un profesional que va a tener un papel en un caso como este, esa información condensada va a provocar un impacto bajo el cual va a empezar a desarrollar su intervención. Entendemos por Impacto “...un conjunto de imágenes, ideas (y emociones) que gradualmente, a través del proceso narrativo mismo, alcanza mas o menos una forma lineal, una organización del material basada en la línea temporal, con una estructura narrativa” (Dovey, 2004, p. 137).

Quiere decirse que el profesional que se va a ver involucrado en una situación penosa y compleja como la antedicha, intenta una ordenación narrativa de esa amalgama de ideas, imágenes y emociones a través de buscar cosas que narrar acerca de ella que, lejos de explicarla, permiten simplemente usar una forma conocida (la narración) de buscar sentido y poder así hablar con otros de las cosas inexplicables e incomprensibles con las que nos tropezamos en nuestras vidas. La muerte de un hijo no es comprensible, ni explicable; hablar de cómo trascurió la enfermedad hasta su muerte, pongamos por caso, permite al profesional buscar un lugar para organizarse con esa amalgama, procurar ordenarla y tratar de ayudar.

Pero, a la vez, ese impacto puede sesgar la observación del profesional y las pertinencias que con ella se ponen en juego. Asumir el caso como el de una mujer casada que perdió a su hija lleva a escotomizar que, mientras no se nos de una cumplida explicación de lo contrario, en alguna parte tiene también que haber un padre de edad posiblemente parecida, cónyuge de esta madre, que perdió a esa misma hija. Y que, quizás por ello, la historia que hay que buscar es la que nos ayude a explicar, no como se puede superar la pérdida de esa hija sino como, contando con que, se va a poder afrontar conjuntamente la incógnita que se cierne de ahora en adelante ante esta pareja de si van a poder seguir juntos en la nueva etapa que se les abre en sus vidas.

Por otro lado, ese sumario al que nos hemos referido está marcado por la referencia a un acontecimiento: la muerte de una hija. Eso nos lleva a plantearnos

el concepto y el papel del Acontecimiento en las historias.

Un Acontecimiento en una situación (y para una situación) es algo que, a priori, sucede inesperadamente, pero que a posteriori, una vez que ha ocurrido, se intenta abarcar como esperable, al menos parcialmente, (“bien mirado, se veía venir;”) a través de los códigos y esquemas de clasificación con los que los agentes dominantes en la situación mantenían e intentan seguir manteniendo la definición de esta (y con ello, su papel en ella). Así por ejemplo, la ideación suicida por la que la aludida madre de 35 años nos llegó a consulta (vía urgencias), no era sino un síntoma de un Trastorno Adaptativo fácilmente esperable en esas circunstancias.

Pero, en todo caso, el Acontecimiento trastoca el orden de la situación en que ha ocurrido. Elementos de la situación que no tenían apenas relevancia (que tenían una baja intensidad de existencia – Badiou y Rosselle, 2013), pasan a tenerla (¿por qué, en 8 años, no se había decidido esta pareja a tener más hijos?) y elementos que la tenían dejan de tenerla (si hubiese sido, como no es infrecuente, por priorizar su carrera profesional, ¿qué valor pasa a tener esta ahora? ¿y qué utilidad para la labor del terapeuta?).

A la vez, un Acontecimiento es también algo que da qué hablar, o al menos de lo que resulta difícil no hablar si se es requerido. Y ello en función de su efecto de llamada, de su capacidad de convocar a una “comunidad que comparece o co-aparece” (Pakman, 2014). Esta comunidad, a la que llamamos “comunidad convocada por el acontecimiento”, está integrada por nuevos interlocutores profesionales (el terapeuta no es el único profesional puesto en juego) y no profesionales dispuestos a hablar del camino y del significado que puede abrir el acontecimiento, más allá del intento de reconducción alentado por los actores previamente dominantes en la situación.

Esta madre que perdió a su hija nos llegó a la consulta no por indicación de su médico de cabecera o del oncólogo que les atendió, sino por indicación del psiquiatra que la visitó en urgencias; y no por el primer servicio de urgencias al que acudió, que le dio de alta con el diagnóstico antedicho, sino por el segundo servicio de urgencias a donde fue llevada al día siguiente por el esposo acompañado por otros miembros de la familia extensa, y donde el nuevo psiquiatra, que mantuvo el diagnóstico, la derivó a terapia familiar.

Un acontecimiento y los nuevos interlocutores que convoca, provocan un estallido conversacional (Ibáñez, 1991, p.73); y son las conversaciones abiertas por estos nuevos interlocutores, y por su insistencia en mantener el acontecimiento sobre el tapete, en resistirse a que se diluya, las que ofrecen la oportunidad de que aflore y se desarrolle un nuevo sentido al hilo de un nuevo horizonte de acontecimientos. Los acontecimientos, por definición, “se hayan en curso, abiertos a un futuro y en devenir” (Pakman, 2018, p. 57).

Porque después de la muerte de esta hija van a seguir pasando cosas. Unas derivadas de la vida ordinaria (desde la primera Navidad sin ella, o el primer aniversario de su muerte) y otras de cosas extraordinarias que también pueden pasar

en una vida (la ideación suicida de la mujer apareció al enterarse por una amiga que su marido había hablado acerca de sus ideas de abandonarla con otra mujer). Y unas y otras se sitúan ahora en el nuevo horizonte abierto por el acontecimiento y encierran la posibilidad de un sentido.

Sin embargo, en el sumario del caso que hemos presentado al inicio de este párrafo, y que se refiere al Acontecimiento, no aparecen una serie de detalles que lo caracterizan y lo identifican, algunos de los cuales si hemos mencionado a posteriori, como que asistió dos veces a urgencias o que el marido hablaba de dejarla (hemos elegido detalles posteriores al fallecimiento, en lugar de detalles anteriores, para no alentar la idea de que fueran elementos que lo podrían explicar). Al hacerlo pretendemos establecer la diferencia entre Acontecimiento y Eco.

La relación entre ambos es similar a la que existe entre Noticia y Titular periodístico. El Titular es una condensación de los detalles que existen en la noticia a través de tres procesos: simplificación, generalización y construcción (van Dijk, 1990). Por la simplificación se suprimen una serie de detalles, por la generalización se asimilan no a un caso particular, sino a “casos como este”, y por la construcción se presentan de una cierta manera (se podría haber presentado como “niña de 8 años que fallece por cáncer, y deja tras de si a una madre desolada”).

La diferencia entre Acontecimiento y Eco referidos ambos a dimensiones y usos de las cosas que suceden en la vida y que abren la posibilidad y puntúan el transcurso de una terapia, proporciona la base para proponer un doble nivel de intervención del terapeuta; el nivel de su trabajo con la familia y el nivel añadido de su trabajo simultáneo desde la red (Ramos y cols., 2015) con el conjunto de profesionales que están o pueden llegar a intervenir (con toda legitimidad) en el caso.

Con el paciente y su familia el terapeuta trabaja, en el nivel básicamente narrativo, integrando y desarrollando las cosas que van ocurriendo durante la propia terapia para, en la estela de las cosas importantes que han pasado en la vida anterior del paciente, buscar el mejor final posible dadas las circunstancias. La historia terapéutica sería la “Historia no vivida todavía” o la “Historia por vivir” (Ramos, 2014, 2015, 2018), que se construye a través del proceso de intentar dotar de un proyecto (una dirección posible y una intencionalidad asumible) a un trayecto (una sucesión de acontecimientos). El material de trabajo para ello son los acontecimientos (el Acontecimiento Inaugural que hace posible la terapia y los acontecimientos sucesivos que pueden ser alineados y dotados de cierto sentido por el horizonte abierto por aquel).

Con los otros profesionales trabaja básicamente a nivel conversacional, seleccionando y enviando Ecos (resúmenes orientados) de los acontecimientos pertinentes que ocurren durante la terapia a otros profesionales que están interviniendo; y ello con el objetivo de tratar de ensanchar la línea argumental que estos profesionales estuvieran desarrollando en sus propias conversaciones con la familia a la luz de esos mismos acontecimientos, conversaciones normalmente orientadas a ratificar sus habitualmente pesimistas predicciones acerca de la familia.

En cualquier caso, más que con historias pasadas (saturados o no de problemas) y con conversaciones reiterativas (centradas en temas pasados) con lo que se enfrenta el terapeuta es con una historia abierta, en curso, dominada por cosas que están ocurriendo en el presente, y por conversaciones que están siendo alimentadas por estas mismas cosas. Y para entender mejor como se va situando en ellas, como las sigue y como las puede aprovechar, conviene entender las lógicas con las que ambas (narración y conversación) funcionan.

Las Lógicas de la Narración

Cuando se sigue una narración, leyéndola u oyéndola, el lector (el terapeuta en nuestro caso) intenta adelantarse a lo que el relato le va mostrando. En base a lo que va sabiendo, va haciendo anticipaciones que el relato subsiguiente le va confirmando o haciéndole corregir. Esa es la actividad continua del lector que le coloca como coautor del relato que va siguiendo (Eco, 1999).

Pero esas anticipaciones se realizan a diversos niveles y con diversos ritmos. Proponemos la existencia de cinco lógicas simultáneas, que operan con distinta intensidad y ritmo en cada momento y en base a las cuales el terapeuta se va posicionando ante lo que va ocurriendo en el caso y lo que se propone hacer ante ello.

La lógica Narrativa: Es la que funciona a través de la articulación superficial de los acontecimientos y que se rige por el principio de pos hoc, ergo propter hoc (después de, luego a causa de). “Llovía; me puse a leer” (¿por qué me puse a leer? Narrativamente por el hecho de que llovía). Siguiendo esa lógica el terapeuta se dispone a relacionar lo que sucede como consecuencia de lo que él ya conoce y puntuó como relevante de entre lo que había sucedido antes. Perder a su hija es, con lo que sabemos de esta historia, una razón narrativamente suficiente para dar lugar a una tentativa suicida.

La Lógica Configuracional: Los acontecimientos que van sucediendo se pueden articular como bloques orientados en base a las suposiciones que evocan en el lector. Por ejemplo: “El hombre había dejado abierta la puerta de su casa. El perro rabioso entró en el jardín”. Sin decir nada de ello, simplemente por su yuxtaposición y las suposiciones que crean en el lector (en su intento de rellenar los huecos de la narración, haciéndose así cómplice del sentido que se le atribuye) se perfila como probable un encuentro peligroso de ese hombre y ese perro dentro de esa casa (Berger y Mohr, 2007).

Quiere decirse que, una vez que el terapeuta sigue con preocupación acontecimientos inciertos, estos tienden a agruparse en bloques que apuntan en una dirección; tienden a configurar una trayectoria probable (Bremond, 1973; Ramos, 2001): “Perdió a su hija, el marido habla de dejarla; el suicidio se ve venir”.

La Lógica del Final: El final que alcanza una historia añade un monto de significado a la misma (Kermode, 1983). El terapeuta que sigue lo que va pasando se va preguntando, al hilo de lo que va sucediendo y de cómo se va configurando, cómo podrá, al final, acabar todo esto. ¿Cómo va a acabar esta mujer y esta pareja,

después de todo esto que les está pasando?

La Lógica del Tema: Los relatos son, se usan como, ejemplos figurativos y concretos de temas humanos compartidos; su tema o, si se prefiere, su tópico (un tópico es la pregunta hipotética a la que un texto concluido podría tomarse como la respuesta; Eco, 1999). Así, el tema de Romeo y Julieta sería el amor apasionado o el tema de Otelo los celos desatados.

El terapeuta va siguiendo los acontecimientos que ocurren como más o menos agrupables y reconocibles en torno a un tema que les da una lógica y cierto sentido. Pero el tema reconocible puede cambiar al hilo de los acontecimientos. Así, lo que se pudo tomar como tema de nuestra doliente madre (un ejemplo de lo que es un duelo grave) puede acabar reconociéndose como el tema de la crisis de una pareja a raíz de un duelo (como la propia familia puntuó, al incluir en su formulario de solicitud de terapia la impresión compartida de sentir que se estaban distanciando).

La Lógica de la Trama Básica: Las historias que circulan en una cultura están al servicio de orientar y explicar el orden que sostiene a esa cultura. Todas las diferentes historias son identificables como ejemplos de un número limitado de tipos, de tramas básicas que las agrupan. En nuestra cultura occidental contemporánea se han propuesto cuatro tramas básicas: la Tragedia, la Comedia, la Novela y la Farsa (Frye, 1991).

Una trama básica es un conjunto limitado de personajes, eventos y procesos que constituyen el esqueleto básico de todas las versiones que existen de esa historia, con independencia de otras características. Así por ejemplo, todas las versiones de Romeo y Julieta, independientemente del formato (el drama de Shakespeare, el ballet de Sergei Prokofiev o el musical West Side Story de Wise y Robbins, 1961) contienen, más o menos, esos elementos básicos (el encuentro en un baile, el desafío con el pariente de Julieta, la trágica confusión final de Romeo ante lo que creyó el cadáver de Julieta...).

Igualmente, todos los profesionales involucrados en un caso como el de esta madre que perdió a su hija acaban teniendo (y reaccionando) a la trama básica de esta historia independientemente de por boca de quien (el marido, la esposa, los familiares) y para atender a quien (al marido, a la esposa) hayan sido convocados. Los detalles, el énfasis y el orden pueden cambiar, pero la estructura básica se mantiene.

Lo que propone el historiador Hayden White es que, cuando un lector o espectador va siguiendo una historia está tratando de identificar el tipo de historia, de trama básica, a que responde; y que cuando cree haberla identificado tiene la sensación de haber entendido el sentido más social y más profundo que esa historia muestra. Al identificar la trama el lector siente que “no solo ha seguido exitosamente el relato, sino que ha captado su esencia, lo ha comprendido” (White, 2003, p. 117).

Y esta identificación de la trama básica funciona como predictor ante los nuevos acontecimientos que se van a producir. Una vez identificada, se retienen los eventos y hechos que confirman su naturaleza y se tiende a ignorar los que la

modificarían. En una tragedia, hasta los bufones (Sir John Falstaff, en Henry V de Shakespeare) son (o acaban siendo) trágicos.

En este caso de la madre que perdió a su hija, cuando se empezaba a recuperar unos meses después, sufrió la pérdida de su madre (ya de edad avanzada); poco después llegó a sus oídos que el esposo hablaba de dejarla, lo que dio lugar a una tentativa suicida que la llevó a urgencias donde, tras expresar su rabia pudo comprender el dolor de su marido por la pérdida, después de lo cual la pareja escribió en su solicitud de terapia su impresión de estar distanciándose. Se dibuja una trayectoria trágica en la que cada vez que intenta recuperarse recibe un nuevo golpe; no resulta difícil el supuesto de que nos encontramos ante una trama trágica en la que el destino barre con sus esfuerzos de esta mujer de continuar adelante con su vida y en el que el distanciamiento de la pareja parece apuntar a una nueva pérdida.

Pero la “Historia por Vivir” de esta pareja, la historia que se desenvuelve a lo largo de la terapia acerca de que es lo mejor que podrían hacer ahora con sus vidas, abre el horizonte de la eventual separación no como una pérdida, sino como una coyuntura a explorar, a raíz de lo que les sigue pasando (como afrontan la primera navidad, el primer aniversario, la decisión de continuar o cambiar de trabajo...) tal vez dolorosa, pero también oportuna (a la búsqueda de la mejor separación posible si esta fuera su decisión final).

Y eso abre la posibilidad de transformar una trama que apuntaba a ser trágica en otra novelesca, en la que en algo que es importante para ellos (que hacer de ahora en adelante con sus vidas), pueden recuperar las riendas de su destino, buscando (con ayuda del terapeuta) el mejor final posible a esa “Historia por Vivir”, habida cumplida cuenta de las circunstancias.

El conocimiento de las lógicas con que el terapeuta va siguiendo las cosas que van pasando, bajo el influjo del impacto inicial que el caso le provoca, y a veces atrapado por la trama básica que cree poder reconocer, le ayuda a no dejarse llevar por las conexiones fáciles entre los acontecimientos que van sucediendo y a abrirse a posibilidades más complejas que lo liberen de las predicciones a los que la trama básica le empujan.

Y el instrumento para ello es tomar en consideración los detalles singulares que caracterizan a cada acontecimiento que ocurre en la vida de la familia como particular y único, apuntando y reclamando, a través de esos detalles, un significado menos estereotipado. Entrar con respeto, pero con interés (más que con la curiosidad del observador que lleva a mantener una distancia), en los detalles de una pareja que se pregunta si, tras la muerte de su hija, se están distanciando, implica ayudar a sacar a flote toda la calidad humana necesaria para hablar de cosas como esa, en una situación como esa, a la búsqueda no de un final feliz, sino del mejor final posible dadas las circunstancias, que les lleve a perfilar una vida que, para ellos, valga la pena ser vivida y valga también las penas por vivirla así (Pakman, 2018).

Las Lógicas de la Conversación

Tratar los acontecimientos (el que inaugura la terapia propiciando la inclusión del terapeuta y los que se perfilan en el horizonte a la luz de este) considerando cuidadosamente sus detalles es la forma de moverse en la conversación terapéutica. Pero, simultáneamente, se pueden estar produciendo otras conversaciones con otros profesionales; y a ellas pueden llegar esos acontecimientos en forma de Ecos. También, sobre esas conversaciones puede influir el terapeuta buscando que allanen (o no dificulten demasiado) la transformación de la trama que él está intentando. Para desarrollar como hacerlo hay que considerar la lógica que rige la Conversación.

La Conversación es el espacio social en el que está en juego el balance entre argumentos y relaciones (Plantin, 2004). Hablar con alguien sobre algo es exponer una serie de argumentos que, camino de su conclusión, puede poner en riesgo nuestra relación con nuestro interlocutor (y las personas que se relacionan con el y podrían por tanto alinearse con sus argumentos). Mantener nuestros argumentos puede dañar nuestra relación, mantener nuestra relación puede exigir atenuar (aunque sin renunciar) nuestros argumentos.

Eso implica que para mantener nuestra relación (o un cierto nivel de relación) con otros profesionales (o con algunos de ellos) que están siguiendo el caso no podemos desafiar frontalmente la línea argumental en base a la cual parecen estar trabajando; y en base a la que parecen inclinados a integrar los Ecos de lo que está pasando en la trama trágica por la que pueden estar atrapados. Incidir en la lógica argumental de otros profesionales pasa por entender la Lógica de la Conversación.

Hay varios niveles para considerar una conversación. Uno podría ser el Tema de la conversación (¿qué tiene que ver eso –el Eco de algo que ha pasado- con lo que veníamos hablando –con como se encuentra y que influye en el estado de ánimo de esta madre y que hacer al respecto-?), que se intersecta con el Tema de la narración posible que ese Eco puntúa (otra pérdida mas). Otro podría ser la atmósfera, el tono de la conversación, que se intersecta con la Trama Básica (¿cómo se puede hablar de la idea de dejar a la esposa si no es en la forma desesperanzada de otra pérdida). Pero, hay un tercer nivel que es el que nos interesa ahora, y es el que se refiere a la Lógica de la Argumentación (Anscombe y Ducrot, 1994).

Si los Acontecimientos, en la terapia, funcionan como pasos hacia un desenlace posible, sus Ecos, en las conversaciones que rodean a la terapia, se manejan como argumentos hacia una conclusión probable. Las cosas que se dicen en una conversación en curso, habida cuenta la forma en que se dicen, se pueden considerar como argumentos que hacen más fácil o más difícil el camino que lleva de una premisa a una posible conclusión.

En esa tesitura, recibir el Eco de algo que ha pasado (están hablando de si se van a separar), en una conversación en curso que parte y está regida por una premisa (esta mujer está en un estado mental frágil), empuja a prepararse para actuar haciendo frente a una conclusión; y esta actuación (habrá que aumentar la medicación –o la vigilancia- no sea que haga otra tontería) concita y reafirma la

conclusión que, a su vez, la justifica.

La Teoría de la Argumentación sostiene que hay varios tipos de conectores que articulan unos argumentos con otros en el curso de una argumentación (en nuestro caso la conversación que cada uno de los profesionales que trabaja con uno u otro de los miembros de la familia sostiene con el/ella, conversación a la que tienen que integrar los Ecos que va recibiendo de lo que va pasando) (Anscombe, 1989, 1995; Bruxelles y de Chaney, 1998; Carel y Ducrot, 2005; Ducrot, 1983, 1994).

Resumiendo, y simplificando, habría dos formas básicas de conectar los argumentos en una argumentación (conversacional en nuestro caso): a través de conectores extralingüísticos y lingüísticos.

Los conectores extralingüísticos son los *Topoi* (simplificando, tópicos, clichés y estereotipos). Los *topoi* son muestras de un saber popular compartido e históricamente situado; no se trata de un saber científico general, sino de un saber práctico local y dado por supuesto. Por ejemplo “alcohólico una vez, alcohólico para siempre”, que subyace en el escepticismo con que se toma un periodo de abstinencia. En nuestro caso podría ser “una pérdida es siempre una pérdida” que podría subyacer al Eco de que la pareja está hablando de separación (aunque sea en el contexto supuestamente seguro de una terapia). Se trataría de conectores argumentales que solo se activarían empujando a actuar ante un desafío frontal (por ejemplo, la declaración del terapeuta de que hablar sobre la posibilidad de separarse es un derecho de cualquier pareja).

Pero habría otros conectores lingüísticos, intrínsecos a la propia lengua, que se clasifican en normativos (“por lo tanto”) y transgresivos (“sin embargo”). Por ejemplo: “Fulanito es inteligente; (por lo tanto) afrontará el problema”, que conecta la capacidad de afrontar problemas con la cualidad intrínseca de ser inteligente.

Pero entonces, ¿qué implica una conexión a través de un conector transgresivo? “Fulanito es inteligente; (sin embargo) no afrontará el problema”. La lógica argumental de ese conector implica la posibilidad de un escenario distinto. No afrontará el problema porque es lo suficientemente inteligente como para darse cuenta que no es un problema a resolver sino un truco para distraerlo o un problema insoluble en el que no merece la pena gastar energías. La premisa (“es inteligente”) no se discute; de lo que se trata, usando ese conector, es de hacer menos presente y probable la conclusión primera a que llevaría.

De acuerdo con ello, lo que se le plantea al terapeuta ante un acontecimiento inesperado, que da que hablar, que trata de ser reconducido como esperable (una tentativa de suicidio que lleva a urgencias), pero que convoca nuevos interlocutores (el psiquiatra de la segunda urgencia, el propio terapeuta...) porque apunta (y para que sostengan) alguna novedad (por fin la pareja ha puesto sobre el tapete que va a pasar ahora con ellos) es cómo y a quién, de entre los profesionales nuevos y antiguos que van a recibir los Ecos de este acontecimiento (el ingreso en urgencias), mandar información que les haga más difícil activar la línea argumental que les llevaría a proponer medidas capaces de ahogar la novedad que el acontecimiento encierra.

Por ejemplo, en un caso como el que estamos tratando el terapeuta, tras la primera visita con la pareja, podría mandar una carta-informe al psiquiatra que se habrá visto involucrado en el caso tras la visita de urgencias ya que, por más que el psiquiatra de urgencias haya recomendado terapia familiar, en una situación como esta no puede por menos que recetar alguna medicación; y ello conlleva remitir el caso también a algún colega que se responsabilice del control de esta medicación, y que entra así a formar parte de la comunidad llamada por el Acontecimiento.

En una carta así, cuyo contenido debe ser compartido con la pareja y que, a poder ser, debería ser remitida abiertamente además a algún otro profesional de la red que se convierta así en testigo de nuestra comunicación al susodicho psiquiatra (podría ser al médico de cabecera, o el oncólogo de la hija si siguen teniendo alguna relación con el) se le podría decir que se ha buscado un hueco en nuestra agenda para visitar lo mas pronto posible a “su paciente”, acompañada por su esposo, preocupados como estábamos por el cúmulo de desgracias que han ocurrido en su vida en los últimos tiempos (para conectar con la historia que este psiquiatra tal vez ya conozca, y si no, para animarle a preguntarla y que funcione como trama compartida).

Una vez alineados con la probable línea argumental de este psiquiatra (desgracias: por lo tanto → depresión: por lo tanto → tentativa suicida: por lo tanto → riesgo) llega el momento de introducir el conector transgresivo. La carta puede continuar diciendo algo así como “Sin embargo nos hemos encontrado con la decisión de la pareja de tratar de hablar del futuro que la pérdida de su hija abre ante ellos, por lo que hemos comenzado unas sesiones de pareja con ese fin”. Y podía finalizar con el ruego de que se mantuviera vigilante a fin de que podamos estar lo mas seguros posibles que hablar de temas tan delicados no altera “más de lo necesario” el estado de ánimo de su paciente.

Conclusión

La premisa argumental de este trabajo ha sido que cuando un profesional empieza a atender un caso, no lo hace porque haya historias del pasado mal, o no narradas, que se tratan de contar mejor (en beneficio de sus protagonistas) o conversaciones mal llevadas (monológicas) que se trata de conducir de otra manera (dialógicamente). Se ve llamado e involucrado, en nuestra opinión, en el caso porque en la vida de las personas que lo conforman están pasando cosas que nadie sabe muy bien a donde pueden llegar y como pueden acabar. Y narrar lo que pasa, y contribuir a que se narre, es una forma de darle continuidad, dirección y sentido.

Y la conclusión a la que se ha pretendido llegar es que el conocimiento de las lógicas narrativas y conversacionales ayudan al terapeuta a resituarse ante lo que va pasando sin dejarse llevar por la ola, habitualmente dolorosa, de la historia que escuchamos y compartimos con la familia, ni por la inercia, habitualmente pesimista, de las conversaciones en las que, directa o indirectamente, participamos con otros profesionales a cuenta de esa misma historia.

Y eso pasa por un trabajo, detallado y abierto, con los Acontecimientos que le suceden a la familia durante la terapia y por un trabajo, meticulado y calibrado, en la orientación que los Ecos que esos acontecimientos suscitan en otros foros conversacionales simultáneamente activos durante la terapia.

Y ambas dimensiones, narrativa con la familia, conversacional con los profesionales, son necesarias e insoslayables en un trabajo que se pretenda terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Evolving Ideas about the Implications for Theory and Practice. *Family Process*, 27(4), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, H., Goolishian, y Winderman, L. (1986). Problem Determined Systems: Towards Transformations in Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5(4), 1-13. <https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.4.1>
- Anscombe, J. C. (1989). Théorie de l'argumentation, topoi et structuration discursive. *Revue Québécoise de Linguistique*, 18(1), 13-56. <https://doi.org/10.7202/602639ar>
- Anscombe, J. C. (1995). Semántica y léxico: topoi, estereotipos y frases genéricas. *Revista Española de Lingüística*, 25(2), 297-310. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=41321>
- Anscombe, J. C. y Ducrot, O. (1994). *La Argumentación en la Lengua*. Madrid, España: Gredos.
- Badiou, A. y Rouselle, D. (2013). *The subject of change: Lessons from the European Graduate Scholl*. Nueva York, NY: Atropos Press.
- Berger, J. y Mohr, J. (2007). *Otra manera de contar*. Barcelona, España: Gustavo Gili.
- Bremond, C. (1973). *Logique du récit*. París, Francia: Seuil.
- Bruxelles, S. y de Chaney, H. (1998). Acerca de la teoría de los topoi: estado de la cuestión. *Escritos: Revista del Centro de Ciencias del Lenguaje*, 17-18, 349-393.
- Carel, M. y Ducrot, O. (2005). *La Semántica Argumentativa*. Buenos Aires, Argentina: Colihue.
- Carey, M., Walther, S. y Rusell, S. (2009). The Absent but Implicit: A Map to Support Therapeutic Enquiry. *Family Process*, 48, 319-331. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01285.x>
- Dovey, J. (2004). Notes toward a Hypertextual Theory of Narrative. En M. Rieser y A. Zapp (Eds.), *New Screen Media: Cinema, Art, Narrative* (pp. 135-145). Londres, Reino Unido: British Film Institute.
- Ducrot, O. (1983). Operateurs Argumentatives et visée argumentative. *Cahiers de Linguistique Française*, 5, 7-36. Recuperado de: https://clf.unige.ch/files/2014/4111/1819/02-Ducrot_nclf5.pdf
- Ducrot, O. (1994). Les Topoi dans la théorie de l'argumentation en la langue. En Ch. Plantin (Ed.), *Lieux communs, topoi, stéréotypes, clichés* (pp. 233-284). París, Francia: Kime.
- Eco, U. (1999). *Lector in Fabula*. Barcelona, España: Lumen.
- Frye, N. (1991). *Anatomía de la Crítica*. Caracas, Venezuela: Monte Ávila.
- Ibáñez, J. (1991). *El regreso del sujeto*. México, México: Siglo XXI.
- Kermode, F. (1983). *El Sentido de un Final*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pakman, M. (2014). *Texturas de la Imaginación*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pakman, M. (2018). *El sentido de lo justo*. Barcelona, España: Gedisa.
- Plantin, Ch. (2004). ¿Dónde está la Argumentación? El estudio de la palabra argumentativa. En E. Arnoux (Ed.), *Homenaje a Oswald Ducrot* (pp. 293-304). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona, España: Paidós.
- Ramos, R. (2015). *Terapia Narrativa con Familias Multiproblemáticas*. Madrid, España: Morata.
- Ramos, R. (2017). Las terapias de Reunificación Familiar: un Enfoque Narrativo. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 51-64. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i107.168>
- Ramos, R. (2018). Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el Modelo Narrativo-Temático. En T. Zohn, E. N. Gómez y R. Enriquez (Eds.), *Investigación en Psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión* (pp. 13-51). Guadalajara, México: Iteso.
- Ramos, R., Aljende, L. y García, C. (2015). La coordinación narrativa: expandiendo el trabajo con la familia por la familia. *Redes*, 32, 105-116. Recuperado de: <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/50/103>
- van Dijk, T. (1990). *La noticia como discurso*. Barcelona, España: Paidós.
- White, H. (2003). *El texto histórico como artefacto literario*. Barcelona, España: Paidós.

- White, M. (1984). Pseudo encopresis: from avalanche to victory, from vicious to virtuous cycles. *Family System Medicine*, 2(2), 150-160. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0091651>
- White, M. (2000). Re-engaging with history: The Absent but Implicit. En M. White (Ed.), *Reflections in narrative practice: Essays and Interviews* (pp. 35-68). Adelaide, Australia: Dulwich Centre.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, NY: Norton.
- Wise, R. y Robbins, J. (directores) (1961). *West side story* (película). Estados Unidos: United Artists.



Programa Modular Virtual de Postgrado
Formación Continua
**Intervención
Psicoterapéutica**
Curso 2019-2020 (16ª Edición)
www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004. Ofrece un total de 16 módulos organizados de forma piramidal. Su objetivo consiste en promover la actualización de los conocimientos **teóricos y prácticos** requeridos por las actividades psicoterapéuticas. Permite acceder a sus titulaciones secuencialmente, a lo largo de 4 años y cuenta con módulos reconocidos como formación teórica, por ASEPCO y por la Asociación Laureano Cuesta, para la **acreditación** ante la **FEAP**

14 Certificados de Enseñanza Abierta, 6 ó 12 créditos ECTS. Requisitos: Ninguno.

Diploma de Experto Universitario en **Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica, 18 créditos ECTS.** Requisitos: Cumplir con los requisitos legales de Acceso a la Universidad y CV relacionado con la materia.

Diploma de Especialización en **Intervención Psicoterapéutica, 30 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

Título de Máster en **Intervención Psicoterapéutica, 60 créditos ECTS.** Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines

Matrículas del 7 de Septiembre al 1 de Diciembre de 2019

MÁS INFORMACIÓN



Fundación General de la UNED

<https://www.fundacion.uned.es/>

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

EQUIPO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



Fundación UNED

¿CÓMO FUNCIONA LA TERAPIA NARRATIVA? UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS Y PROCESOS-RESULTADOS

HOW DOES NARRATIVE THERAPY WORK? A REVIEW OF PROCESSES AND PROCESS-OUTCOME RESEARCH

Danilo Moggia

Doctor en Psicología

Psicólogo General Sanitario

Psicoterapeuta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6321-4450>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Moggia, D. (2019). ¿Cómo funciona la terapia narrativa? Una revisión de la investigación de procesos y procesos-resultados. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 31-55. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.319>

Resumen

El presente artículo es una revisión narrativa que sintetiza las principales investigaciones publicadas sobre procesos y procesos-resultados sobre terapia narrativa (TN). En primer lugar, se revisa brevemente la investigación de resultados que hay sobre la TN buscando responder a la pregunta si la TN funciona. En segundo lugar, se revisan las principales investigaciones de procesos y procesos-resultados profundizando en dos programas de investigación: los Momentos Innovadores y la Colaboración Terapéutica. Por último, se extraen conclusiones acerca de cómo funciona la TN a partir de las investigaciones expuestas.

Palabras clave: *terapia narrativa, investigación en psicoterapia, investigación de procesos, investigación de procesos-resultados.*

Abstract

The current article is a narrative review which summarises the main published studies on processes and process-outcome research about narrative therapy (NT). First, outcome research on NT is briefly reviewed with the aim of answering the question does NT works. Second, we reviewed the main published work on processes and process-outcomes research about NT, deepening in two research programmes: The Innovative Moments and The Therapeutic Collaboration. Finally, conclusions regarding how NT works are drawn.

Keywords: *narrative therapy, psychotherapy research, processes research, process-outcome research.*



Actualmente la investigación en psicoterapia puede ser dividida en cinco líneas principales (Gelo, Pritz y Rieken, 2015): la investigación de resultados, la de procesos, la de procesos-resultados, la de factores comunes y la investigación focalizada en la paciente y terapia personalizada. Estas líneas de investigación se diferencian principalmente por las preguntas que realizan respecto del fenómeno psicoterapéutico estudiado. La tabla 1 muestra las preguntas de investigación, los principales tipos de estudios y las principales metodologías empleadas por ellas.

Como podrá notar el lector, la pregunta “¿cómo funciona la terapia narrativa (TN)?” está enmarcada dentro de la línea de investigación de procesos. Es así como el presente trabajo busca responder a esta pregunta por medio de una revisión narrativa de las principales investigaciones de procesos y procesos-resultados que hay publicada sobre la TN hasta la fecha.

Tabla 1. *Características de las principales líneas de investigación en psicoterapia.*

Línea de Investigación	Pregunta de Investigación	Tipo de Estudios	Metodología Privilegiada
Resultados	¿Funciona la psicoterapia X?	- Eficacia (comparación de al menos dos condiciones de tratamiento a las cuales los participantes son asignados al azar. Los tratamientos son manualizados. Ensayos clínicos aleatorizados) - Efectividad (comparación de tratamientos proveídos en las situaciones naturales del setting clínico) - Meta-análisis	Cuantitativa
Procesos	¿Cómo funciona la psicoterapia X?	- Selección de casos representativos Comparación de agrupaciones de casos - Caso único	Cualitativa y cuantitativa
Procesos-resultados	¿Cómo funciona la psicoterapia X para conducir a Y resultado?	- Selección de casos representativos Comparación de agrupaciones de casos - Estudios de mediación y moderación - Caso único	Cuantitativa y mixta
Factores Comunes	Si todas las psicoterapias son igual de eficaces y efectivas, ¿cuáles son los factores comunes que permiten explicar el cambio?	- Estudios de mediación y moderación - Meta-análisis	Cuantitativa
Focalizada en el paciente y terapia personalizada	¿Está esta psicoterapia funcionando para esta persona en este momento? ¿Qué psicoterapia, proveída por quién, es la más efectiva para esta persona, con este problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias?	- Efectividad basada en la monitorización rutinaria del resultado (y en menor medida de eficacia) - Selección de casos representativos Comparación de agrupaciones de casos - Estudios de mediación y moderación - Caso único basado en la monitorización rutinaria del resultado	Cuantitativa

Antecedentes

La TN de White y Epston (1993) es un modelo terapéutico que se ha extendido cada vez más en la actualidad (Madigan, 2019). Aún lejos de ser una práctica psicoterapéutica dominante, poco a poco se ha vuelto un modelo cada vez más difundido, conocido y practicado. Desde sus supuestos epistemológicos, ideológicos y éticos (filosofía postmoderna y posestructuralista, meta-teoría construccionista social, ética relacional), la TN se ha manifestado crítica y escéptica respecto del discurso dominante de la investigación en psicoterapia, particularmente respecto de la investigación de resultados y los estudios de eficacia, con sus consecuentes movimientos a favor de los tratamientos empíricamente validados y la práctica de una psicoterapia basada en la evidencia. Siguiendo a Foucault (1967, 1976), la TN plantea que estos movimientos, con sus respectivos discursos, serían parte de un aparato socio-político-cultural mayor sustentado en prácticas disciplinarias de vigilancia que promueven la individualización y normalización de la conducta y del fenómeno mental. Desde una perspectiva estructuralista, el sufrimiento y el malestar psicológico son considerados anormales, puesto que las personas tienen dentro de sí determinados rasgos o estructuras psicológicas disfuncionales o deficitarias que les impiden tener una vida 'normal' de acuerdo con ciertos estándares de bienestar. Desde estas ideas, el sufrimiento y el malestar psicológico son concebidos desde una aproximación positivista y psicopatológica (los rasgos psicológicos o las estructuras disfuncionales o deficitarias son objetivables y mensurables) desde las cuales se crean categorías y etiquetas diagnósticas. Para cada diagnóstico se corresponde un tratamiento, el que ha demostrado ser el apropiado a partir de la evidencia empírica de su eficacia. Por el contrario, desde sus asunciones posestructuralistas, la TN plantea que no hay estructuras internas prefijadas respecto de lo humano, sino que toda realidad humana es construida de forma dinámica en el lenguaje, a través de los procesos conversacionales, dialógicos, sociales, políticos e históricos de los que formamos parte. En este sentido, toda investigación respecto de la psicoterapia no es más que un discurso que construye conocimiento y moldea la realidad humana del encuentro psicoterapéutico de acuerdo con ciertos intereses que se han ido configurando política, social y culturalmente a nivel histórico.

Consideramos que estas críticas son válidas. Es más, el discurso de los movimientos a favor de los tratamientos empíricamente validados y la psicoterapia basada en la evidencia margina e invisibiliza otros discursos y otras 'evidencias' respecto de los resultados obtenidos por modelos terapéuticos diversos (no *mainstream*) y respecto de cómo la psicoterapia funciona independientemente del modelo practicado (factores comunes).

Si asumimos una perspectiva postmoderna (Lyotard, 1994; Vattimo, 1986) lo que surge como característica fundamental del paradigma postmoderno es el multiperspectivismo o la polivocalidad, es decir, la condición de que siempre habrá múltiples perspectivas, múltiples pronunciamientos discursivos o múltiples voces para describir y explicar un mismo fenómeno. En este sentido, Gergen y Warhus

(2003) caracterizan a las terapias y a los terapeutas postmodernos de la siguiente manera:

Todo conocimiento es una construcción, una construcción que está inmersa en una cultura. Por lo tanto, la terapia eficaz requiere - y es normal que lo haga - discursos múltiples, incluyendo el cultural. (...). Por lo tanto, el terapeuta más completo será el que incluya el discurso romántico, el de la Nueva Era (*new age*), el del marxismo, el del budismo Zen, entre tantos otros. El terapeuta hábil deberá sentirse cómodo con el lenguaje de la calle, del deporte, del antro, y de Lacan. Porque cada inteligibilidad nueva enriquece el rango y la flexibilidad de la interacción. Este es el pensar del terapeuta constructorista (Gergen y Warhus, 2003, p. 17).

A la lista de discursos que nos dan Gergen y Warhus podemos agregar el discurso de la investigación en psicoterapia, incluido el discurso de la investigación de resultados, los estudios de eficacia y la psicoterapia basada en evidencia. Es así como, a pesar de las críticas de la TN a la investigación en psicoterapia, como terapeutas narrativos es válido preguntarnos si la TN funciona para aquello que dice que funciona. En otras palabras, es válido para quienes practicamos la TN contar con evidencia que permita demostrar que las prácticas terapéuticas que desarrollamos funcionan y ayudan a quienes nos consultan. Es por esto que, antes de preguntarnos cómo funciona la TN, intentaremos responder brevemente a la pregunta de si la TN funciona.

¿Funciona la TN?

En una revisión anterior respecto de la investigación de resultados sobre la TN (Moggia, 2013), llegábamos a concluir que contábamos con evidencia como para afirmar que la TN sí funciona. En primer lugar, se afirmaba que desde la perspectiva de factores comunes (Duncan, Miller, Wampold y Hubble, 2010; Wampold, 2015), toda psicoterapia eficaz y efectiva cuenta con: 1) el establecimiento de una buena alianza de trabajo entre terapeuta y consultante basada en la colaboración; 2) el desarrollar una explicación viable y adaptativa del malestar del consultante y del curso a seguir para su solución, lo que incrementa las expectativas de mejora del consultante y la confianza en el proceso terapéutico; 3) la preocupación del terapeuta por recibir constante retroalimentación por parte del consultante respecto de la utilidad de lo que se está haciendo y del progreso terapéutico que se va alcanzando con el objetivo de ir adaptando el trabajo a partir de lo que al consultante le es útil y beneficioso; 4) el trabajar considerando lo que al consultante le hace sentido y le es útil desde sus propias fortalezas y recursos; 5) el tener en consideración los factores contextuales o extra-terapéuticos, ya que es en el contexto del consultante donde los cambios y lo que se logra en terapia debe aplicarse para que tenga efectos.

Planteábamos que la TN cumple con las características anteriores al trabajar desde: 1) una postura respetuosa y colaborativa entre terapeuta y consultante basada en la actitud descentrada pero influyente del terapeuta; 2) la externalización, con

la que el terapeuta invita al consultante a co-construir una explicación viable de su malestar desde su propia historia; 3) la preocupación constante del terapeuta por saber si las conversaciones que se están desarrollando con el consultante le están siendo útiles y tienen sentido para él, para lo que el terapeuta utiliza las preguntas referidas al proceso conversacional (e.g., ¿cómo está yendo esta conversación para ti?); 4) el identificar logros extraordinarios o excepciones al problema, los que constituyen recursos y conocimientos propios del consultante para resolver el problema, los que luego se refuerzan por medio de conversaciones de re-autoría; 5) el involucrar en el proceso terapéutico a otros significativos de la comunidad de la que el consultante participa (e.g.: invitándoles a las sesiones, enviándoles cartas o documentos), velando por el agenciamiento y empoderamiento de la persona fuera de la sesión. La tabla 2 muestra las características de todas las terapias eficaces y efectivas de acuerdo con la perspectiva de factores comunes y cómo la TN cumple con ellas desde sus prácticas.

Tabla 2. *Resumen de factores comunes de toda psicoterapia eficaz y efectiva, y prácticas de la terapia narrativa acordes a estos factores.*

Factores Comunes	Terapia Narrativa
1. Establecimiento de una buena alianza terapéutica	Postura respetuosa y colaborativa, descentrada e influyente
2. El desarrollar una explicación viable y adaptativa del malestar y del curso a seguir para su solución	Externalización
3. La preocupación por recibir retroalimentación constante por parte del consultante	Preguntas referidas al proceso conversacional
4. El trabajar desde una perspectiva de recursos	Trabajo con logros extraordinarios y re-autoría
5. El tener en consideración los factores contextuales	Involucra a otros significativos de la comunidad y vela por el agenciamiento de la persona fuera de la sesión

Al cumplir con las características previas, concluíamos que la TN debía ser eficaz y efectiva. Consecuentemente con esta afirmación, se encontraron estudios sobre la efectividad de la TN con buenos resultados en casos de depresión (Vromans y Schweitzer, 2011), encopresis (Silver, Williams, Worthington y Phillips, 1998), trastorno por déficit atencional con hiperactividad (Looyeh, Kamali y Shafieian, 2012), problemas paterno-filiales (Besa, 1994), trastornos de la conducta alimentaria (Weber, Davis y McPhie, 2006), autismo (Cashin, Browne, Bradbury y Mulder, 2013; McGuinty, Armstrong, Nelson y Sheeler, 2012), trastorno por estrés post-traumático (Erbes, Stillman, Wieling, Bera y Leskela, 2014), niños lidiando con fobia social (Yoosefi Looyeh, Kamali, Ghasemi y Tonawanik, 2014), orientación escolar y problemas académicos (Beaudoin, Moersch y Evare, 2016), adultos mayores lidiando con problemas de salud mental (Poole, Gardner, Flower y Cooper, 2009).

Cabe destacar que las características de estos estudios varían mucho de uno a otro, encontrándonos con diversidad de diseños, métodos, muestras y poblaciones, lo que dificulta su comparación y el poder llegar a conclusiones desde la síntesis de resultados. Adicionalmente, la calidad de mucho de ellos no es la mejor, lo que nos impide sacar conclusiones generalizables. La excepción a ello lo constituye el estudio de Vromans y Schweitzer (2011) en el que a través de un *benchmarking* compara la TN con terapia cognitivo-conductual (TCC) para depresión en adultos. El estudio muestra cómo la TN es al menos tan efectiva como la TCC en la reducción de la sintomatología depresiva al finalizar la terapia y a los tres meses de seguimiento.

Respecto de estudios de eficacia, se encontraron dos. El primero, un ensayo clínico (Lopes, Gonçalves, Fassnacht, Machado y Sousa, 2014; Lopes et al., 2014) en el que se comparó la TN con TCC para depresión en adultos, en el que ambas resultaron igual de eficaces en reducir los síntomas depresivos y los problemas interpersonales tanto al finalizar la terapia como en el seguimiento a los 34 meses. El segundo, corresponde a un diseño experimental (McKian, Rabiei, Bemana y Ramezani, 2019) en el que, mujeres con obesidad fueron asignadas a una de tres condiciones de tratamiento: plan dietético, plan dietético y TN, o grupo control. La condición de plan dietético y TN obtuvo resultados significativamente superiores a las otras dos condiciones en mejorar la imagen corporal y reducir el índice de masa corporal.

Al revisar los estudios anteriores, no sin limitaciones, podemos concluir que contamos con evidencia como afirmar que la TN sí funciona para mejorar diversas problemáticas psicológicas. No obstante, se requiere seguir investigando, velando por producir estudios de la suficiente calidad metodológica que permita arribar a resultados generalizables. Sería interesante contar con estudios de la calidad suficiente como para realizar un meta-análisis sobre la efectividad y eficacia de la TN. A partir de aquí, el paso siguiente es preguntarnos cómo funciona la TN. Es con la intención de responder a esta pregunta que a continuación se revisarán los estudios más relevantes de procesos y procesos-resultados sobre la TN.

Los procesos estudiados en TN

Desde un punto de vista teórico y de forma sintética, el proceso de la TN y su modelo de cambio puede ser explicado de la siguiente manera: la persona, pareja, familia o grupo que consulta acude a terapia contando una historia, la denominada ‘historia saturada de problemas’, ya que los eventos que se relatan en esta historia sólo dan cuenta de experiencias en las que los problemas que los llevan a consultar están presentes. Esta historia margina otras experiencias de vida no vinculadas a los problemas, que de ser tomadas en cuenta permitirían la construcción de múltiples relatos alternativos desde donde las personas pueden definirse y actuar de forma más satisfactoria para sí mismos y sus otros significativos. La ‘historia saturada de problemas’ ejerce una relación de poder sobre quienes consultan, puesto que domina la vida de las personas como un única voz o relato a través del cual definirse,

posicionarse y actuar en el mundo (por eso también se le llama ‘relato dominante’).

La TN busca que las experiencias que han sido marginadas por el relato dominante y que lo contradicen (denominadas ‘logros extraordinarios’ o ‘excepciones’ al problema), comiencen a sobresalir y a tener voz, de manera de conectarlas dentro de una misma historia, cuya trama nos hablará de unas personas diferentes a las personas saturadas de problemas, personas con conocimientos, posibilidades, sueños y esperanzas para sus vidas, los que antes no eran posibles (Payne, 2002).

Este proceso se va dando a través de las diversas conversaciones que va teniendo el terapeuta con los consultantes a lo largo de las sesiones. Los logros extraordinarios o las excepciones al problema comienzan a ser conectadas en múltiples nuevas historias que dan cuenta de las identidades preferidas de los consultantes (historias que hablan de la persona que les gusta o les gustaría ser). Esto toma lugar a través de las preguntas que va haciendo el terapeuta en la conversación, buscando enriquecer las historias que van emergiendo desde la ‘voz’ o perspectiva de otros significativos que aparecen en estas historias. El terapeuta asume una postura ‘descentrada pero influyente’, es decir, por un lado, es consciente de la influencia que él como terapeuta tiene sobre la vida de los consultantes, pero por otro, está atento a que sean los propios consultantes quienes determinen en qué medida y en qué ámbitos de su vida esta influencia tendrá efectos (White, 2002).

Adicionalmente, desde los trabajos de Vygotsky (1980), la conversación terapéutica en TN es concebida como si de la construcción de un andamio se tratase. Un andamio que va de ‘lo conocido y familiar’ a ‘lo que es posible conocer’, en el que el terapeuta, a través de sus preguntas, va construyendo los escalones del andamio que le permite a los consultantes atravesar una zona de desarrollo proximal (ZDP) dada por la diferencia entre estas dos posiciones discursivas. Es decir, atravesar un espacio hipotético que habría entre ‘lo conocido y familiar’, lo que habitualmente se da en la vida de los consultantes, la historia saturada de problemas, y ‘lo posible de conocer’, las historias alternativas de conocimientos y posibilidades que pueden surgir en la conversación. La distancia que hay entre una historia y otra es la ZDP que el terapeuta ayuda a atravesar a los consultantes por medio de sus preguntas (White, 2016). Las preguntas que va haciendo el terapeuta, en la medida que se van construyendo los escalones del andamio, deben estar justo en el límite superior de la ZDP, ya que si están muy por encima de él resultará una pregunta demasiado inusual para los consultantes y no sabrán cómo responderla. Por el contrario, si la pregunta está por debajo del límite inferior de la ZDP, la pregunta invita a hacer una descripción que no hace más que seguir perpetuando lo ya ‘conocido y familiar’ (Moggia, en prensa).

Una vez que las historias alternativas han surgido y la historia saturada de problemas se ha deconstruido, los consultantes son invitados a re-narrar estas historias alternativas vinculándolas a sus historias preferidas de identidad (Payne, 2002). El terapeuta va preguntando por los sentimientos, pensamientos y actuaciones de la persona en el pasado, presente y futuro, y desde la perspectiva de otros sig-

nificativos. A través de este proceso las personas reflexionan sobre su experiencia con mayor perspectiva, construyéndose una identidad más rica que sienta las bases para el afrontamiento de nuevos desafíos futuros.

Cuando ya se ha llegado al final de la terapia, las personas son invitadas a celebrar sus logros con otros significativos que ellos deseen invitar, con el objetivo de que las nuevas historias que han emergido circulen en una comunidad de soporte que les de reconocimiento. Al finalizar, muchas veces los terapeutas preparan documentos que resumen el proceso terapéutico, los logros alcanzados y las habilidades utilizadas para ello, de modo que los consultantes se ‘lleven algo’ de la terapia, que podrán leer y consultar en un futuro. Estos documentos pueden ser también escritos por los propios consultantes o también pueden ser diplomas o regalos simbólicos entregados por el terapeuta (White y Epston, 1993).

La descripción anterior acerca del proceso de la TN y su modelo de cambio nos sirve para ilustrar diferentes preguntas de investigación que se pueden realizar al respecto. Por ejemplo: ¿Qué rol cumplen las preguntas y cómo el terapeuta las va formulando? ¿Cómo surgen los logros extraordinarios a lo largo de las sesiones y cuáles son sus características? ¿Qué tipo de historias del consultante emergen y cómo surgen? ¿Cómo se da la colaboración terapéutica a través de la ZDP? ¿Cómo se construye la alianza terapéutica en TN y cómo el terapeuta mantiene una postura descentrada pero influyente? ¿Qué voces o posiciones discursivas surgen en las sesiones y cómo aparecen?, sólo por nombrar algunas. A partir de algunas de estas preguntas podemos clasificar las investigaciones de procesos y procesos-resultados que se han encontrado sobre la TN.

Sin embargo, como sucedía con los estudios de efectividad, los resultados provenientes de los estudios de procesos y procesos-resultados sobre la TN son difíciles de comparar, y por tanto es difícil llegar a conclusiones sintéticas. Esto se debe a la diversidad de temas estudiados, metodologías y diseños empleados. Sin embargo, hay dos programas de investigación que, al estar estructurados como tales, siguen dos líneas concretas de investigación sobre los procesos de cambio en TN, utilizando metodologías y diseños consecuentes y, por tanto, generando resultados comparables. Esto nos permite hacer una revisión exhaustiva de sus publicaciones, comparar los diversos estudios dentro de cada uno de ellos y a partir de ahí, poder sintetizar sus resultados de manera de construir conocimiento acerca de cómo funciona la TN. Por lo tanto, nos focalizaremos en dos de las preguntas planteadas anteriormente: ¿Cómo surgen los logros extraordinarios a lo largo de las sesiones y cuáles son sus características? ¿Cómo se da la colaboración terapéutica a través de la ZDP? La tabla 3 muestra las principales investigaciones halladas que intentan responder a estas preguntas.

Tabla 3. Principales investigaciones de procesos y procesos-resultados sobre terapia narrativa revisadas.

Pregunta de Investigación	Estudio	Tipo	Descripción	Principales Resultados y Conclusiones
¿Cómo surgen los logros extraordinarios a lo largo de las sesiones y cuáles son sus características?	Programa de investigación de los Momentos Innovadores (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos, 2011; Montesano, Oliveira y Gonçalves, 2017)	Procesos- resultados	Mixta	Diversos estudios sobre las características de los logros extraordinarios (momentos innovadores), cómo surgen y cómo se relacionan con el resultado terapéutico, no sólo en TN, sino que también en otras modalidades de terapia (TFE, TCC, constructivista, entre otras) y protesta; y III para re-conceptualización. En casos de consultantes recuperados, la proporción de MI que emergen a lo largo de las sesiones es mayor que en casos de no cambio. La aparición de MI en una sesión predice la mejora sintomática en la sesión siguiente. Re-conceptualización aparece como un MI clave en el proceso de recuperación (véase el texto para más detalle)
	Draucker et al., 2016	Procesos	Cualitativa	Se identificaron 6 tipos de logros extraordinarios: enfrentando los hechos, levantándose por mí misma, cortando la violencia, cortando y dejando la relación, retomando mi vida anterior, cambiando las cosas. Algunos de ellos correspondían a experimentado violencia de pareja fueron analizadas con pensamientos o insights (enfrentando los hechos), otros a el objetivo de identificar logros extraordinarios. Los logros extraordinarios se extrajeron a momentos de coyuntura en la trayectoria de la relación de entrevistas en profundidad y fueron categorizados a través de análisis de contenido (cambiando las cosas)

Pregunta de Investigación	Estudio	Tipo	Descripción	Principales Resultados y Conclusiones	
¿Cómo se da la colaboración terapéutica a través de la ZDP?	Programa de investigación sobre Colaboración Terapéutica (Ribeiro et al., 2016; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath y Stiles, 2013)	Procesos- resultados	Mixta	Diversos estudios sobre colaboración terapéutica, concebida como el acoplamiento y coordinación que se da entre terapeuta y consultante desde la ZTDP. Estudia la relación entre las interacciones de colaboración o no colaboración de la diada terapeuta/consultante con el resultado terapéutico, no sólo en TN, sino que también en otras modalidades de terapia (TFE)	El consultante puede hablar desde la voz del problema o desde la voz de un MI. El terapeuta puede apoyar o desafiar estas voces cuando aparecen. Tanto en casos de buen como de mal resultado, cuando el consultante da una respuesta de ambivalencia, el terapeuta tiende a desafiar la voz del problema o a continuar apoyando la voz del MI. La diferencia está en que, en casos de buen resultado, el consultante continúa elaborando el MI (por tanto, trabajando dentro de la ZTDP); mientras que, en los casos de mal resultado, el consultante tiende a volver a la zona de seguridad invalidando la intervención del terapeuta
	Ramey, Young y Tarulli, 2010	Procesos	Cualitativa	Las terapias de sesión única (de una walk-in-clinic) de 8 niños/as y adolescentes (entre 6 a 15 años) fueron analizadas de acuerdo a las categorías (niveles) del mapa de andamiaje de White (2016). Las sesiones fueron conducidas por 3 terapeutas narrativos diferentes y se analizaron las secuencias de interacción terapeuta-consultante	Casi la mitad (42.3%) de las interacciones estuvieron destinadas a nombrar o categorizar el problema o iniciativa del consultante (nivel bajo o medio de distanciamiento). El 87% de las interacciones coincidieron en el mismo nivel de andamiaje, es decir, los consultantes tendieron a responder al mismo nivel de distanciamiento que les estaba proponiendo el terapeuta con sus preguntas. Por lo tanto, el terapeuta estaba actuando dentro de la ZDP del consultante. Ambos fueron escalando sin saltos de niveles, el terapeuta fue introduciendo sus preguntas apenas por el límite superior de la ZDP cuando ya se habían completado las tareas y descripciones del nivel en el que se encontraban

Nota. TFE (Terapia focalizada en las emociones); TCC (Terapia cognitivo-conductual); MI (Momento innovador); ZTDP (Zona terapéutica de desarrollo proximal).

Los logros extraordinarios y el programa de investigación de los momentos innovadores

El Grupo de Investigación sobre Procesos de Cambio en Psicoterapia, liderado por Miguel Gonçalves de la Universidad de Minho en Portugal, ha desarrollado el programa de investigación sobre los momentos innovadores buscando responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo se pueden medir los logros extraordinarios o las excepciones al problema desde un punto de vista empírico? ¿Hay distintos tipos de logros extraordinarios? Si los hay, ¿están relacionados con diferentes patrones de cambio? Si existen diferentes patrones de cambio narrativo, ¿se pueden rastrear o identificar a lo largo de las sesiones? ¿Cómo puede evaluarse la relevancia de estos patrones para el proceso de cambio? ¿Cuál es la relación entre cambio narrativo y mejora sintomática? (Montesano, Oliveira y Gonçalves, 2017).

A partir de 2004, el equipo de Gonçalves comenzó a trabajar para la identificación de logros extraordinarios en sesiones de TN por medio de análisis de contenido. Definieron operacionalmente los logros extraordinarios como cualquier pensamiento, sentimiento o acción del consultante que no fuese predicho por las reglas o mandatos del relato dominante y que fuese diferente o novedoso respecto de la forma en que el consultante se narraba usualmente a sí mismo (Gonçalves, Matos y Santos, 2009). En sesiones de TN con mujeres que habían sufrido violencia de pareja (Matos y Gonçalves, 2004), lograron identificar cinco tipos de logros extraordinarios: acción (cualquier acción emprendida en contra del problema o a favor del proyecto de cambio), reflexión (nuevas comprensiones, entendimientos, sentimientos o perspectivas acerca del problema o que desafían las prescripciones culturales que facilitan el desarrollo de la narrativa problemática), protesta (críticas en contra del problema en donde la persona toma un nuevo posicionamiento o reafirma sus propias necesidades y derechos), re-conceptualización (recuento de un proceso de cambio en donde la persona dice qué es diferente en ella y cómo ha logrado producir esa diferencia) y nuevas experiencias (o actuación del cambio, más tarde también denominado acción II, nuevas acciones que la persona está emprendiendo a partir del proceso de cambio o que desea emprender; véase la tabla 4 para más detalles). Adicionalmente, observaron que en casos de buen resultado terapéutico (casos recuperados) la proporción de logros extraordinarios era mucho mayor que en casos de mal resultado terapéutico (casos de no cambio), y que, además, re-conceptualización sólo aparecía en los casos de buen resultado.

Los hallazgos anteriores los llevaron a hipotetizar que re-conceptualización sería un marcador clave dentro del proceso de recuperación. Re-conceptualización representaría una meta-posición del 'yo', la que introduce un contraste entre el 'yo del pasado' y el 'yo actual', permitiendo un descentramiento de la persona al ser capaz de explicar, desde una posición meta-reflexiva, cómo ha logrado hacer esta transición. En este sentido, re-conceptualización trasciende la dicotomía semiótica problema vs. no-problema al ir más allá del mero reemplazo de una narrativa por

otra (la dominante por una alternativa), dando cuenta de un completo proceso de transformación llevado a cabo por la persona desde el ir cambiando sus formas de pensar, sentir y actuar, para dar paso a un ‘nuevo yo’ (Gonçalves et al., 2009). Esto implica que para llegar al marcador de re-conceptualización, primero deben darse otro tipo de logros extraordinarios de menor nivel de complejidad o abstracción narrativa como lo son acción, reflexión y protesta. Consecuentemente con esta idea, el equipo de Gonçalves hipotetizó que, en casos de buen resultado terapéutico, durante las fases iniciales de la terapia, debían aparecer logros extraordinarios de bajo nivel de complejidad como acción, reflexión y protesta, para luego, en fases intermedias, comenzar a aparecer re-conceptualización. A partir de la emergencia de re-conceptualización, nuevos logros extraordinarios, esta vez de mayor complejidad, del tipo nuevas experiencias, reflexión y protesta comenzarían a surgir, dando paso a la emergencia de nuevos marcadores de re-conceptualización. Posteriormente, en las fases finales de la terapia, la narrativa dominante habría dejado de prevalecer, dando paso a múltiples narrativas alternativas de identidad desde donde la persona podría posicionarse y definirse. Por el contrario, en casos de mal resultado terapéutico, re-conceptualización estaría ausente en las fases intermedias de la terapia, es decir, en las fases iniciales aparecerían los marcadores de acción, reflexión y protesta de bajo nivel de complejidad, posteriormente en las fases intermedias seguirían apareciendo estos mismos marcadores en ausencia de re-conceptualización, para finalmente, en las fases finales de la terapia, la narrativa dominante continuar prevaleciendo.

En sus trabajos posteriores, el equipo de Gonçalves no sólo quiso poner a prueba estas hipótesis, sino que además quiso averiguar si en sesiones de terapia para otro tipo de problema que no fuese violencia de pareja, los logros extraordinarios que se habían identificado podían hallarse también. Adicionalmente, quisieron averiguar si en otro tipo de terapia que no fuese TN, también aparecerían este tipo de logros extraordinarios. A partir de aquí, formalizaron las categorías de logros extraordinarios que habían encontrado como un sistema de codificación que podía utilizarse para rastrear novedad en las narrativas de los consultantes a lo largo de la terapia, independientemente del modelo terapéutico y, por tanto, estudiar procesos de cambio de forma transteórica. Había surgido el Sistema de Codificación de Momentos Innovadores (SCMI).

Para diferenciar el nivel de complejidad o de abstracción narrativa de los momentos innovadores (MI), se definieron MI de nivel I, II y III (Fernández-Navarro, Ribeiro, Soylemez y Gonçalves, 2019). Los de nivel I corresponden a innovaciones en la narrativa del consultante que crean distancia del problema. Pueden aparecer en forma de acciones, reflexiones (sentimientos o pensamientos) o protestas (críticas) en contra del problema. Los de nivel II son innovaciones en la narrativa del consultante que están centradas en el proceso de cambio, haciendo referencia a nuevos objetivos, experiencias, actividades o proyectos que ya están ocurriendo en el presente o que están por ocurrir en un futuro, sin hacer referencia al proble-

ma o no necesariamente relacionados con el problema. Pueden tomar la forma de acciones, reflexiones o protestas. Por último, los de nivel III, re-conceptualización, representan la meta-posición de la que se habló anteriormente, la que da cuenta de qué ha cambiado en la vida del consultante (contraste del sí-mismo) y de cómo se ha logrado ese cambio (descripción del proceso de cambio). La tabla 4 muestra la definición de cada uno de los MI junto con un ejemplo.

Tabla 4. *Momentos de innovación con ejemplos.*

Tipos de MI	Subtipos	Definición	Ejemplos (Narrativa problemática: depresión)
MI de nivel I (Crean distancia del problema)	Acción I	Acciones realizadas e intentadas para enfrentar el problema	C: ¡Ayer fui al cine por primera vez en meses!
	Reflexión I	Nuevas comprensiones acerca del problema	C: Me doy cuenta de que lo que estaba haciendo no era humanamente posible, me estaba presionando a mí misma y no me daba tiempo libre, uh, para mí... y es más natural y más sano permitir algunas de estas actividades extras...
	Protesta I	Oponerse al problema y a sus supuestos	C: ¿En qué me estoy convirtiendo finalmente? ¿En qué me estoy metiendo? ¿¡Me voy a estancar aquí!?
MI de nivel II (Centrados en el cambio)	Actuación del cambio (Acción II)	Generalización de buenos resultados hacia el futuro y otras dimensiones de la vida (realizados o acciones proyectadas)	T: ¡Pareces tener tantos proyectos para el futuro a partir de ahora! C: Sí, tienes razón. Quiero hacer todas las cosas que me eran imposibles de hacer cuando estaba dominado por la depresión. Quiero trabajar de nuevo y tener el tiempo para disfrutar de mi vida con mis hijos. Quiero tener amigos nuevamente. La pérdida de todas las amistades del pasado es algo que aún me duele profundamente.
	Reflexión II	Contraste del sí-mismo (¿qué ha cambiado?) O Proceso de transformación (¿cómo/por qué ha ocurrido el cambio?)	C: Me siento fuerte y positivo. Está bien preguntarse por estas cosas [sus necesidades], es una nueva parte de mí, así que no voy a derrumbar.
	Protesta II	Asertividad y empoderamiento	C: Soy un adulto y soy responsable de mi vida, y quiero reconocer estos sentimientos y ¡me voy a permitir sacarlos fuera! Quiero experimentar la vida, quiero crecer y se siente bien estar a cargo de mi propia vida.

Tipos de MI	Subtipos	Definición	Ejemplos
MI de nivel III (Qué ha cambiado y cómo se ha logrado)	Re-conceptualización	Momento de distanciamiento de la experiencia (meta-posición) donde el sí-mismo es reposicionado fuera de la experiencia problemática Y existe una comprensión del proceso involucrado en esta transformación	(Narrativa problemática: depresión) C: Actualmente me siento diferente. No me preocupa lo que otros piensen acerca de lo que estoy diciendo. Descubrí que necesito respetar mis necesidades y opiniones, incluso si hay personas que están en desacuerdo. Antes de protegerme de discordar con otros estaba siempre en conflicto conmigo mismo – pensando una cosa, diciendo otra. ¿Qué hace que el desacuerdo con otros sea peor que esta lucha interna?

Nota. MI (Momentos innovadores). Adaptada de Oliveira, Gonçalves, Braga y Ribeiro (2016).

En la actualidad, más de 600 sesiones de terapia han sido codificadas utilizando el SCMI (Montesano et al., 2017), las que incluyen: TN para casos de violencia de pareja, TN para depresión, terapia focalizada en las emociones (TFE), terapia constructivista para el duelo, TCC, terapia centrada en el cliente, entre otras. La mayoría de los estudios siguen el mismo diseño de procesos-resultados en el que se comparan los patrones de cambio narrativo obtenidos por casos de buen y mal resultado terapéutico (casos recuperados y de no cambio, respectivamente).

En términos generales, los resultados obtenidos por estos estudios tienden a apoyar las hipótesis iniciales del equipo de Gonçalves. Esto es, en casos de buen resultado terapéutico existe una tendencia de progresión en la proporción de MI en las narrativas del consultante a medida que la terapia avanza. Los MI de nivel I emergen desde el inicio de la terapia, en cambio los de nivel II y III tienden a aparecer en las fases intermedias, continuando hasta el final. Los casos de mal resultado terapéutico tienden a presentar una proporción significativamente menor de MI al compararlos con los casos de buen resultado. Los MI de nivel I emergen en las sesiones sin una clara tendencia de progresión a lo largo de la terapia. Los MI de nivel II y III están ausentes o aparecen en una proporción significativamente baja al compararlos con casos de buen resultado terapéutico.

Finalmente, lo que el equipo de Gonçalves ha continuado explorando es la relación entre MI y mejora sintomática (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes y Sousa, 2015). Para esto, analizaron 10 casos de TN para depresión (18 sesiones en promedio cada uno) y se utilizaron modelos lineales jerárquicos para ver si la aparición de MI en una sesión predice o explica una mejora sintomática a la sesión siguiente, o, por el contrario, si una mejora sintomática precede el surgimiento de MI. Los resultados

indicaron que los MI son mejores predictores de la mejora sintomática a la sesión siguiente que a la inversa. Adicionalmente, a través del mismo diseño quisieron probar la relación entre re-conceptualización y mejora sintomática (Fernández-Navarro et al., 2018). Esta vez, analizaron 16 casos de TN para depresión (19 sesiones en promedio cada caso) obteniendo los siguientes resultados: re-conceptualización obtuvo una frecuencia menor de aparición a lo largo de las sesiones que reflexión II (o que sus dos componentes por separado: contraste del sí-mismo y descripción del proceso de cambio), pero re-conceptualización resultó ser un mejor predictor de la mejora sintomática a la sesión siguiente que reflexión II. Además, la aparición de re-conceptualización en una sesión es mejor predictor de la mejora sintomática a la sesión siguiente que a la inversa. Estos resultados apoyan la hipótesis de cómo surgen los MI en casos recuperados y que re-conceptualización es clave en este proceso. Así mismo, el cambio narrativo (o el surgimiento de logros extraordinarios) no es un epifenómeno de la mejora sintomática, sino que las innovaciones narrativas serían capaces de promover la reducción de síntomas, al menos en TN para depresión (Montesano et al., 2017).

La ambivalencia

Otro de los fenómenos estudiados por el grupo de Gonçalves es el de ambivalencia. Ellos se dieron cuenta que en TN cuando un consultante produce un MI y el terapeuta interviene preguntando acerca de él, el consultante tiene dos posibilidades: amplificarlo o atenuarlo. El consultante lo amplifica cuando continúa desarrollando y elaborando la narrativa ligada al MI de acuerdo con las preguntas del terapeuta, profundizando en él y aceptando su valor potencial de novedad e innovación. Por el contrario, se produce una atenuación del MI cuando a partir de las preguntas del terapeuta, el consultante se contradice, se reafirma en la narrativa problemática, re-atribuye o trivializa la experiencia restándole su valor potencial de novedad e innovación. A este comportamiento que puede ser identificado y rastreado a lo largo de las sesiones, se la ha denominado Marcador de Retorno al Problema (MRP) y al sistema de codificación diseñado para su identificación, Sistema de Codificación de la Ambivalencia (SCA, Gonçalves et al., 2011).

Para el equipo de Gonçalves, de lo que estaría dando cuenta un MRP es de un fenómeno de ambivalencia (Braga et al., 2018). Desde una perspectiva dialógica, la aparición de un MI estaría desafiando el marco experiencial y de entendimiento de la persona, generando una sensación de riesgo e incertidumbre. Cuando la incertidumbre se vuelve amenazante, para lidiar con ella la persona utilizaría una estrategia semiótica caracterizada por la atenuación de la novedad, sus significados e implicaciones, retornando rápidamente a la narrativa dominante. En este sentido, una voz dominante y una no dominante (o innovadora) establecen una relación circular de mutua alimentación, bloqueando el desarrollo o cambio personal (Ribeiro y Gonçalves, 2011). Por ejemplo, una persona que consulta por problemas de ansiedad social y la imposibilidad de decir que no a los demás en

diversas situaciones. Su narrativa dominante podría ser caracterizada como “Por lo general soy muy sumiso.” A lo largo de las sesiones, podría surgir un MI del tipo: “A veces me digo a mí mismo: ‘No quiero hacer lo que X persona me pidió’” (Protesta I), para luego surgir un MRP: “Pero luego me siento una persona egoísta si no lo hago”, reafirmando la narrativa dominante: “He sido sumiso toda mi vida, es simplemente la manera que soy” (Gonçalves et al., 2011).

En casos de TN para mujeres víctimas de violencia de pareja (Gonçalves et al., 2011), la proporción de MRP fue mucho más alta en casos de no cambio que en casos recuperados. Esto indicaría que el mal resultado terapéutico estaría vinculado con un retorno sistemático a la narrativa dominante por parte del consultante luego de producir una innovación narrativa. Resultados similares fueron obtenidos en casos de TN para depresión (Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás y Sousa, 2015). Desde un punto de vista longitudinal, ambos grupos, recuperados y de no cambio, presentaron la misma proporción de MRP en las sesiones iniciales. Sin embargo, los MRP tendieron a disminuir progresivamente a lo largo de las sesiones en casos recuperados, mientras que en casos de no cambio, si bien, también los MRP tendieron a disminuir a lo largo del proceso terapéutico, su disminución fue significativamente menor que la de los casos recuperados. Al final del tratamiento, los casos de no cambio presentaron una proporción mucho mayor de MRP que los casos recuperados.

Los resultados anteriores sugieren que los MRP como marcadores de ambivalencia son un fenómeno común tanto en casos de buen como de mal resultado terapéutico, probablemente dando cuenta de la sensación de riesgo e incertidumbre que el cambio puede provocar. En este sentido, la ambivalencia puede ser considerada un mecanismo de protección utilizado por el consultante para lidiar con el riesgo e incertidumbre producida por la novedad implicada en la ruptura de sus mecanismos de funcionamiento habituales.

Considerando que la ambivalencia está presente desde un inicio en los dos tipos de casos analizados y que la disminución de ésta a lo largo de la terapia es mucho mayor en casos recuperados que en los casos de no cambio, la diferencia entre ambos grupos radicaría en que los casos recuperados desarrollarían una estrategia para su resolución a lo largo del proceso terapéutico. Para estudiar esta hipótesis, el equipo de Gonçalves desarrolló el Sistema de Codificación de Resolución de la Ambivalencia (SCRA, Gonçalves et al., 2017).

El SCRA considera que habría dos mecanismos utilizados por el consultante para resolver la ambivalencia a lo largo del proceso terapéutico: dominación y negociación. La resolución por dominación implicaría que la voz innovadora pasa a dominar la vida de la persona subyugando a la que anteriormente fue la voz del relato dominante. Consiste en una inversión de roles. En cambio, en la resolución por negociación, las voces o posiciones conflictuadas parecen comunicarse respetuosamente la una con la otra, promoviendo un fluir dinámico entre los opuestos, más que la dominación de una por sobre la otra (Oliveira, Gonçalves, Braga y

Ribeiro, 2016). En otras palabras, hay una elaboración conjunta de significados entre ambas posiciones, creando una semántica que las trasciende.

En el principal estudio en el que se ha utilizado el SCRA se han analizado 10 casos de TN, 6 casos de TCC y 6 casos de TFE para depresión (Braga et al., 2018). En los tres tipos de terapia, en casos recuperados, negociación obtuvo una proporción mucho mayor que dominación. Por el contrario, en casos de no cambio, dominación fue mucho más frecuente que en los casos recuperados. En estos últimos, a lo largo de la terapia, la proporción de dominación fue disminuyendo y la de negociación fue aumentando. En cambio, en casos de no cambio, la proporción de dominación tendió a aumentar ligeramente a lo largo del proceso terapéutico y negociación se mantuvo prácticamente constante a niveles bajos (casi ausente). Es interesante que los casos recuperados obtuvieron proporciones altas de negociación desde el inicio de la terapia, al compararlos con casos de no cambio, y que ambos grupos iniciaron la terapia con niveles similares de dominación. Esto puede sugerir que ambos grupos entraron a la terapia en diferentes estadios de cambio y que el desarrollo de estrategias de negociación desde el inicio de la terapia representaría un factor importante para el éxito terapéutico.

Por último, al igual que con los MI, se analizó el valor predictivo de los MRP sobre la reducción sintomática (Braga, Ribeiro, Sousa y Gonçalves, 2019). Para ello se seleccionaron 10 casos de TN y 6 casos de TCC para depresión. Los resultados indicaron que existe una relación bidireccional entre MRP y síntomas, es decir, por un lado, a menor proporción de MRP en una sesión, menor sintomatología en la sesión siguiente; y por otro, a mayor sintomatología en una sesión, mayor ambivalencia en la sesión siguiente.

Para sintetizar, de acuerdo al programa de investigación de Gonçalves, existen al menos siete tipos de MI que pueden ser clasificados de acuerdo a su nivel de complejidad o abstracción narrativa (véase tabla 4). Los MI de mayor complejidad tienden a aparecer más frecuentemente en los casos de buen resultado terapéutico a partir de las fases intermedias de la terapia, destacando el valor de reconceptualización como un proceso narrativo clave en la recuperación. De acuerdo a lo planteado por la TN, es la aparición y elaboración de logros extraordinarios (MI) lo que contribuye a la mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. La ambivalencia es un fenómeno que puede aparecer en los casos tanto de buen como de mal resultado terapéutico. Los casos de buen resultado tienden a resolverla empleando principalmente la estrategia de negociación. Sin embargo, para llegar al proceso de negociación, al parecer, primero deben darse resoluciones por dominación (Oliveira et al., 2016).

Andamiajes, zona de desarrollo proximal y el programa de investigación sobre colaboración terapéutica

El Grupo de Investigación sobre Relación Terapéutica, liderado por Eugenia Ribeiro, también de la Universidad de Minho en Portugal, ha desarrollado

el programa de investigación sobre colaboración terapéutica. El programa busca estudiar las conductas de colaboración o no colaboración que se dan entre terapeuta y consultante a lo largo del proceso terapéutico como un aspecto fundamental de la alianza de trabajo. Para ello, han desarrollado el Sistema de Codificación de Colaboración Terapéutica (SCCT, Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath y Stiles, 2013). Este sistema permite evaluar cómo se va dando la coordinación entre las propuestas e intervenciones del terapeuta y las respuestas del consultante momento a momento en la sesión. En otras palabras, evalúa si las intervenciones del terapeuta responden o no a las necesidades de cambio del consultante, y si las respuestas del consultante se corresponden o no a las propuestas o desafíos del terapeuta. Basado en el concepto de ZDP, el sistema asume que el cambio del consultante ocurre dentro de una zona terapéutica de desarrollo proximal (ZTDP), y que la colaboración terapéutica resulta de un esfuerzo conjunto del terapeuta y del consultante para trabajar dentro de esta zona.

El SCCT define la ZTDP como el espacio entre la capacidad actual del consultante de acomodar un MI (amplificarlo y aceptar su valor potencial de novedad e innovación), usualmente muy limitada cuando el consultante busca ayuda debido a la rigidez del relato dominante, y la capacidad potencial que puede ser alcanzada en colaboración con el terapeuta.

El SCCT supone que el consultante siempre está hablando, o bien, desde la voz del problema, o desde la voz de un MI. A su vez, el terapeuta puede apoyar o desafiar cada una de estas voces cuando aparecen. Por otra parte, el consultante puede validar o invalidar las intervenciones del terapeuta. De esta manera, lo que ocurriría a partir de los distintos niveles de la ZTDP es lo siguiente:

- 1) Debajo del límite inferior. El terapeuta interviene sobre algo ya resuelto o irrelevante para el problema actual, el consultante experimenta un riesgo mínimo mostrando desinterés.
- 2) Límite inferior. El consultante acepta la perspectiva del terapeuta, pero luego toma la perspectiva opuesta intercambiando comportamientos de validación e invalidación. El consultante puede saltar espontáneamente por sobre el nivel que le está proponiendo el terapeuta y desplazarse hacia una zona de riesgo y experimentar ambivalencia.
- 3) Cerca del nivel actual del consultante. El terapeuta apoya la voz del problema (el relato dominante, por ejemplo, pidiendo más información para entender el problema y la perspectiva del consultante al respecto), el consultante experimenta una sensación de seguridad.
- 4) Cerca del nivel potencial del consultante. El terapeuta apoya la voz del MI y el consultante lo amplifica. El consultante experimenta un riesgo tolerable.
- 5) Límite superior. El consultante atenúa el MI ya que estaría experimentando riesgo alto y por tanto buscaría volver a su zona de seguridad. El comportamiento que aparece es el de ambivalencia (MRP).

- 6) Sobre el límite superior. El consultante experimenta riesgo intolerable, invalidando las intervenciones del terapeuta. El consultante se muestra defensivo, cambia el tema o no entiende al terapeuta.

En un estudio de caso (Ribeiro et al., 2014) consistente en una mujer de 47 años que recibió 15 sesiones de TN por problemas de violencia de pareja, la que finalmente mostró un mal resultado terapéutico, se pudo observar que la mayoría de las apariciones de MRP estaban precedidas por una intervención de desafío de la voz del problema por parte de la terapeuta. Cuando la terapeuta apoyaba un MI, sólo algunas veces aparecieron MRP. Cuando la terapeuta apoyaba la voz del problema, nunca aparecieron MRP. A su vez, cuando apareció un MRP, la terapeuta tendió a continuar con intervenciones de desafío, provocando consecutivamente una respuesta de invalidación por parte de la consultante. Sin embargo, cuando la terapeuta validaba la voz del problema luego de un MRP, la consultante validaba a la terapeuta. No obstante, la consultante mostró mínimas respuestas de validación de la terapeuta a lo largo de la terapia y sólo muy pocas veces respondió en el nivel que se le estaba proponiendo, y por tanto, elaborando un MI.

Otro estudio (Ribeiro et al., 2016) comparó los procesos de colaboración en dos casos de TN para depresión tratados por el mismo terapeuta, buen (hombre de 22 años) y mal (mujer de 30 años) resultado terapéutico. En ambos casos, los MRP surgieron cuando el terapeuta apoyaba las voces de innovación narrativa (trabajando en el límite superior de la ZTDP) o desafiaba la voz del problema. El terapeuta mostró proporciones similares de intervenciones de desafío y apoyo de la voz problemática en ambos casos. En el caso de buen resultado, cuando el terapeuta respondía a los MRP apoyando la voz del problema, el consultante se desplazaba por sobre el nivel propuesto elaborando el MI precedente. Cuando el terapeuta respondía desafiando la voz del problema, el consultante validaba la intervención del terapeuta, para posteriormente continuar elaborando el MI (respondía en el nivel propuesto). En el caso de mal resultado, cuando el terapeuta apoyaba la voz dominante después de un MRP, la mayoría de las veces, la consultante respondía en el nivel propuesto. Cuando el terapeuta desafiaba la voz dominante después de un MRP, la consultante tendía a validar mínimamente al terapeuta, sin elaborar posteriormente el MI.

Finalmente, los procesos de colaboración fueron analizados en siete casos (6 mujeres, entre 19 y 43 años) de abandono de TN para depresión tratados por el mismo terapeuta (Pinto, Sousa, Pinheiro, Freitas y Ribeiro, 2018). En general, el terapeuta tendió a exhibir una alta proporción de desafío de la voz problemática en todos los casos, la que tendió a aumentar progresivamente a lo largo de las sesiones. A su vez, las respuestas más frecuentes de los consultantes fueron respuestas desde su zona de seguridad (nivel 3) o de retorno a la misma (ambivalencia). De esta manera, cuando el terapeuta apoyaba la voz del problema los consultantes respondían desde este nivel, mientras que, cuando apoyaba la voz de los MI, los consultantes respondían con un MRP. Adicionalmente, cuando el terapeuta desafiaba la voz del

problema, los consultantes también tendían a exhibir ambivalencia. Las respuestas más frecuentes del terapeuta ante las respuestas de los consultantes continuaron siendo respuestas de desafío de la voz problemática, incluso ante respuestas de desinterés por parte de los consultantes.

Los resultados anteriores enseñan que los casos de mal resultado terapéutico (y de abandono) tienden a responder frente a las intervenciones que desafían el relato dominante, o frente a las que apoyan las innovaciones narrativas, retornando a su zona de seguridad, es decir, produciendo respuestas de ambivalencia. A su vez, ante la respuesta de ambivalencia, los terapeutas continúan desafiando la voz del problema, provocando respuestas de invalidación de la intervención por parte del consultante. En este contexto, la sensación de riesgo o amenaza percibida por el consultante podría precipitar la decisión de abandonar la terapia.

Lo anterior sugiere que parte de la ambivalencia que surge durante el proceso terapéutico, en los casos de mal resultado, tendría a ser elicitada por el terapeuta al persistir en trabajar en el límite superior de la ZTDP. Es interesante que cuando los terapeutas responden a un MRP con una intervención de desafío de la voz problemática, el diálogo terapéutico suele salirse de la ZTDP, produciendo una escalada en la sensación de riesgo del consultante. En este sentido, los terapeutas no estarían siendo capaces de restaurar la colaboración terapéutica (trabajar dentro de la ZTDP) luego de producirse estos episodios de pérdida de calidad en la misma.

Por el contrario, en los casos de buen resultado terapéutico, aunque los terapeutas suelen responder de igual forma que en los casos de mal resultado ante la aparición de ambivalencia (desafiando la voz dominante), el consultante tiende a validar la intervención del terapeuta respondiendo en el nivel propuesto o yendo por sobre él para continuar elaborando el MI. Esto sugiere que, en los casos de mal resultado, habría un problema en la sensibilidad de los terapeutas para adaptar y corregir sus intervenciones de acuerdo con las interacciones que van desarrollando con sus consultantes desde el nivel de la ZTDP en la que se encuentran.

Conclusiones: ¿Cómo funciona la TN?

Los resultados de los estudios revisados permiten concluir que la TN funcionaría de acuerdo con el modelo de cambio que ella propone. Esto es, promoviendo la emergencia de logros extraordinarios (o MI) como una forma de flexibilizar el relato dominante y co-construir alternativas a éste en términos de nuevas formas de pensar, sentir y actuar. La emergencia de logros extraordinarios a lo largo del proceso terapéutico estaría relacionada con la mejora sintomática y la obtención de un buen resultado terapéutico, sobre todo, la aparición de logros extraordinarios de mayor complejidad a partir de las fases intermedias de la terapia. En este sentido, re-conceptualización constituye un proceso clave del proceso de cambio, representando una meta-posición que permitiría la transición entre el antes y el después en la vida (identidad) del consultante.

Como lo plantea White, la colaboración entre terapeuta y consultante dependería

de la colaboración entre ambos desde de la ZDP. Intervenciones terapéuticas dentro de la ZDP favorecería la elaboración y asimilación de los logros extraordinarios. Lo contrario promovería ambivalencia. Una alta ambivalencia o la no resolución de la misma estaría asociada a casos de no cambio o abandono. Adicionalmente, la resolución de la ambivalencia a través de negociación estaría relacionada con un mejor resultado terapéutico que a una resolución por dominación. Por último, se requiere mayor investigación sobre colaboración terapéutica en TN para comprender el rol que juega la sensibilidad del terapeuta en corregir y adaptar sus intervenciones de acuerdo al nivel de la ZDP en la que se encuentra el consultante y de esta forma co-construir un andamiaje favorable al proceso de cambio.

Discusión

El objetivo del presente trabajo era responder a la pregunta “¿cómo funciona la TN?”. Para esto, primero se intentó responder a la pregunta de si la TN funciona. Asumiendo la perspectiva de factores comunes, se concluía que la TN debía ser eficaz y efectiva al cumplir con las características de toda psicoterapia eficaz y efectiva desde sus prácticas. Para respaldar esta afirmación, se revisaron las principales investigaciones de resultados que hay sobre la TN concluyendo que, si bien existe evidencia como para afirmar que la TN sí funciona, aún falta mucho por hacer para mejorar la calidad de los estudios. Desde este punto, se realizó una revisión narrativa de las principales investigaciones de procesos y procesos-resultados que hay publicadas con el objetivo de responder a la pregunta inicial.

Los estudios de procesos y procesos-resultados encontrados son diversos, difiriendo en temas, diseños y metodologías. Como se dijo anteriormente, esto dificulta su comparación y el poder extraer conclusiones desde la síntesis de resultados. Para solventar esto, se revisó con mayor extensión y detenimiento los estudios publicados por los grupos de Gonçalves y Ribeiro, respectivamente, debido a que siguen metodologías y diseños coherentes en todas sus publicaciones. Aún así, es posible establecer ciertas comparaciones entre estudios similares. Por ejemplo, el contenido y la semántica de los logros extraordinarios identificados y codificados por Draucker et al. (2016) en mujeres jóvenes que habían sufrido violencia de pareja, son muy similares a los identificados por Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos (2011) en su estudio original a través del cual surge el SCMI.

Los sistemas de codificación del grupo de Gonçalves (SCMI, SCA, SCRA), si bien surgen desde la TN, han sido utilizados para analizar sesiones y casos de modelos terapéuticos diversos. Para la presente revisión se han seleccionado sólo aquellos estudios en los que se aplicaron a TN (exclusivamente o en conjunto con otros modelos). Cuando se han analizado otros modelos de terapia con estos sistemas, los resultados encontrados son similares a los obtenidos en TN. Es por esto que estos sistemas de codificación son considerados transteóricos. Además, es posible afirmar que los logros extraordinarios o las innovaciones narrativas no son un fenómeno exclusivo de la TN, sino que ocurrirían en toda psicoterapia. De hecho,

esto es lo que suele ocurrir al estudiar factores específicos como responsables del cambio psicoterapéutico. Lo que se suele hallar es que el cambio en una variable psicológica específica suele darse en modelos terapéuticos diversos (Castonguay, 2011), incluso en aquellos en los que dicha variable no se plantea como objeto de intervención. Por ejemplo, un cambio en distorsiones cognitivas no sólo ocurre en TCC, sino que también en terapia interpersonal, farmacoterapia y activación conductual (Dimidjian et al., 2006; Imber et al., 1990; Jacobson et al., 1996; Oei y Free, 1995).

Respecto del SCCT es necesario aclarar que su teorización no viene de la TN, sino que del buscar estudiar las contribuciones de las interacciones terapeuta-consultante a los fenómenos estudiados por el Modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES, Stiles et al., 1990), el SCMI y el SCA. De hecho, el concepto de ZTDP desarrollado por el SCCT proviene del APES y no del modelo de andamiaje de White, aun cuando las conceptualizaciones a las que llega son análogas o equivalentes. En este sentido, sería interesante analizar sesiones de TN con el sistema desarrollado por Ramey, Young y Tarulli (2010) junto con el SCCT, de forma de establecer comparaciones para encontrar similitudes y diferencias.

En esta revisión se han privilegiado estudios sobre procesos de TN en psicoterapia individual, dejando de lado aquellos sobre terapia familiar, terapia de parejas y terapia grupal. Sería interesante revisar este tipo de investigaciones debido a que la TN, desde sus bases relacionales, ha buscado trabajar con familias y parejas.

Por último, la presente revisión no está carente de limitaciones. Al ser una revisión narrativa no ha seguido un criterio sistemático para seleccionar los estudios incluidos. La selección de los mismos se ha hecho a través de buscadores como Google Scholar, Scopus, PubMed y la página web del Dulwich Centre (en la que hay una lista de publicaciones sobre TN), lo que podría sesgar los estudios a los que se ha excedido. Tampoco ha habido una metodología para sintetizar los resultados, por lo que lo discutido a lo largo de este artículo tiene que tomarse meramente como algo informativo. Sin embargo, conceptualmente se logra una síntesis de las principales investigaciones y se logra responder a la pregunta planteada.

Finalmente, las contribuciones prácticas e implicaciones para la práctica clínica que se pueden derivar de la presente revisión, por motivos de extensión, no pueden ser expuestas aquí. El lector interesado puede revisar el artículo de Montesano et al. (2017) en el que se exponen diversas estrategias terapéuticas para la elicitación y trabajo con MI en sus distintos niveles, y el de Oliveira et al. (2016) el que desarrolla estrategias para trabajar con la ambivalencia.

Referencias Bibliográficas

- Beaudoin, M. N., Moersch, M. y Evare, B. S. (2016). The Effectiveness of Narrative Therapy With Children's Social and Emotional Skill Development: An Empirical Study of 813 Problem-Solving Stories. *Journal of Systemic Therapies*, 35(3), 42-59. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2016.35.3.42>

- Besa, D. (1994). Evaluating Narrative Family Therapy Using Single-System Research Designs. *Research on Social Work Practice, 4*(3), 309–325. <https://doi.org/10.1177/104973159400400303>
- Braga, C., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Oliveira, J. T., Botelho, A., Ferreira, H. y Sousa, I. (2018). Ambivalence resolution in brief psychotherapy for depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(3), 369–377. <https://doi.org/10.1002/cpp.2169>
- Braga, C., Ribeiro, A. P., Sousa, I. y Gonçalves, M. M. (2019). Ambivalence Predicts Symptomatology in Cognitive-Behavioral and Narrative Therapies: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychology, 10*, 1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01244>
- Cashin, A., Browne, G., Bradbury, J. y Mulder, A. (2013). The Effectiveness of Narrative Therapy With Young People With Autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 26*(1), 32–41. <https://doi.org/10.1111/jcap.12020>
- Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research, 21*(2), 125–140. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.563250>
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Draucker, C. B., Smith, C., Mazurczyk, J., Thomas, D., Ramirez, P., McNealy, K., ... y Martsof, D. S. (2016). Unique Outcomes in the Narratives of Young Adults Who Experienced Dating Violence as Adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 22*(2), 112–121. <https://doi.org/10.1177/1078390315621062>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. y Hubble, M. A. (2010). *The Heart & Soul of Change. Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-000>
- Erbes, C. R., Stillman, J. R., Wieling, E., Bera, W. y Leskela, J. (2014). A Pilot Examination of the Use of Narrative Therapy With Individuals Diagnosed With PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 27*(6), 730–733. <https://doi.org/10.1002/jts.21966>
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Soylemez, K. K. y Gonçalves, M. M. (2019). Innovative Moments as Developmental Change Levels: A Case Study on Meaning Integration in the Treatment of Depression. *Journal of Constructivist Psychology, 0*(0), 1–17. <https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1592037>
- Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Sousa, I., Moutinho, V., Antunes, A., Magalhães, C., ... y Gonçalves, M. M. (2018). Reconceptualization innovative moments as a predictor of symptomatology improvement in treatment for depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 25*(6), 765–773. <https://doi.org/10.1002/cpp.2306>
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la presión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Gelo, O., Pritz, A. y Rieken, B. (2015). *Psychotherapy Research: Foundations, Process, and Outcome*. Londres, Reino Unido: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- Gergen, K. J. y Warhus, L. (2003). La terapia como construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria, 3*, 13–45.
- Gonçalves, M. M., Matos, M. y Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the Nature Of “Innovative Moments” in the Construction of Change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., ... y Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research, 27*(3), 270–282. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I. y Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research, 33*07(JANUARY), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1035355>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C. y Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*(1), 27–40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.507789>
- Goncalves, M., Ribeiro, A., Mendes, I., Matos, M. y Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research, 21*(5), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., ... y Glass, D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 352–359. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.3.352>

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295–304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Looyeh, M. Y., Kamali, K. y Shafieian, R. (2012). An Exploratory Study of the Effectiveness of Group Narrative Therapy on the School Behavior of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing, 26*(5), 404–410. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.01.001>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. B., Machado, P. P. P. y Sousa, I. (2014). Long-term effects of psychotherapy on moderate depression: A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders, 167*, 64–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.042>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T. y Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 662–674. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052>
- Lyotard, J. F. (1994). *La condición postmoderna: Informe sobre el saber*. Madrid, España: Cátedra.
- Madigan, S. (2019). *Narrative Therapy (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association (APA). <https://doi.org/10.1037/0000131-000>
- Matos, M. y Gonçalves, M. (2004). Narratives on marital violence: The construction of change through re-authoring. En R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro y F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims* (pp. 137–154). Bruselas, Bélgica: Politea.
- McAleavey, A. A. y Castonguay, L. G. (2015). The Process of Change in Psychotherapy: Common and Unique Factors. En O. Gelo, A. Pritz y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 293–310). Viena, Austria: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0>
- McGuinty, E., Armstrong, D., Nelson, J. y Sheeler, S. (2012). Externalizing Metaphors: Anxiety and High-Functioning Autism. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 25*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2011.00305.x>
- McKian, S. S., Rabiei, S., Bemana, H. y Ramezani, M. (2019). Experimental design and statistical evaluation on the effect of narrative therapy on body image and body mass index in Iranian overweight and obese women. *Obesity Medicine, 14*, 100097. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100097>
- Moggia, D. (en prensa). A través del espejo y lo que Tom Andersen encontró allí: Sus contribuciones a la Terapia familiar y a la Terapia Narrativa. En A. García, L. Rodríguez y H. Maffei Cruz (Eds.), *Palabras, Movimientos y Emociones. Nuestro homenaje a Tom Andersen*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Moggia, D. (2013). ¿Es Efetiva la Terapia Narrativa? En *III Encuentro de la Asociación Española de Terapia Narrativa (AETEN)*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Montesano, A., Oliveira, J. T. y Gonçalves, M. M. (2017). How Do Self-Narratives Change During Psychotherapy? A Review of Innovative Moments Research. *Journal of Systemic Therapies, 36*(3), 81–96. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2017.36.3.81>
- Oei, T. P. S. y Free, M. (1995). Do cognitive behaviour therapies validate cognitive models of mood disorders? A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology, 30*, 145–179. <https://doi.org/10.1080/00207599508246564>
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro, A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. *Revista de Psicoterapia, 27*(104), 83–100. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.122>
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona, España: Paidós.
- Pinto, D., Sousa, I., Pinheiro, A., Freitas, A. C. y Ribeiro, E. (2018). The Therapeutic Collaboration in Dropout Cases of Narrative Therapy: An Exploratory Study. *Revista de Psicoterapia, 29*(110), 167–184. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.209>
- Poole, J., Gardner, P., Flower, M. C. y Cooper, C. (2009). Narrative Therapy, Older Adults, and Group Work?: Practice, Research, and Recommendations. *Social Work With Groups, 32*(4), 288–302. <https://doi.org/10.1080/01609510902895086>
- Ramey, H. L., Young, K. y Tarulli, D. (2010). Scaffolding and Concept Formation in Narrative Therapy: A Qualitative Research Report. *Journal of Systemic Therapies, 29*(4), 74–91. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.4.74>
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M. y Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*(6), 681–693. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1197439>
- Ribeiro, A. P. y Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and Transformation of Problematic Self-Narratives: A Semiotic-Dialogical Approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 45*(3), 281–303. <https://doi.org/10.1007/s12124-010-9149-0>

- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A. y Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 166-175. <https://doi.org/10.1002/cpp.1945>
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Louira, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A. O. y Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24(3), 346-359. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856042>
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O. y Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294-314. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x>
- Silver, E., Williams, A., Worthington, F. y Phillips, N. (1998). Family therapy and soiling: an audit of externalizing and other approaches. *Journal of Family Therapy*, 20(4), 413-422. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00096>
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411-420. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.3.411>
- Vattimo, G. (1986). *El fin de la modernidad: Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna. Hombre y sociedad*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vromans, L. P. y Schweitzer, R. D. (2011). Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15. <https://doi.org/10.1080/10503301003591792>
- Vygotsky, L. S. (1980). *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Weber, M., Davis, K. y McPhie, L. (2006). Narrative Therapy, Eating Disorders and Groups: Enhancing Outcomes in Rural NSW. *Australian Social Work*, 59(4), 391-405. <https://doi.org/10.1080/03124070600985970>
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2016). *Mapas de la Práctica Narrativa*. Santiago de Chile, Chile: Pranas Chile Ediciones.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Yoosefi Looyeh, M., Kamali, K., Ghasemi, A. y Tonawanik, P. (2014). Treating social phobia in children through group narrative therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.11.005>

A S E P C O

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

HACIA UNA COMPRENSIÓN FENOMENOLÓGICA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO: APLICABILIDAD DE LA REJILLA DE EVALUACIÓN NARRATIVA

TOWARD PHENOMENOLOGICAL COMPREHENSION OF MEANING CONSTRUCTION PROCESS: NARRATIVE ASSESSMENT GRID APPLICABILITY

Luís Botella García de Cid

Facultad de Psicología Ciencias de la educación y del deporte (FPCEE) Blanquerna.
Universidad de Ramon Llull, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Berta Vall Castelló

Facultad de Psicología Ciencias de la educación y del deporte (FPCEE) Blanquerna.
Universidad de Ramon Llull, España
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6869-6903>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella García de Cid, L. y Vall Castelló, B. (2019). Hacia una comprensión fenomenológica del proceso de construcción de significado: Aplicabilidad de la Rejilla de Evaluación Narrativa. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 57-94. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.320>

Resumen

La actividad narrativa ha constituido una estructura integral para la organización y construcción de significados de la experiencia humana. El presente estudio tiene dos objetivos principales vinculados a la actividad narrativa. El primer objetivo es la comprensión del proceso humano de construcción de significado. Para lograr este objetivo, analizamos cómo las narrativas se entienden a partir de los tres enfoques principales que los han examinado, el enfoque constructivista, el enfoque sistémico y el enfoque cognitivo. Por último, situamos nuestro estudio en el enfoque integrador que es el constructivismo relacional. Un segundo objetivo de nuestro estudio es contrastar la aplicabilidad y relevancia psicoterapéutica de la Rejilla de Evaluación Narrativa, una propuesta innovadora y pionera. Se propuso por primera vez por Botella y Gámiz (2011), en su estudio se utilizó para comparar pacientes con éxito terapéutico y pacientes sin éxito. Este estudio pretende contrastar y extender sus resultados, aumentando la muestra analizada y centrándose en el motivo de demanda del cliente.

Palabras clave: significado personal, rejilla de evaluación narrativa.

Abstract

The narrative activity has constituted an integral structure for organizing and making meaning of the human experience. The current study has two main objectives linked to the narrative activity. The first aim of the project is the comprehension of the human meaning-making process. To accomplish this objective, we analyze how narratives are understood from the three main approaches that have reviewed them; the constructionist approach, the systemic approach and the cognitive approach. Finally, we situate our study in the integrative approach which is the relational constructivism. A second main objective of our study is to contrast the psychotherapeutic applicability and relevance of the Narrative Evaluation Grid, which is an innovative and pioneering proposal. It was first proposed by Botella & Gámiz (2011), and it was used to compare patients with therapeutic outcome with patients without it. This study tries to contrast and extend their results, increasing the sample analyzed and focusing on the source of the client's complains.

Keywords: Personal meaning, narrative assessment grid.

Fecha de recepción: 18 de julio de 2019. Fecha de aceptación: 18 de septiembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: luisbg@blanquerna.url.edu

Dirección postal: calle Císter 34. 08022 Barcelona. España

© 2019 Revista de Psicoterapia



“(...) somos seres en tránsito y los aeropuertos son una metáfora adecuada de los tiempos postmodernos que estamos viviendo. Son puntos de tránsito de llegada y un sitio privilegiado de salida hacia varias direcciones. La psicoterapia puede ser entendida como las puertas de embarque. En un aeropuerto no hay vuelos correctos o equivocados, hay una multiplicidad de propuestas. La calidad de un aeropuerto, como la calidad de la psicoterapia, depende de la multiplicidad de rutas que permite.”

Gonçalves (1995a).

La actividad narrativa se ha utilizado para dos propósitos principales en la investigación en psicología. Por un lado, ha servido como un género o estilo de presentación de estudios de casos y, por otra parte, ha representado una estructura integral de la experiencia humana y en este sentido ha contribuido a la comprensión del comportamiento humano (Davidson, 1995). Este estudio se centra en este último efecto de la actividad narrativa.

Como destaca Neimeyer (2006), la psicología narrativa y la teoría del *self* dialógico han servido para pasar de una visión modernista del yo como uno, estable y bien integrado a una concepción postmoderna de la identidad múltiple, cambiante e interpenetrada por el mundo social. Por lo tanto, nos basamos en el supuesto de que las narrativas hacen plena justicia a la rica experiencia vivida por los individuos en sus contextos sociales y culturales (Wong, 2010). Así, el significado se entiende mejor, se expresa y se construye en la narrativa. Desde esta perspectiva, el objetivo de nuestro estudio es analizar narrativas de pacientes con el fin de llegar a una aproximación fenomenológica del proceso humano de construcción de significado.

Para lograr este objetivo hay que tener en cuenta otros dos. En primer lugar, comprender y clarificar cómo se entienden las narrativas a partir de los tres enfoques principales que las han abordado: el constructivista, el sistémico y el cognitivo. Para cada uno de ellos comentaremos cómo se constituye narrativamente el *self* y cómo se entiende la patología y la psicoterapia. Por último, vamos a situar nuestro estudio en un enfoque integrador constructivista relacional.

El segundo objetivo tiene que ver con contrastar la aplicabilidad psicoterapéutica y la relevancia de la Rejilla de Evaluación Narrativa. La Rejilla de Evaluación Narrativa (REN) es una propuesta innovadora y pionera desarrollada por Botella y Gámiz (2011), quienes la utilizaron para comparar los pacientes con y sin éxito terapéutico. Este estudio trata de contrastar y desarrollar el anterior, aumentando la muestra analizada y centrándose en el motivo de demanda de los clientes.

La forma narrativa del *self* como un producto social: El enfoque construccionista

La metateoría construccionista pone el énfasis en los orígenes socioculturales de la construcción narrativa (Polkinghorne, 2004), esto no implica determinismo cultural, sino que significa que adquirimos las habilidades narrativas en nuestra interacción con los otros, no sólo *siendo interactuados*. De ahí sigue la teoría rela-

cional, el objetivo de la cual, según Gergen (1996), es entender la acción humana en términos de un proceso relacional. Eso significa desplazar el foco desde el individuo hacia la relación (Shotter, 1997). Así, el autoconcepto ya no es entendido como una estructura cognitiva privada, sino como un discurso sobre el *self*. Por lo tanto, la preocupación tradicional por las categorías conceptuales (concepto de sí mismo, esquemas o autoestima) es sustituida por la comprensión del yo como una narración que se hace inteligible dentro de las relaciones actuales (McLeod, 2004). La teoría relacional explica que usamos historias para identificarnos a nosotros mismos y a nosotros mismos con los demás (Wortham, 1999). En consecuencia, las narraciones son parte de las acciones sociales ya que hacen que los acontecimientos sean socialmente visibles y establecen expectativas para acontecimientos futuros (Shotter, 1997). Siguiendo con esta idea, esta teoría propone que ser un *self* con un pasado y un futuro potencial no significa ser un agente independiente, único y autónomo. Por el contrario, significa estar inmerso en la interdependencia (Hoffman, 1996).

En este sentido, comprender una acción significa reemplazarla en un contexto de acontecimientos precedentes y consecuentes (Bruner, 1990). Las narrativas del *self* son utilizadas en la relación por lo que mantienen, intensifican o impiden cierto tipo de acciones (Gergen, 1996). Funcionan como historias morales, son recursos culturales que realizan actividades sociales (como la auto-identificación, la auto-justificación, etc.) (Gergen, 1985).

Las propiedades de las narraciones bien formadas están cultural e históricamente situadas. Por lo tanto, la forma narrativa es histórica y culturalmente contingente (Bruner, 1990; Burr, 1995). En cuanto a la veracidad de las narraciones, Gergen (1996) afirma que la verdad de una narración se sostiene en las convenciones narrativas fijadas en una cultura específica. Basándonos parcialmente en sus ideas podemos mencionar algunos de los requisitos para contar una historia inteligible en la cultura occidental actual:

- 1) Establecer una meta final deseable: una historia aceptable tiene que establecer un objetivo, un evento a explicar, un estado a alcanzar o evitar (Gergen, 1996; McAdams, 2006).
- 2) Seleccionar los aspectos relevantes para la meta final: los acontecimientos de una historia inteligible sirven para hacer el objetivo más o menos probable, accesible o importante (Gergen, 1996).
- 3) Secuenciar los eventos: los eventos aparecen en una disposición ordenada (esta secuencialidad ha sido señalado por diversos autores en la tradición narrativa, i.e. Bruner, 1990; Gonçalves, 2000; Guidano, 1995; Vogel, 1995).
- 4) Dar estabilidad a la identidad: los personajes de una historia bien construida tienen una identidad continua o coherente a través del tiempo, a pesar de que las fuerzas ocasionales pueden introducir un cambio en algún personaje (Gergen, 1992).
- 5) Nexos: la narración ideal es la que da una explicación sobre el resultado

(McAdams, 2006).

- 6) Signos de demarcación: la mayoría de las historias bien formadas utilizan signos para indicar el principio y el final (Gergen, 1996).

El uso de las convenciones narrativas genera el sentido de coherencia y dirección en nuestras. Algunas formas narrativas específicas son culturalmente compartidas y, como destaca Gergen (1989), constituyen los posibles *selves*. La importancia que los construccionistas dan a los aspectos sociales se destaca en la siguiente idea de Gergen (1996): si los *selves* se presentan en los encuentros sociales, hay buenas razones para pensar que no hay una sola historia que contar. La participación en la cultura nos expone a una variedad de formas narrativas, y tenemos la posibilidad de utilizar cualquiera de ellas (Anderson, 1997). Todas las culturas proporcionan presunciones y perspectivas acerca de la individualidad, pero esto no implica un determinismo cultural, ya que no proporcionan resúmenes de la trama para contarse a uno mismo (Bruner, 2004).

Las narrativas del *self* satisfacen nuestra necesidad de estabilidad, nos dan un sentido de identidad y de estabilidad de los patrones relacionales (Burr, 1995). Contar a los demás cosas sobre uno mismo no es un asunto simple, venimos a expresar lo que creemos que los otros esperan que seamos (Bruner, 2004). Para gestionar con éxito la vida social el individuo tiene que ser capaz de hacerse inteligible como una identidad perdurable, integral y coherente (Gergen, 1996). Las características personales, el carácter moral y la identidad personal son el resultado de la relación misma. Algunas teorías consideran la identidad como un logro de la mente, una “historia vital” narrativa coherente y consistente (Gergen, 1989) pero desde el punto de vista construccionista la identidad se considera un logro de la relación. Por lo tanto, la gente cambia de una relación a la otra y no es posible alcanzar la estabilidad en todas ellas (Anderson, 1997). Lo que adquirimos es más una posibilidad de comunicar y representar un *self* en vez de una profundo y duradero “yo verdadero” (Gergen, 1996).

Desde este enfoque no se proporciona una definición clara de la patología. Los autores construccionistas están en contra del “poder”, la jerarquía y el control que tradicionalmente se ha dado al terapeuta (Hoffman, 1996). Repudian el modelo médico, y por lo tanto sostienen que las regularidades de los sujetos no son características distintivas, sino que se derivan de las descripciones del terapeuta (Fruggeri, 1996). Afirman que el terapeuta no puede llegar a un conocimiento objetivo de ningún mecanismo patológico. También creen que nos construimos a nosotros mismos en función del discurso dominante en una familia, cultura, sociedad, etc. Por lo tanto, la patología en la que nos construimos a nosotros mismos variará (McNamee, 1996).

En relación con el contexto terapéutico, el enfoque construccionista propone ir más allá de la narración (Gergen, 1996) y, en este sentido, el foco se desplaza de la mente individual a la gestión común de la realidad (McLeod, 2004). Esto también implica pasar de la cura a la pragmática del significado en el contexto

social (Fruggeri, 1996). Una forma de construir significado es la narración, pero la terapia construccionista tiene que ir más allá de la reconstrucción de las narraciones. Por lo tanto, el problema no es establecer una nueva narrativa, sino trascender su emplazamiento narrativo (Gergen, 1996).

El proceso terapéutico que trata de sustituir la historia del cliente por la historia del terapeuta (Gergen, 1992) tiene algunas ventajas: cuando el cliente llega a la “intuición real” de sus problemas, la historia problemática se elimina. El cliente, tiene una realidad alternativa que apoya la premisa de un futuro bienestar. La historia de fracaso, con la que el cliente llegó a terapia, se ha modificado por una historia de éxito (Gergen, 1996). Pero este enfoque tradicional no sólo favorece la culpabilidad del paciente, sino que no tiene en cuenta las condiciones sociales en que se desarrolló el problema, por lo general es insensible u opresor hacia las mujeres y las minorías y supone un enfoque empirista injustificado del conocimiento mental (Burr, 1995).

Aparte de estos problemas, hay imperfecciones específicas en la orientación moderna de la narración del cliente. La narración del terapeuta no se ve nunca amenazada y, además, el procedimiento terapéutico asegura que será una narración justificada (Hoffman, 1996). Cada una de las diferentes formas de terapia moderna tiene una imagen de lo “bueno” del individuo, y esta imagen sirve como una guía modelo para obtener el resultado terapéutico. Este estrechamiento de las posibilidades de la vida es muy problemático porque es descontextualizado (Gergen, 2006). La narración del terapeuta es una formalización abstracta separada de las circunstancias culturales e históricas. Las narraciones modernas no son específicas y aspiran a la universalidad. El enfoque construccionista elimina la justificación objetiva de las narrativas modernas y las transforma en formas de mitología cultural (Gergen, 1992).

Siguiendo con el modelo construccionista hay tres cuestiones principales que los terapeutas que trabajan desde esta perspectiva deben tener en cuenta. La primera se centra en *avanzar desde el proceso mental hacia el social*. Es comúnmente aceptado que los terapeutas modernos y los constructivistas trabajan con la subjetividad del cliente (Gergen, 1996). En contraposición, los terapeutas construccionistas mitigan el interés por los constructos personales, centran su interés en el lenguaje como un proceso microsociedad (McLeod, 2004). En consecuencia, el interés se desplaza hacia las formas en que una pluralidad de perspectivas se coordina en patrones de interacción coherente (McNamee, 1996).

La segunda cuestión tiene que ver con la necesidad de *avanzar hacia la igualdad y la co-construcción*. El enfoque moderno del terapeuta visto como una persona de conocimiento superior ha sido criticado por los autores constructivistas (Anderson, 1997; Goolishian y Anderson, 1992; Mahoney, 1991). Sin embargo, para la mayoría de los constructivistas, el terapeuta sigue siendo independiente de la subjetividad del cliente y es el que trata de perturbar su sistema (del cliente). Desde el punto de vista construccionista, la pérdida de autoridad del terapeuta es

un factor central (Gergen, 1996). El terapeuta se convierte en un co-constructor de significado (Anderson y Goolishian, 1992).

La tercera cuestión explica el paso *del diagnóstico y la cura a la responsabilidad cultural*. El interés por los “problemas” que requieren “soluciones” todavía existe (Gergen, 2006). Desde el punto de vista construccionista las patologías y los problemas pierden su privilegio ontológico. No hay ningún problema más allá de la forma en que una cultura lo constituye como tal (McNamee, 1996), por lo tanto, el diagnóstico o el proceso de localizar el problema no es necesario. El concepto de la curación se cambia por el concepto de las dimensiones reflexiva y creativa (Lax, 1996). Es decir, se reconoce el carácter contingente de las construcciones, se es sensible a sus posibles efectos y se muestra una apertura para generar alternativas (Gergen, 1996).

El objetivo de la terapia, pues, debe ser permitir a los clientes participar en el proceso continuo de creación y transformación del significado (McLeod, 1996). Una historia no es sólo una historia, es una acción situada que actúa para crear, mantener o modificar los mundos de relación social (Gergen, 1996). Por lo tanto, no basta que cliente y terapeuta desarrollen una nueva forma de auto-comprensión que parezca realista, estética y inspirada en el corazón de la diáda. Es importante tener en cuenta si la nueva forma de significación es útil en el ámbito social.

Narrativas familiares: El enfoque sistémico

El significado y la presencia de las narrativas en el enfoque sistémico es el segundo de los que revisamos. La principal diferencia entre el enfoque constructivista y el construccionista es el hecho de que este último sigue la hipótesis de que la comunicación no transmite, no representa, no exterioriza la realidad social, sino que la crea (Burr, 1995). Para Ugazio (2000), esta idea implica la superación del dualismo individuo/familia; el individuo se disuelve en las relaciones de comunicación en que está registrado, y la familia no existe si no es como la “com-posición” de los individuos. La atención se mueve de la familia como una unidad hacia la “com-posición” de los individuos de la familia (Ugazio, 2000). El objetivo en este campo es el estudio de los procesos conversacionales a través de los que la identidad de cada uno es construida y re-construida.

Las tramas narrativas del individuo se comparten y se transforman debido a la interacción en relaciones humanas significativas (Cecchin, 1996). Las historias se convierten en una identidad de grupo y pertenencia, es decir, se convierten en mitos. Los mitos son un conjunto de creencias compartidas e integradas por la familia, tales como los roles o las posiciones en la familia (Galuzzo, 1995). Los mitos son un esquema a través del cual los miembros de la familia entienden la realidad (Galuzzo, 1995). Las autobiografías de los individuos son constantemente confrontadas con los mitos familiares. Esta negociación entre la propia identidad y la familia también ha sido contemplada por Ugazio (2000). De acuerdo con esta autora, cada miembro de la familia presenta distintas formas de participar en la

conversación, para “com-ponerse” a sí mismo con los otros y para organizar la realidad. Sin embargo, esta manera de “com-ponerse” del individuo está en conflicto con las formas en que los otros miembros se “com-ponen” a sí mismos. Por otra parte, la génesis del significado tiene lugar en las polaridades semánticas de la familia (Ugazio, 2000).

En referencia a la comprensión de la psicopatología, desde el enfoque narrativo-sistémico Ugazio (2000) propone que cada organización psicopatológica se desarrolla en un contexto familiar caracterizado por una polaridad semántica específica. A pesar de que esta polaridad es una condición necesaria para el establecimiento de una psicopatología específica, no es suficiente. El desarrollo de una patología específica depende de la posición particular del individuo y también de la posición que las personas significativas para él/ella adopten en relación con la polaridad crítica. Ugazio (2000) demostró esta tesis aplicada a tres organizaciones psicopatológicas: la fobia, la neurosis obsesiva-compulsiva y los trastornos alimentarios.

Cada organización psicopatológica es la expresión de un contexto conversacional específico y también de una posición particular que el cliente y los demás miembros de la familia adoptan respecto a la dimensión crítica semántica (White y Epston, 1999). Pero, al mismo tiempo, cada organización psicopatológica expresa ciertas premisas del contexto cultural más amplio (Ugazio, 2000). Por ejemplo, en las organizaciones psicopatológicas como la fobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la anorexia y bulimia, hay algunas premisas que se pueden subsumir, respectivamente, en las ideas de la libertad, la “abstinencia”, la bondad y la igualdad. Estas ideas tienen una historia precisa en el contexto cultural más amplio y un papel fundamental. Por lo tanto, cualquier patología constituye la expresión de un contexto familiar específico, pero también es una expresión de la cultura en la que el grupo familiar está inscrito.

Aunque desde un enfoque sistémico, Galluzo (1995) difiere de Ugazio (2000) en el énfasis de los factores culturales en la comprensión de la patología. Este autor se centra en la propia familia, explicando que las familias llegan a terapia con una forma determinista de pensar.

La conversación en la familia, como en cualquier otro grupo con historia, está organizada en polaridades antagonistas de significado (Kelly, 1991). Los participantes en el proceso comunicativo son inevitablemente inducidos a “com-ponerse” a sí mismos con respecto a las polaridades semánticas relevantes en su contexto de referencia (Ugazio, 2000). La organización del significado en polaridades antagónicas hace que las identidades de los miembros de la familia sean interdependientes. En “com-ponerse” a sí mismo con los otros participantes de la conversación, el conjunto de procesos que tradicionalmente se han llamado identidad se desarrollan. Al mismo tiempo, el individuo incrusta su propia identidad en la de los demás participantes (Cecchin, 1996). Ugazio (2000) enfatiza el carácter triádico de los contextos intersubjetivos (como opuesto al punto de vista tradicional diádico de Bateson y col.). Para ella entre los dos extremos de la polaridad hay

también un término medio.

Por otra parte, las polaridades semánticas no se aprenden de la misma manera que los esquemas, los sistemas de creencias u otros constructos mentales. Por el contrario, lo que los niños aprenden es la propia posición en contextos semánticos tripolares, es decir, una forma de “com-ponerse” en estos contextos (Ugazio, 2000). El adulto atribuye el significado a las actuaciones del niño, así cada adulto privilegia determinados contenidos semánticos y no otros, de esta forma el adulto provee al niño de un, parafraseando una expresión de Bruner (1990), “andamiaje semántico”. En este, los niños comienzan a “com-ponerse” con los miembros de la familia. No es que el adulto ejerza una influencia determinista, directa y lineal en el niño, sino que proporciona las polaridades semánticas que serán importantes para él (Ugazio, 2000). De manera similar, McAdams y Janis (2004) tienen en cuenta el apego temprano en la historia de la vida. Explican que los patrones de apego tempranos con los cuidadores pueden verse reflejados en el tono general de la narrativa y en la calidad observada en las historias de la vida adulta.

En relación con la comprensión del tercer factor, la psicoterapia en el enfoque narrativo-sistémico, Sluzki (1995) establece que un encuentro es terapéutico cuando se produce una transformación en las historias dominantes de la familia. Cuando esto ocurre, permite a la familia incluir nuevas experiencias y significados.

El cambio según Ugazio (2000) se puede dar en pasar de un polo a otro. Además, en el tipo de relaciones que proporcionan “conflicto sociocognitivo” habrá avances cognitivos. Estos nuevos episodios tienen que ser contextualizado por las emociones que inducen al sujeto a continuar con la interacción. Estas emociones ayudan a los participantes a superar la situación y les permiten “com-ponerse” debido a una nueva dimensión semántica que era desconocida para ambos. “Componernos” en nuevas dimensiones semánticas implica modificar significativamente nuestra posición y, por lo tanto, nuestra identidad. La relación terapéutica, como Ugazio (2000) propone, tiene que provocar episodios enigmáticos, y por lo tanto tiene que fijarse en un contexto emocionalmente significativo para el cliente.

Los terapeutas deben intentar crear una conversación que proporcione cambios en el consenso. Esto es especialmente significativo en la terapia familiar, porque las historias se encuentran en el consenso de la familia (Sluzki, 1995). El terapeuta enmarca el encuentro teniendo en cuenta elementos como el poder y la responsabilidad en la familia.

Siguiendo con el proceso terapéutico, Galluzo (1995) propone centrar la terapia en la epistemología de la familia, para así cambiar la lógica determinista de la historia familiar por una lógica circular. Esta acción favorece una visión de la historia en términos más abiertos y evolutivos. Este autor propone desestructurar la trama narrativa (con técnicas de entrevista circular y/o redefinición positiva) para luego reestructurarla (reorganizar, redefinir y formular la historia en forma de metáfora).

Narrativas y cognición: El enfoque cognitivo

Desde el punto de vista cognitivo, las narraciones correctas no son las verdaderas sino las que hacen posible la transformación del lector en actor (Gonçalves, 2000, p. 22). Siguiendo con esta idea, Guidano (1995) hace hincapié en el “*self* agente”; la persona es un agente que evoluciona y mantiene todas las características de sí mismo como un proceso activo y unitario. De acuerdo con esto, la definición del *self* o la identidad que se refiere a una realidad estable no tiene ya ningún sentido dentro de este enfoque. Somos autores y nos definimos por la extensión de nuestros proyectos. Somos una multiplicidad de personajes que nos dan un concepto de autoría (Hermans, 2006). Este concepto de autoría sienta las bases para la construcción del concepto de identidad (Gonçalves, 2000). Es este concepto de autoría, en contraposición al de identidad, el que garantiza la complejidad, la flexibilidad y la diversidad.

Por otra parte, el carácter significativo del lenguaje y el discurso no proviene de las palabras aisladas (Polkinghorne, 2004) sino de la forma en que estas palabras se combinan y establecen una matriz narrativa. Esta matriz narrativa representa el proceso mediante el cual el sentimiento de autoría es co-construido (Gonçalves, 2000, p. 31). Como señala Bruner (2004), parecemos incapaces de vivir sin ninguno de ambos: el compromiso y la autonomía. Autores como Sewell y Williams (2006) señalan la importancia de la construcción compartida de significado que el lenguaje permite. Sin embargo, Gonçalves (2000) especifica que este significado común sólo tiene sentido porque está incrustado en una naturaleza corporal de la experiencia.

Comprender el *self* como descentralizado, como en el enfoque sistémico, implica que el significado es construido fuera, en la interacción conversacional. En contraposición, la comprensión del significado como central, como en el enfoque cognitivo, se refiere a la forma en que el *self* organiza su experiencia. Es una forma de dar coherencia y consistencia a sí mismo en un contexto específico (Guidano, 1995).

El aspecto cultural también es tenido en cuenta por algunos autores narrativo-cognitivos (i.e., Gonçalves, 2000; McAdams, 2006), como expresa Gonçalves (1995a) “narramos nuestra vida debido a la necesidad de co-construir una especie de significación cultural”. Estas significaciones culturales son una dimensión dinámica y transformadora de la realidad que narran. Por lo tanto, producir una narración es transformar una realidad. La organización narrativa de la experiencia tiene una condición dinámica en que el lenguaje es como un espacio para permitir una construcción creativa de la propia experiencia (Freeman, 1999; McAdams, 2006). La simbolización de una nueva experiencia ya es una nueva experiencia (McAdams, 2006).

Desde este enfoque, la narración no se ve de una manera descriptiva (como identificar el relato con una conversación o una historia) sino explicativa, como un producto final de la coherencia y la continuidad (Guidano, 1995). Narrarse significa, ante todo, una experiencia emocional y una actividad autoreflexiva (Anderson, 1997).

McAdams (2001) también subraya la importancia de la reflexividad, señalando que la individualidad humana es reflexiva, “cómo el *self* (como conocedor) ve (conoce) el *self* (como conocido)”. Bruner (2004) también analiza la narrativa del *self*; para él, los actos narrativos del *self* suelen ser guiados por modelos culturales tácitos e implícitos sobre lo que el individuo debe ser, puede ser o debería o no ser.

De la revisión de la literatura se puede afirmar que las narraciones, desde este enfoque, tienen siete aspectos principales:

- a) Naturaleza analógica: el pensamiento narrativo trata de establecer la credibilidad y la verosimilitud de la experiencia (Gonçalves, 2000). La narración no se entiende como una historia de la experiencia, sino como organizadora del significado de la experiencia. Este significado es múltiple, ya que configura una variedad de experiencias y también es potencial ya que permite infinitud de nuevas experiencias (Gonçalves, 1995a).
- b) Carácter temporal: la narrativa organiza el evento dándole una estructura temporal. La trama narrativa se desarrolla en un proceso secuencial y esta secuencialidad tiene una estructura temporal (Botella, 2001; Bruner, 1990; Vogel, 1995).
- c) Carácter contextual: las narrativas organizan las experiencias a través de su localización en un contexto específico. Por lo tanto, todo el conocimiento es contextual y culturalmente localizado (i.e., Gergen, 1985; Gonçalves, 2000; McNamee, 1996).
- d) Naturaleza formal: la narración impone coherencia a la diversidad de la experiencia, por lo que organiza la experiencia de la diversidad fenomenológica en una totalidad significativa. La narración cumple una doble función: organiza el individuo y la experiencia social (Gonçalves, 2000). Esta doble función fue un punto de coincidencia y discrepancia entre el constructivismo y el construccionismo social. Para los primeros, la narración es el resultado de la necesidad de dar sentido a la experiencia del individuo (McAdams, 2001; Potter, 1996; Villegas, 1995). Para los segundos, la narración es presentada como una forma de construcción social de la experiencia. Como señaló Gergen (1992), las narrativas no son impulsos individuales que se convierten en sociales sino procesos sociales que tienen lugar en una localización personal. Por otra parte, los constructivistas ponen énfasis en el papel organizacional de la narración como un proceso de coordinación de la propia acción (Kelly, 1969).
- e) Naturaleza significativa: la narrativa, por una parte, permite organizar la diversidad de la experiencia en un mundo de significado. Por otra debe permitir un cierto nivel de ambigüedad y apertura en la forma en que la persona da sentido y construye significados de su experiencia (Gonçalves, 1995a). Así, los relatos constituyen procesos mediante los cuales los sujetos construyen múltiples significados de las experiencias y les dan a una existencia social compartida (Gonçalves, 2000).

- f) Naturaleza cultural: Shotter (1995) destaca que la perspectiva discursiva modifica el objeto de la psicología: parte de la representación del individuo para moverse hacia la acción interpersonal. La narrativa no se entiende ya como un acto de individualidad mental, sino como una producción discursiva de naturaleza interpersonal. Desarrollar un sentido de sí mismo implica desarrollar un sentido canónico de lo que es normativo (Guidano, 1995). En conclusión, las historias de vida son construcciones psicosociales, en coautoría con la persona y el contexto cultural en el que se inserta la vida de esa persona (McAdams, 2001).
- g) Naturaleza creativa: la narración crea la experiencia, dándole existencia a través de un proceso de figuración simbólica culturalmente compartida. En este sentido, la narración crea al mismo tiempo la individualidad y su red social (Gonçalves, 2000).

En cuanto a la visión cognitiva narrativa de la psicopatología, es importante señalar que cuando el individuo pierde su condición de narrador, se vuelve loco. Por lo tanto, la locura es definida por Gonçalves (2000) como la pérdida de la creatividad narrativa. Si la narrativa pierde su función creativa el sujeto se vuelve loco, pierde su condición de autor.

Se ha producido un creciente reconocimiento del lenguaje como proceso central de construcción de significado (Bruner, 1990). Hay tres dimensiones principales en la matriz narrativa: la estructura narrativa (el proceso mediante el cual los diferentes aspectos de la narración se relacionan para proporcionar un sentido de autoría coherente), el proceso narrativo (incluye los aspectos de riqueza, calidad, variedad y complejidad de la narración) y el contenido narrativo (la diversidad y multiplicidad de la producción narrativa del individuo) (Gonçalves, 2000). Estos procesos dan cuenta de la coherencia, la complejidad y la multiplicidad de las construcciones de significado del sujeto. Mediante el análisis de estos procesos podemos entender los procesos de construcción de significado del cliente en un lenguaje familiar para él. Por otra parte, las acciones terapéuticas serán sintonizadas (ajustadas) con la propia concepción narrativa del problema del cliente (Gonçalves, 2000).

En definitiva, la psicoterapia cognitiva narrativa trata por un lado de deconstruir el discurso sintomático del cliente, que está patológicamente saturado (McAdams, 2001) y, por otro lado, de facilitar/ayudar en el aumento de la coherencia, la complejidad y la multiplicidad de la construcción discursiva del cliente (Angus, Levitt y Hardtke, 1999). En lugar de un modelo de psicoterapia de resolución Gonçalves (2000) propone un modelo creativo, en que se aboga por la profanación del síntoma a través de la descentración discursiva para llegar a nuevas construcciones.

La terapia cognitiva narrativa también lleva al límite las propuestas constructivistas, renunciando a cualquier fundamento de carácter racionalista y esencialista. Contrariamente, propone una visión deconstructiva, narrativa y conversacional de la psicoterapia (Gonçalves, 2000).

El proceso terapéutico se entiende como un contexto vivencial para la co-

construcción de múltiples voces de las narrativas que se vivieron en el pasado, experimentadas en el presente y proyectadas hacia el futuro (Fireman, 2002). Para la perspectiva narrativa, una disfunción psicológica es una alteración de la función narrativa. El cliente asume la existencia de una realidad absoluta externa o interna e insustituible (embotamiento creativo). El cliente también se encierra en sí mismo considerándose el único constructor de su realidad, no teniendo en cuenta la naturaleza social del proceso de construcción (embotamiento del individuo) (Gonçalves, 2000). La terapia cognitiva narrativa trata de desbloquear este doble embotamiento.

Nuestro estudio está situado en el enfoque constructivista de la narración y, en consecuencia, la identidad se entiende como un logro narrativo (Botella y Herrero, 2000) ya que nuestro sentido del *self* se establece a través de las historias que construimos sobre nosotros mismos y que compartimos con los demás (Neimeyer, Burke, Mackay y Stringer, 2010). La psicoterapia es considerada como una práctica colaborativa (Anderson y Goolishian, 1992) que presta mucha atención a cómo los clientes interpretan su experiencia, la plasman en el lenguaje, y se comportan manteniendo o limitando estas construcciones (Neimeyer, 2010). Por lo tanto, en psicoterapia el objetivo no es luchar contra las ideas absurdas o modificar los hábitos disfuncionales, sino comprender el significado de la acción humana que es fundamentalmente discursivo (Angus y McLeod, 2004). El enfoque constructivista se centra en la viabilidad pragmática de las construcciones humanas en lugar de en su validez lógica y su verdad (Galluzo, 1995; Neimeyer y Winter, 2006; Villegas, 1995). Aunque el desarrollo narrativo no puede decirse que se vuelva más cierto, sí que tiende hacia una mayor adaptación (Neimeyer, Herrero y Botella, 2006).

También es importante destacar que el énfasis que la psicoterapia constructivista pone en la reflexividad y la autoconciencia se aplica por igual a cliente y terapeuta (Neimeyer, 2008). Este es un factor importante del constructivismo criticado por Gergen (1996) al mencionar que la narración del terapeuta nunca se ve amenazada, tal como hemos comentado con anterioridad. Tal como apunta Neimeyer (2008) “la terapia comienza con lo que somos y se extiende a lo que hacemos”.

En cuanto al punto de vista tradicional que Gergen (1996) criticó, en el que la historia del cliente era substituida por la del terapeuta, Villegas (1995) hace hincapié en el hecho que el terapeuta tiene que interpretar la historia del cliente. Este autor añade que la interpretación constructivista tiene que ser abierta a la negociación del significado, y de esta forma, es este diálogo terapéutico el que conduce a nuevas posibilidades para el mundo discursivo del cliente (Villegas, 1995).

Por otra parte, nuestro estudio se sitúa específicamente en un enfoque constructivista relacional. El constructivismo relacional constituye “un intento de plasmar el diálogo entre el constructivismo y el construccionismo social y enriquecerlo con la voz de los enfoques narrativos y posmodernos” (Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004). Desde este enfoque se considera que las narrativas del *self* proporcionan el andamiaje para las relaciones interpersonales de nuestra experiencia (Neimeyer, Herrero y Botella, 2006). Por otra parte, llegamos a vernos a nosotros

mismos, en parte, como los otros nos ven. Así que las narrativas del *self*, aunque personales, siempre están co-autorizadas por otros relevantes (Neimeyer et al., 2006). Desde esta perspectiva específica, la importancia de la cultura también se toma en cuenta, por lo que los temas, roles y discursos disponibles en una cultura también dan forma a las narrativas del *self* (Botella, 2001).

De lo anterior se deduce que la manera de obtener la mejor explicación de la organización de la experiencia de una persona es encontrar formas de preguntar a la persona en cuestión, porque sólo él o ella es un experto en este proceso único (Kelly, 1991). Al mismo tiempo está claro que las narraciones y, específicamente, las autocaracterizaciones son una forma efectiva de preguntar a la persona sobre sí mismo. Metodológicamente hablando, la mayoría de las publicaciones generadas por la Teoría de los Constructos Personales han utilizado la técnica de rejilla para estudiar los procesos de construcción del individuo (Hardison y Neimeyer, 2007). Sólo unos pocos estudios han incluido autocaracterizaciones y por esta razón no hay mucha evidencia en investigación en cuanto a su aplicabilidad y utilidad. Este es precisamente el foco de nuestro estudio.

Las autocaracterizaciones son un boceto escrito por el cliente para explorar constructos del *self* (Kelly, 1991; Winter, 1992), y en este sentido, son evaluaciones narrativas idiográficas que implican un análisis cualitativo por parte del clínico para identificar las construcciones del cliente (Hardison y Neimeyer, 2007). La autocaracterización consiste en un boceto de un personaje, escrito en tercera persona, en que se pide al cliente que adopte el punto de vista más amplio posible de sí mismo en lugar de concentrarse en los intereses del terapeuta. Se le pide al cliente que escriba desde el punto de vista de un amigo cercano, que lo conoce mejor que nadie (Leita y Kuiper, 2008).

En uno de los pocos estudios sobre autocaracterizaciones, Hardison y Neimeyer (2007) comparan tres métodos de evaluación de constructos personales (técnica de rejilla, entrevistas de escalamiento y autocaracterizaciones). Sus resultados mostraron que, debido a su flexibilidad en relación con el contenido y el formato de la narración, las autocaracterizaciones pueden cumplir muchas funciones en un entorno aplicado y pueden ser diseñadas para tratar una amplia gama de problemas del cliente. Nuestra investigación se basa en el análisis de autocaracterizaciones de pacientes en un intento de contribuir a aclarar y distinguir estas funciones.

Teniendo en cuenta lo que hemos sintetizado hasta ahora, abordamos el segundo objetivo principal de nuestro estudio. Este objetivo tiene que ver con contrastar la aplicabilidad y relevancia psicoterapéutica de la Rejilla de Evaluación Narrativa que, como se ha señalado, se propuso por primera vez por Botella y Gámiz (2011). En su estudio, utilizaron la REN para comparar pacientes con y sin éxito terapéutico. El presente estudio trata de contrastar y desarrollar sus resultados, aumentando la muestra analizada y centrándonos en el motivo de demanda de los clientes. Como una forma de contrastar su utilidad la REN se aplicó a una muestra de narrativas¹ de pacientes en psicoterapia.

La muestra se dividió en dos grupos: los pacientes cuyo motivo de demanda estaba relacionado con la ansiedad y los pacientes cuyo motivo de demanda estaba relacionado con el estado de ánimo deprimido (los detalles del procedimiento se especifican en el apartado “Método” más abajo).

En este caso, nuestras hipótesis se basan en los resultados del estudio de Botella y Gámiz (2011) en que encontraron patrones diferenciales significativos en las narrativas de pacientes con o sin éxito terapéutico. Por lo tanto, esperamos que las narrativas de los pacientes con motivo de demanda relacionado con la ansiedad tendrán patrones diferentes que las de los pacientes cuyo motivo de demanda está relacionado con el estado de ánimo deprimido. También queremos explorar en qué dimensiones específicas de la narrativa del paciente es más evidente este patrón.

Método

Participantes

Los participantes en el estudio fueron 29 pacientes que recibieron tratamiento en el “*Servei d’Assessorament i Atenció Psicoterapèutica Blanquerna*” (SAAP). La muestra estuvo compuesta por 26 mujeres y 3 hombres. La edad media de los participantes fue 23.8 años (máximo = 29; mínimo = 20; desviación estándar = 2.64). La media total de sesiones de psicoterapia fue 17.41 (máximo = 89; mínimo = 3; desviación estándar = 24.51). La muestra fue seleccionada aleatoriamente de la base de datos del “*Servei d’Assessorament i Atenció Psicoterapèutica Blanquerna*” (SAAP) entre las autocaracterizaciones de los pacientes que ya habían terminado la terapia. Elegimos las autocaracterizaciones de los pacientes con motivo de demanda relacionada con el estado de ánimo deprimido o con ansiedad. Por último, los dividimos en dos grupos según el motivo de demanda, así los pacientes con motivo de demanda relacionado con la ansiedad conforman el Grupo A y los pacientes con motivo de demanda relacionado con el estado de ánimo deprimido se incluyen en el Grupo B.

Es importante destacar el hecho de que todos los pacientes que reciben tratamiento en el SAAP firman un consentimiento informado al inicio de esta. Con la firma de este consentimiento informado, permiten el uso terapéutico del material para la investigación.

Instrumentos

Se aplicó la Rejilla de Evaluación Narrativa (REN) (Botella y Gámiz, 2011). Este instrumento, como se ha subrayado, es el resultado de una combinación de las dimensiones de análisis más contrastados y elaborados que han sido validadas por la psicología contemporánea y la investigación en psicoterapia. Concretamente, se trata del desarrollo sistemático proporcionado por el grupo liderado por Oscar Gonçalves en la *Universidade do Minho*, de las propuestas de Dan McAdams, Kenneth J. Gergen -desde el construccionismo social- y Robert A. Neimeyer -desde

el enfoque constructivista.

Este desarrollo sistemático es ampliamente tratado en Gonçalves (2000) y en las propuestas de diversos manuales escritos por Gonçalves y Henriques (2000a, b, c, d).

Las dimensiones del análisis narrativo propuestas en la REN son:

1. Estructura y coherencia narrativa

1.1. Orientación General: *¿Quién, Cuándo, Dónde?* informa sobre los personajes y los contextos sociales, espacio-temporales y personales, donde se producen las acciones. Puede incluir algunos eventos pasados y futuros. La orientación general define la contextualización, teniendo en cuenta los acontecimientos históricos, sociales y culturales. Como el significado es influenciado por el contexto, una buena orientación hace la narrativa más comprensible y viceversa.

1.2. Secuencia estructural: *¿Qué?* es el principal segmento de la narrativa, está compuesto por una variedad de eventos recapitulados por la secuencia temporal de una experiencia tal como fue vivida. Incluye: (1) un evento inicial, (2) una respuesta interna para el evento (es decir, objetivos, planes, pensamientos o sentimientos), (3) una acción y (4) sus consecuencias. Los eventos están organizados en una secuencia temporal y causal.

1.3. Implicación de evaluativa: *¿Por qué se explica?* *¿Cuál es el sentido que el evento tiene para el autor?* se refiere al tono emocional, al compromiso dramático del narrador con la narrativa.

1.4. Integración: *¿está claro el hilo conductor del discurso?* *¿De qué manera la variedad de elementos de la historia acaban teniendo sentido?* Esta manera de ver la integración puede ser considerada cercana a la idea de la Gestalt de integración de las partes en un todo.

2. Contenido y Multiplicidad Narrativa

2.1 Variedad temática: la narración es más rica a medida que se presentan más variedad de temas; descripciones de contenidos específicos o elaboraciones detalladas de los temas.

2.2. Variedad de eventos: la cantidad de eventos presentados en una narración, entendidos como una secuencia narrativa que permite dar una respuesta a la pregunta: *¿Qué pasó?*

2.3 Variedad de escenarios: el escenario o el lugar donde se realiza el evento.

2.4. Variedad de personajes: la narración es más rica cuanto más variedad de personajes incluye.

3. Proceso y complejidad narrativa

3.1. Objetivación: la exploración de la multiplicidad del mundo sensorial en la construcción de la experiencia.

3.2. Subjetivación emocional: la exploración de la multiplicidad de la expe-

riencia interna en términos de emociones y sentimientos. La narración describe los estados emocionales asociados a los acontecimientos.

3.3. Subjetivación Cognitiva: exploración de la multiplicidad de la experiencia interna en términos de pensamientos. Medida en que el discurso interno del narrador es explícito.

3.4. Metaforización: la exploración del significado de la experiencia desde una postura meta-analítica y reflexiva. Evaluar la actitud reflexiva del narrador, para ser capaz de construir múltiples significados de la experiencia.

4. Inteligibilidad Narrativa

- 4.1. Establecimiento de un objetivo final.
- 4.2. Selección de los hechos relevantes para este objetivo.
- 4.3. Ordenación de los acontecimientos en una secuencia.
- 4.4. Caracterización de los personajes proporcionando cierta estabilidad a su identidad.
- 4.5. Establecimiento de vínculos causales entre los eventos.
- 4.6. Establecimiento de signos de demarcación narrativa.

5. Otras dimensiones relevantes

5.1. Secuencias de Contaminación: episodios con un principio progresivo seguido por un final regresivo. Están relacionados con la depresión, la insatisfacción y el neuroticismo...

5.2. Secuencias de Redención: episodios con un principio regresivo seguido por un final progresivo. Están relacionados con niveles altos de generatividad, resistencia y calidad de vida.

Por último, teniendo en cuenta que el desarrollo narrativo más importante en la psicoterapia se produce en momentos específicos, tal y como apuntan Adler, Wagner y McAdams (2007), hemos incluido el análisis de otra dimensión en la REN: la posición del *self*. Según estos autores, hay momentos de reflexividad en que los clientes se dan cuenta de su potencial de cambio. Por lo tanto, estos son momentos en los que el cliente es capaz de ocupar una posición de agente, clave del éxito terapéutico (Gonçalves, 2001). Por esta razón hemos dividido la posición del *self* en cuatro posiciones posibles: víctima, control parcial, agente moderado y alto agente. A través de estas dimensiones de la REN es elaborada y su forma final se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. *La Rejilla de Evaluación Narrativa*.

Rejilla de Evaluación Narrativa ©Luis Botella (2008)	
0. Síntesis Narrativa	
Encuadre:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dónde sucede la acción? • ¿Cuándo sucede la acción? 	
Reparto:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién/es aparece/n como personaje/s? • ¿Qué acciones se le/s atribuyen? • ¿Qué intenciones se le/s atribuyen? • ¿Qué rasgos de personalidad se le/s atribuyen? • ¿Qué motivaciones se le/s atribuyen? • ¿Qué emociones se le/s atribuyen? 	
Argumento:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sucede? ¿Por qué sucede lo que sucede? 	
Meta narrativa:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se intenta demostrar con la narrativa? ¿Cuál es la meta a alcanzar o a evitar? ¿Cuál es el “mensaje” implícito o explícito? 	
1. Estructura y Coherencia	
1.1. Orientación general de la narrativa	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
1.2. Secuencia estructural general de la narrativa	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
1.3. Implicación evaluativa general de la narrativa	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
1.4. Integración general de la narrativa	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
1.5. Coherencia general de la narrativa $(1.1+1.2+1.3+1.4)/4$	
2. Complejidad del Contenido	
2.1. Variedad de temas	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
2.2. Variedad de acontecimientos	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
2.3. Variedad de escenarios	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	
2.4. Variedad de personajes	
<input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta	

3. Proceso Narrativo
3.1. Grado de objetivación <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
3.2. Grado de subjetivación emocional <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
3.3. Grado de subjetivación cognitiva <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
3.4. Grado de metaforización (reflexividad) <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
4. Inteligibilidad Narrativa
4.1. Grado de claridad de la meta final valorada <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
4.2. Grado de conflicto entre metas diferentes <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
4.3. Grado de razonabilidad de la meta final valorada <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
4.4. Relevancia de los episodios narrados (evaluar para tantos como haya) Episodio núm: Relevancia <input type="checkbox"/> 1. Bajo <input type="checkbox"/> 2. Medio <input type="checkbox"/> 3. Alto
4.5. Secuencia estructural general de la narrativa (igual que I.2) <input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta
4.6. Estabilidad de las características de los personajes (evaluar para tantos como haya incluido el self; si en algún caso es muy baja o baja, especificar) Personaje: Estabilidad <input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta
4.7. Inteligibilidad de los vínculos causales (si en algún caso es muy baja o baja, especificar) <input type="checkbox"/> 1. Baja <input type="checkbox"/> 2. Media <input type="checkbox"/> 3. Alta
4.8. Forma narrativa (especificar la combinación de formas rudimentarias) 4.8.1. Narrativa de contaminación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4.8.2. Narrativa de redención <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. Posición Narrativa del Self

- 0. El/la protagonista aparece completamente impotente, a merced de las circunstancias, todas las acciones están motivadas por fuerzas externas.
- 1. El/la protagonista está mayormente a merced de las circunstancias, y el control del argumento está sobre todo en manos de fuerzas externas.
- 2. El/la protagonista comparte el control de sus acciones a partes iguales con fuerzas externas. Ni las controla completamente ni está totalmente a merced de ellas.
- 3. El/la protagonista ocupa básicamente en una posición de agente, puede ejercer control sobre su vida, iniciar cambios por su cuenta y afectar al curso de sus experiencias.
- 4. El/la protagonista ha luchado activamente para superar una situación de impotencia en su vida y ha salido victorioso/a (generalmente mediante la adquisición de autoconciencia, control sobre la situación o mayor poder).

Nota: en general, al tratarse de narrativas autobiográficas, se asume que el autor es el protagonista. Si no fuese así, especificar a quién caracteriza la posición narrativa que se está evaluando.

Procedimiento

Incluimos diferentes sistemas para garantizar la fiabilidad en la aplicación de la REN que son los usados normalmente cuando se trabaja con este tipo de instrumentos. En este sentido, los datos fueron analizados por cinco investigadores (los autores de este trabajo y tres voluntarios con formación específica para ello) y los desacuerdos se discutieron hasta que se alcanzó un consenso. El coeficiente α de Cronbach de fiabilidad inter-jueces fue más que aceptable tratándose de un método de análisis textual y con una fuerte base semántica (0.80).

Los resultados fueron analizados siguiendo una lógica de contraste matemático, pero no es necesariamente estadística, como es habitual en este tipo de investigaciones que cuantifican procedimientos esencialmente cualitativos. La renuncia voluntaria y consciente a aplicar pruebas de significación estadística, en este caso, se debió a: (a) el hecho de que la metodología del estudio es cualitativa, aunque los datos obtenidos deriven en una expresión numérica, (b) la muestra es reducida y, de alguna manera, de conveniencia, (c) la finalidad de este estudio es, sobre todo, contrastar la aplicabilidad de la REN. Por lo tanto no es un objetivo de este estudio extraer conclusiones generalizables a la población en general, (d) la naturaleza de las “variables” estudiadas hace que sea cuestionable el hecho de someter el significado psicológico a un tratamiento estadístico tradicional.

Algunas de las críticas que los estudios cualitativos han recibido en la investigación psicológica se relacionan con la fiabilidad, la validez y la baja capacidad de generalizar sus resultados (Davidson, 1995). En relación con esto hay que señalar que cuando la metodología de la investigación persigue la “objetividad” tiene que seguir los criterios epistemológicos de la ciencia formal como son la fiabilidad, la validez y la precisión predictiva. Sin embargo, cuando la investigación está interesada en los aspectos cualitativos, se requiere de otros criterios, tales como la confiabilidad, la transferibilidad y la confirmabilidad. La confiabilidad (fiabilidad)

se sustenta en la credibilidad (conseguida, por ejemplo, a través de la triangulación con otros profesionales). La transferencia se alcanza a través de un muestreo intensivo y una amplia descripción. Tanto la credibilidad como la transferibilidad son conceptos que son comparables con la validez interna y externa. Por último, la confirmabilidad depende de un investigador externo y de la negociación de los resultados (esto es la audiencia activa) (Jiménez, 2004).

Este estudio ha establecido la confiabilidad por medio de la triangulación de los resultados con tres investigadores. En cuanto a la posibilidad de transferencia se ha garantizado, ya que la muestra y la descripción del procedimiento son exhaustivas, lo cual implica que la investigación puede ser aplicada en otros contextos. El único aspecto que queda es la audiencia activa, que será probada basada en la forma en que la comunidad científica reciba este trabajo.

Resultados

En primer lugar, se presenta la distribución de las categorías de la REN en las narrativas de ambos grupos. En los resultados presentados en la Tabla 2, se pueden observar los siguientes aspectos:

- a) Al comparar las narrativas de los pacientes con motivo de demanda relacionada con la ansiedad y los de estado de ánimo deprimido, ambos grupos presentaron más puntuaciones altas en más dimensiones que puntuaciones medias o bajas.
- b) Los resultados también mostraron que ambos grupos tenían un número similar de dimensiones con puntuaciones altas, medias y bajas.

Tabla 2. *Distribución de las categorías de la REN.*

Grupo en que el motivo de demanda está relacionado con <u>ansiedad</u> (A)	Altas	Secuencia Estructural General	
		Implicación Evaluativa General	
		Integración General	
		Variedad de Temas	
		Variedad de eventos	
		Grado de Subjetivación Cognitiva	
		Grado de Metaforización	
		Grado de Razonabilidad de la Meta Final	
		Relevancia de los Episodios Narrados	
		Secuencia Estructural General de la Narrativa	
		Inteligibilidad de los Vínculos Causales	
		Orientación General	
		Medias	Variedad de Personajes
			Grado de Objetivación
		Bajas	Variedad de Escenarios
Grado de Conflicto entre Metas Diferentes			

Grupo en que el motivo de demanda está relacionado con <u>depresión</u> (B)	Altas	Secuencia Estructural General
		Implicación Evaluativa General
		Integración General
		Variedad de Temas
		Variedad de Acontecimientos
		Variedad de Personajes
	Medias	Grado de Subjetivación Emocional
		Grado de Subjetivación Cognitiva
		Grado de Claridad de la Meta Final
		Grado de Razonabilidad de la Meta Final
		Relevancia de los Episodios Narrados
		Secuencia Estructural General de la Narrativa
	Bajas	Orientación General
		Secuencia Estructural General
		Variedad de Escenarios
		Metaforización
		Estabilidad de las Características de los Personajes
		Inteligibilidad de los vínculos causales
		Grado de Conflicto entre Metas Diferentes

Para concretar más estos resultados fue necesario un análisis más detallado. Asimismo, se realizó un análisis comparando los porcentajes de las categorías de cada dimensión incluida en la REN. Esta comparación reveló el patrón diferencial entre las narrativas de los pacientes del grupo A (ansiedad) y el grupo B (estado de ánimo deprimido). Este análisis se detalla en las siguientes secciones.

1. Orientación General: en las narraciones de ambos grupos, alrededor del 70% presentan una puntuación media en esta dimensión. Los resultados mostraron que en el grupo B no hubo ninguna narrativa que presentase una puntuación baja. Este resultado contrasta con el 6.7% de las narraciones en el grupo A que tuvieron unas puntuaciones bajas (ver fig. 1).

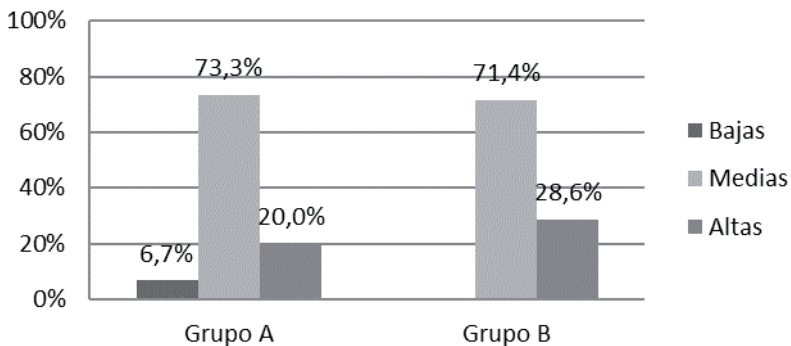


Figura 1. Orientación General.

2. Secuencia Estructural: más de la mitad (60%) de las narraciones de ambos grupos obtuvieron una alta puntuación en esta dimensión. Los resultados mostraron que en el grupo B ninguna narrativa obtuvo una puntuación baja en esta dimensión (ver fig. 2).

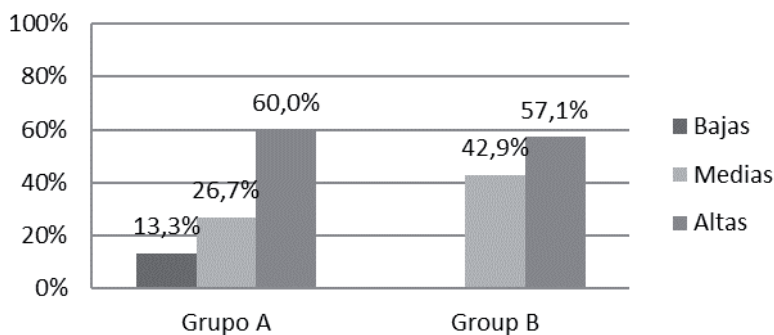


Figura 2. Secuencia Estructural.

3. Implicación Evaluativa: de acuerdo con los resultados, la mayoría de las narrativas (70%) de ambos grupos tuvieron una alta puntuación en esta dimensión. Los resultados también fueron similares en ambos grupos con respecto a las puntuaciones medias y bajas en esta dimensión (ver fig. 3).

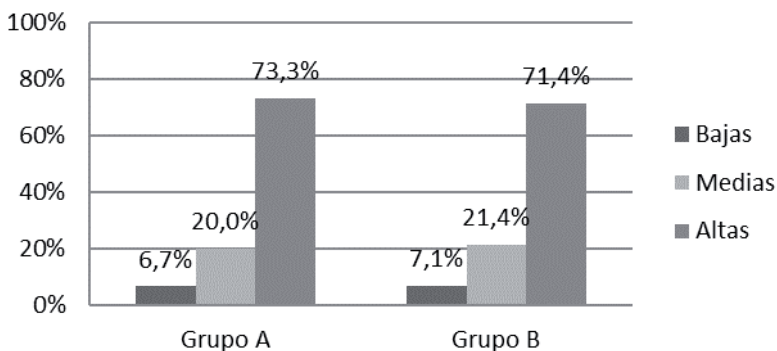


Figura 3. Implicación Evaluativa.

4. Integración: el 73% de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentan una alta puntuación en esta dimensión. Este resultado contrasta con el 64.3% de las narrativas de los pacientes en el grupo B con esta puntuación. Los resultados indicaron que en el grupo B ninguna de las narrativas presentó una puntuación baja en esta dimensión (ver fig. 4).

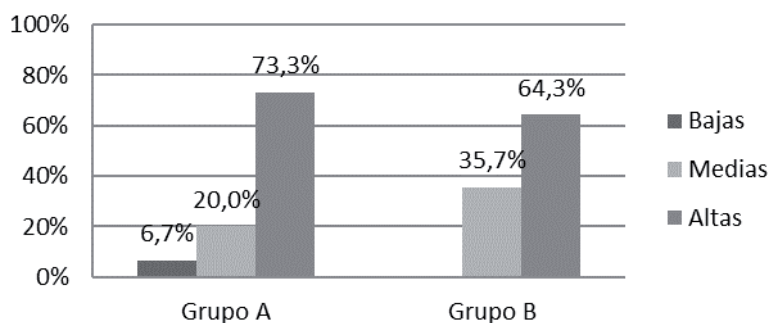


Figura 4. Integración.

5. Coherencia General: los resultados mostraron que la media, en referencia a esta dimensión, es la misma para ambos grupos (ver fig. 5).

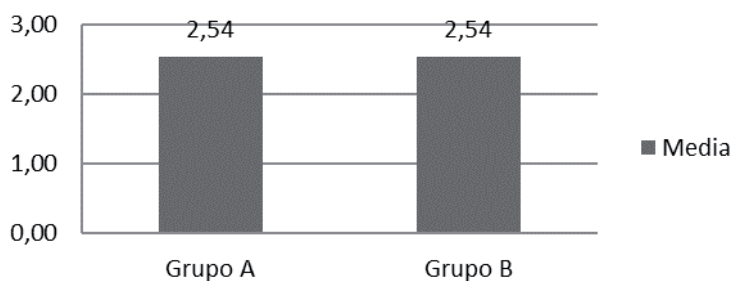


Figura 5. Coherencia General.

6. Variedad de temas: el 60% de las narrativas de los pacientes del grupo A presentó una alta puntuación en esta dimensión. Esto contrasta con el 50% de las narrativas de los pacientes del grupo B con esta puntuación. 35% de las narrativas de los pacientes en el grupo B tuvo una puntuación media en esta dimensión, lo que contrasta con el 26% de las narrativas de los pacientes en el grupo A con esta puntuación (ver fig. 6).

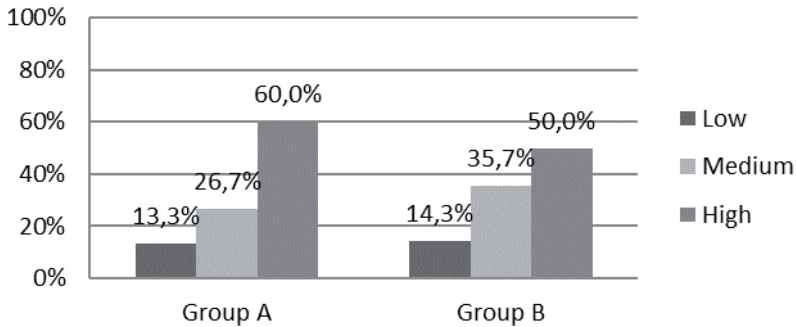


Figura 6. Variedad de Temas.

7. Variedad de Eventos: el 60% de las narrativas del grupo A presentaron una alta puntuación en esta dimensión, en contraste con el 50% de las narrativas de los pacientes en el grupo B con esta puntuación. Los resultados también mostraron que el 20% de las narrativas de los pacientes en el grupo A tuvieron un puntaje medio, mientras que en el grupo B el marcador era de 35.7% (ver fig. 7).

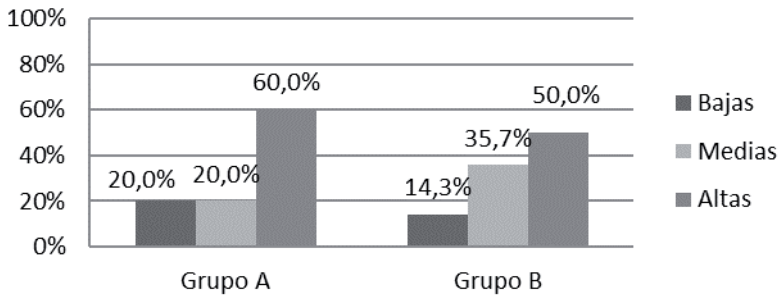


Figura 7. Variedad de Acontecimientos.

8. Variedad de Escenarios: el 57.1% de las narrativas de los pacientes en el grupo B tuvo una puntuación media, en comparación con el 26.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo A. Los resultados también mostraron que 46.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo A tuvo una puntuación baja, mientras que en el grupo B el número narrativas para este puntaje fue de un 21.4% (ver fig. 8).

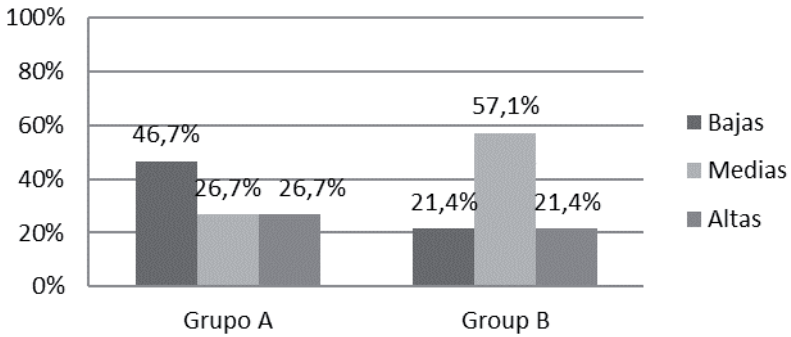


Figura 8. Variedad de escenarios.

9. Variedad de Personajes: el 46.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentaron una puntuación media, mientras que en el grupo B solo el 28.6% presentan esta puntuación. Según los resultados, el 42.9% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una alta puntuación. Por el contrario, el 26.7% de las narraciones de los pacientes en el grupo A presentaron esta puntuación (ver fig. 9).

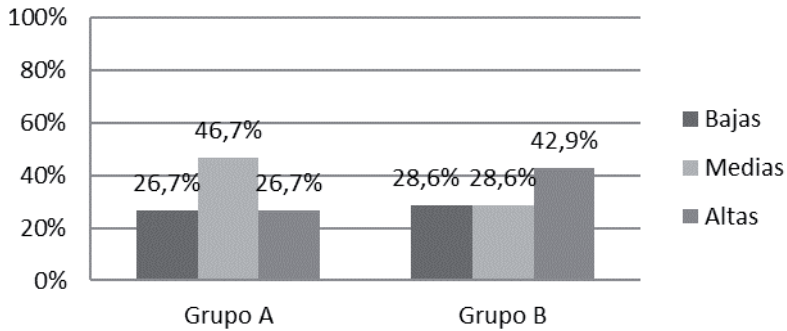


Figura 9. Variedad de personajes.

10. Objetivación: el 53.3% de las narrativas del grupo A presentaron una puntuación media, mientras que en el grupo B fue el 42.9%. Los resultados también muestran que ninguna narrativa obtuvo una puntuación alta en el grupo A (ver fig. 10).

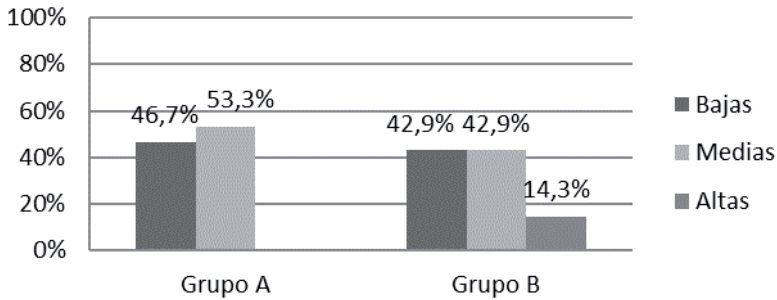


Figura 10. Objetivación.

11. Subjetivación Emocional: el 42.9% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una alta puntuación, mientras que el 33.3% de las narraciones del paciente en el grupo A presentó esta puntuación. Los resultados también muestran que el mismo porcentaje de narrativas obtuvieron una puntuación baja, media y alta en el grupo A (ver fig. 11).

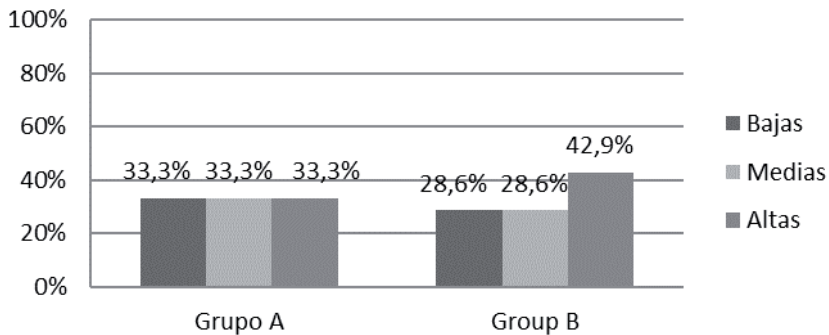


Figura 11. Subjetivación emocional.

12. Subjetivación Cognitiva: el 80% de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentó una puntuación alta. Este resultado contrasta con el grupo B, donde el 57.1% de las narrativas de los pacientes presentó este punto. Los resultados también mostraron que 35.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una puntuación media, mientras que 13.3% de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentó esta puntuación (ver fig. 12).

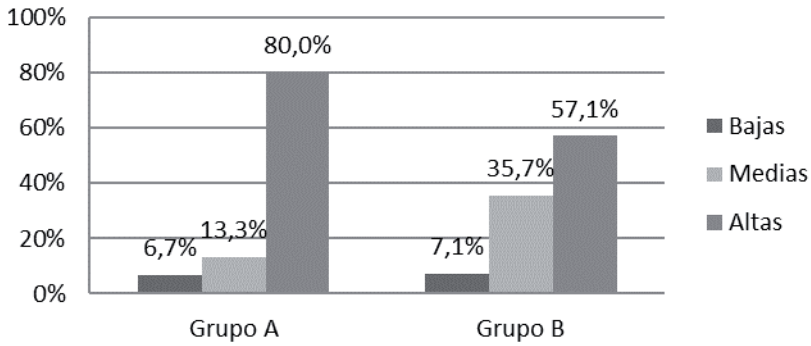


Figura 12. Subjetivación cognitiva.

13. Metaforización: el 57.1% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una puntuación media, mientras que 26.7% de las narrativas de los pacientes presentó esta puntuación en el grupo A. Los resultados también muestran que el 21.4% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentan puntuaciones más altas. En contraste, con el 40% de las narrativas de los pacientes en el grupo A que presentaron esta puntuación (ver fig. 13).

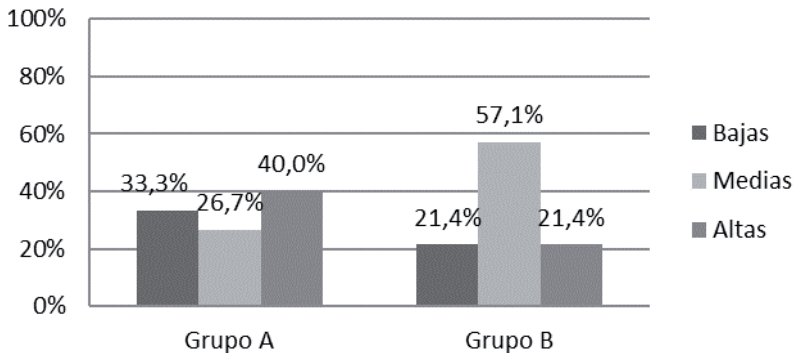


Figura 13. Metaforización.

14. Inteligibilidad/Claridad: el 71.4% de las narrativas de los pacientes del grupo B presentaron una puntuación alta, mientras que el 33.3% de las narrativas de los pacientes presentaron esta puntuación en el grupo A. Los resultados también mostraron que ninguna narrativa presentó una baja puntuación en esta dimensión en el grupo B. Por último, los resultados mostraron que el mismo porcentaje de narraciones tuvieron una puntuación baja, media y alta en el grupo A (ver fig. 14).

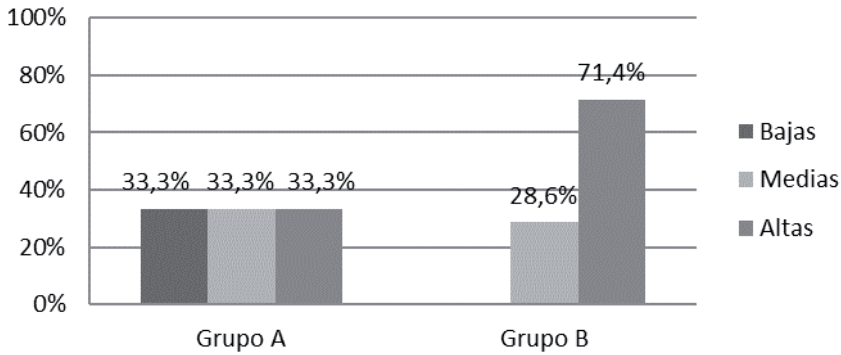


Figura 14. Inteligibilidad/Claridad.

15 Inteligibilidad/Conflicto: los resultados mostraron que ninguna narración de ambos grupos presentó una alta puntuación en esta dimensión (ver fig. 15).

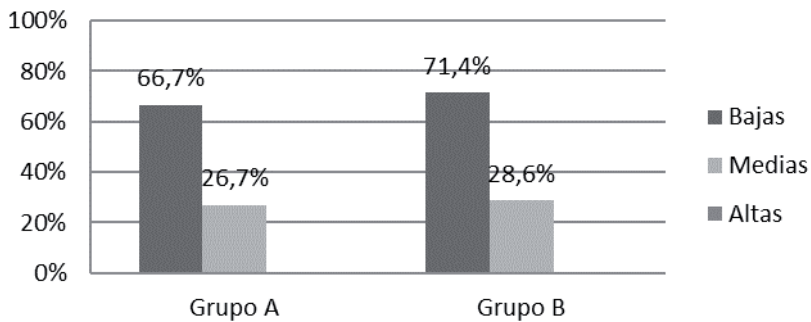


Figura 15. Intelegibilidad/Conflicto.

16. Inteligibilidad/Razonabilidad: el 64.3% de las narraciones de los pacientes del grupo B presentó una alta puntuación en esta dimensión. Este resultado contrasta con el 53.3% de las narrativas de los pacientes que presentaron este puntaje en el grupo A. Los resultados también mostraron que un 35.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una puntuación media, mientras que el 26.7% de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentó esta puntuación. Por último, los resultados mostraron que ninguna narrativa en el grupo B presentaba una puntuación baja (ver fig. 16).

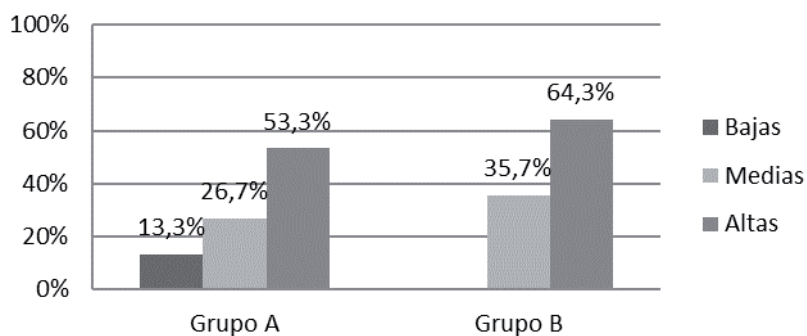


Figura 16. Inteligencia/Razonabilidad.

17. Inteligibilidad/Relevancia: Los resultados mostraron que ninguna de las narrativas de los pacientes en el grupo A presentó una baja puntuación en esta dimensión (ver fig. 17).

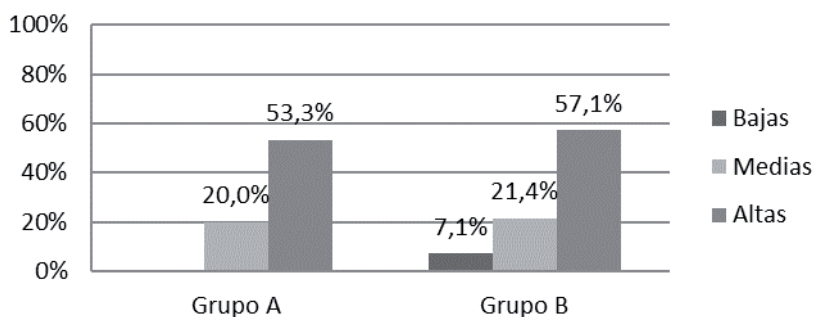


Figura 17. Inteligibilidad/Relevancia.

18. Inteligibilidad/Secuencia: el 42.9% de las narrativas de los pacientes en el grupo B presentó una puntuación media en esta dimensión, mientras que el 26.7% de las narraciones de los pacientes en el grupo A presentó esta puntuación. Ninguna de las narraciones del grupo B presentó una baja puntuación (ver fig. 18).

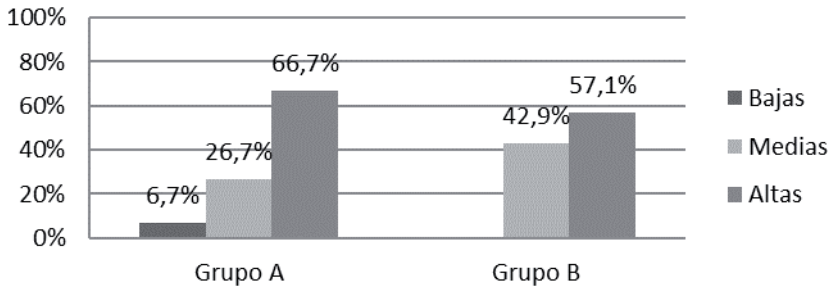


Figura 18. Inteligibilidad/Secuencia.

19. Inteligibilidad/Estabilidad: el 50% de las narraciones de los pacientes en el grupo B presentó una puntuación media en esta dimensión, mientras que el 40% de las narraciones presentaron esta puntuación en el grupo A. Los resultados también mostraron que el 40% de las narrativas de los pacientes en el grupo A tuvieron una alta puntuación en esta dimensión, mientras que en el grupo B el porcentaje fue del 28,6%. Por último, los resultados indicaron que el mismo porcentaje de las narrativas de los pacientes en el grupo A tuvieron una puntuación baja y media (ver fig. 19).

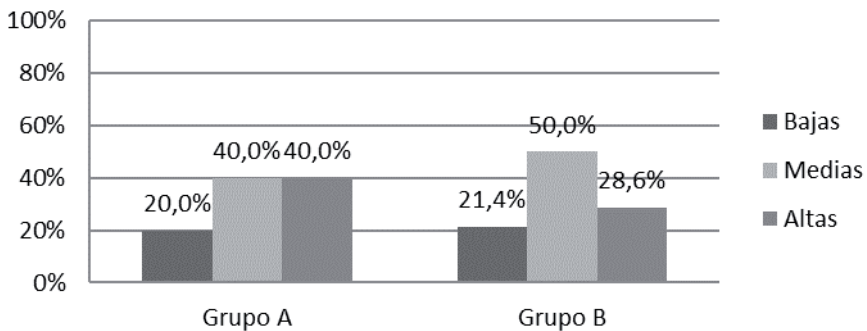


Figura 19. Inteligibilidad/Estabilidad.

20. Inteligibilidad/Relaciones Causales: el 53,8% de las narraciones de los pacientes del grupo B presentó una puntuación media en esta dimensión, mientras que el 40% de las narraciones de los pacientes del grupo B presentó esta puntuación. Los resultados también mostraron que ninguna de las narraciones de los pacientes de ambos grupos presentó una puntuación baja en esta dimensión (ver fig. 20).

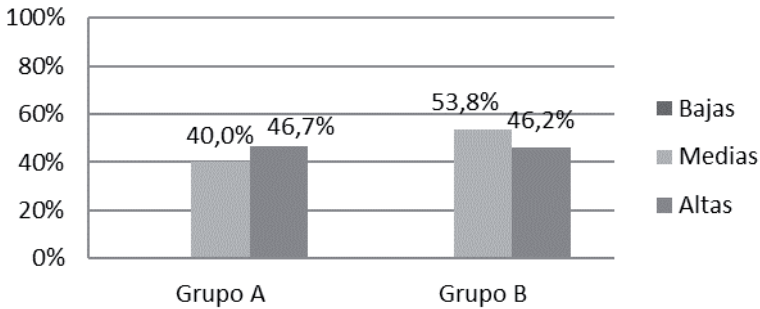


Figura 20. Inteligibilidad/Vínculos Causales.

21. Inteligibilidad/Forma Narrativa: el 83.3% de las narraciones en el grupo B presentaron una forma de redención, mientras que el 33.3% de las narrativas del grupo A presentó esta forma. Los resultados también indican que el 16.7% de las narrativas del grupo B presentó un relato con una forma de contaminación, mientras que en el grupo A el porcentaje de esta forma narrativa fue del 6.7% (ver fig. 21).

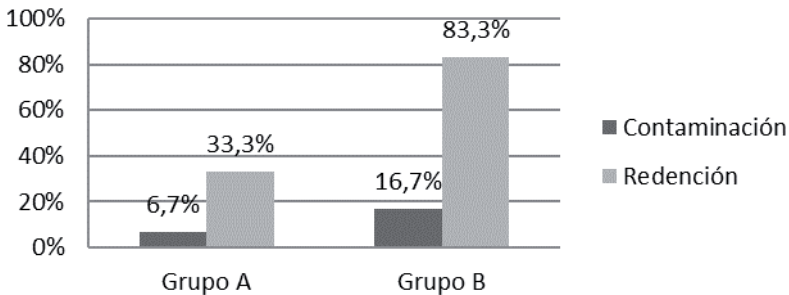


Figura 21. Inteligibilidad/Forma Narrativa.

22. Posición Narrativa del *Self*: el 64.3% de las narrativas del grupo B presentó una posición del yo como agente moderado, mientras que el 53.3% de las narrativas del grupo A presentó esta posición. El 21.4% de las narrativas del grupo B presentó una posición del yo como un control parcial, mientras que el 6.7% de las narrativas del grupo B presentó esta posición. Por último, el 20% de las narrativas del grupo A presentó una posición de sí mismo como una víctima, mientras que el 7.1% de las narrativas del grupo B presentó esta posición (ver fig. 22).

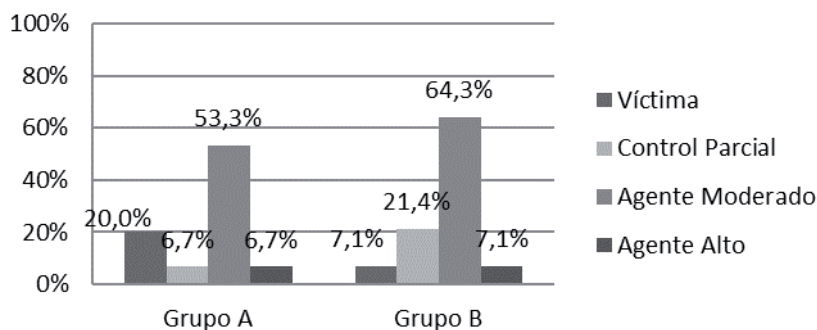


Figura 22. Posición Narrativa del Self.

Discusión

Los resultados de un estudio anterior (Botella y Gámiz, 2011) demostraron que los pacientes con éxito terapéutico pueden ser distinguidos de los pacientes sin este en lo referente a la distribución de puntuaciones altas en la mayoría de las categorías de la REN. Sin embargo, nuestros datos indican que este no es el caso cuando se trata de discriminar a los pacientes con motivo de demanda relacionado con la ansiedad (Grupo A) de los pacientes con motivo de demanda relacionado con el estado de ánimo deprimido (Grupo B). Según nuestros datos, sólo en seis (de 22) categorías existe una clara diferencia en altas puntuaciones entre el grupo A y el B.

Estas seis categorías merecen una discusión más detallada, precisamente porque son discriminativas. Los pacientes cuyo motivo de demanda estaba relacionado con el estado de ánimo deprimido, parecen caracterizarse por una mayor proporción de altas puntuaciones en (a) Variedad de personajes, (b) Objetivación, y (c) Inteligibilidad/Claridad. Esta combinación da una imagen de una manera de experimentar el mundo marcadamente específica en su grado de detalle, pero privada de cualquier contenido emocional o significado profundo (debido al alto grado de objetivación). Al mismo tiempo los objetivos de la narrativa son muy coherentes y claros - como lo indica el alto nivel de inteligibilidad/claridad. Además, existe una notable variedad de caracteres. Estas dos últimas características podrían dar una impresión equivocada: la de un mundo interpersonal muy rico en un proyecto existencial muy claro. Sin embargo, en este caso esto no es así porque el alto nivel de objetivación priva a la narración de un sentido profundo de significado emocional. Por lo tanto, las narraciones de este grupo son bastante objetivas y claras, pero también muy frías, individuales, rígidas y demasiado coherentes para ser existencialmente pertinentes.

Este resultado es coherente con el cuerpo de investigación sobre la estructura del Sistema de Constructos Personales de los pacientes deprimidos (para una revisión ver Winter, 1992). Esta investigación ha demostrado en repetidas ocasiones que la constricción (es decir, un estrechamiento del campo de percepción con el fin de

reducir al mínimo las aparentes incompatibilidades) se asocia con altos niveles de depresión en pacientes de moderadamente a severamente deprimidos. Esto explicaría nuestro resultado de altos niveles de objetivación. Además, el patrón de construcción de la constricción del sistema se ha demostrado que lleva a patrones rígidos y lógicamente consistentes de construcción de relaciones, lo que puede explicar nuestro resultado de un alto nivel de inteligibilidad/claridad. Sin embargo, nuestros resultados parecen sugerir que los clientes deprimidos no siempre constriñen su “campo perceptivo” en el sentido de excluir a gente de él, sino que pueden incluir a muchas personas pero centrándose sólo en sus características superficiales a fin de evitar procesos emocionales potencialmente dolorosos y procesos de construcción de significado, una posibilidad ya prevista por Gonçalves (2010).

En el caso de los pacientes cuyo motivo de demanda está relacionado con la ansiedad, parecen caracterizarse por una mayor proporción de altas puntuaciones en (a) subjetivación cognitiva, (b) metafóricación, e (c) inteligibilidad/estabilidad. Esta combinación da una imagen de una manera de experimentar el mundo muy detallada en la dimensión del pensamiento y la reflexión, un mundo explorado de forma muy meta-analítica y estable.

Este resultado es coherente con otros del ámbito de la Terapia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (e.g.: Segal, Williams y Teasdale, 2002) que demuestran que los pacientes ansiosos tienden a pensar demasiado y de un modo rumiativo hasta el punto de no prestar suficiente atención a los detalles sensoriales y emocionales del “aquí y ahora”. En la misma línea, la estabilidad resulta ser un problema en este caso porque, como ya ha sido discutido por Segal, Williams y Teasdale (2002), este tipo de pacientes tienden a considerar sus pensamientos como la “verdad absoluta” y no son capaces de “descentrarse” de ellos.

En cuanto a las dimensiones narrativas que permiten discriminar ambos grupos debido a una distribución diferencial de las puntuaciones bajas, en el caso de pacientes cuyo motivo de demanda está relacionado con el estado de ánimo deprimido parecen caracterizarse por una menor proporción de puntuaciones bajas en (a) Inteligibilidad/Claridad y, en el caso de los pacientes cuyo motivo de demanda está relacionado con la ansiedad parecen caracterizarse por una mayor proporción de bajas puntuaciones en (b) Variedad de escenarios.

El primero de estos dos resultados diferenciales es complementario al citado anteriormente, es decir, los pacientes cuyo motivo de demanda se relaciona con depresión parecen estar caracterizados por una mayor proporción de altas puntuaciones en la dimensión de inteligibilidad/claridad y por una menor proporción de puntuaciones bajas en esta misma dimensión. Este poder discriminativo bidireccional parece indicar que inteligibilidad/claridad es una dimensión narrativa central para distinguir depresión de ansiedad. Una vez más, este resultado puede estar relacionado con la tradicionalmente demostrada alta consistencia lógica de los sistemas de construcción de los pacientes depresivos. La constricción depresiva aumenta la rigidez lógica (cuanta menos atención se presta, más coherente es). Los

pacientes ansiosos no contraen la construcción de su sistema, por el contrario, están constantemente asaltados por la sensación de que su sistema no es suficientemente predictivo (es decir, lógicamente consistente) (Winter, 1992).

En cuanto a la alta proporción de puntuaciones bajas en la dimensión variedad de escenarios en los pacientes cuyo motivo de demanda está relacionado con la ansiedad, es bastante previsible teniendo en cuenta su tendencia a evitar situaciones que provoquen ansiedad (es decir, nuevas y desconocidas).

También es muy importante señalar que ninguna del resto de las 22 dimensiones de análisis narrativo permite establecer una discriminación marcada entre ambos grupos (lo cual no significa que no pudieran ser discriminativas si el grupo de narraciones proviniera de muestra no clínica; hay que tener en cuenta que nuestra comparación es entre pacientes con motivo de demanda por estado de ánimo deprimido y pacientes con motivo de demanda por ansiedad, exclusivamente).

Esta falta de diferenciación general, a parte de las dimensiones seleccionadas ya discutidas, da la impresión de que ansiedad y depresión son propensas a compartir una base común de procesos psicológicos (Coherencia y Posición Narrativa del *Self*) y difieren en algunas dimensiones narrativas seleccionadas (Inteligibilidad, Proceso Narrativo y Contenido Narrativo).

Las dimensiones divergentes ya se han discutido, en referencia a las convergentes cabe decir que son teóricamente coherentes con un enfoque narrativo: tanto ansiedad como depresión (igual que otras formas de malestar psicológico) introducen un episodio de invalidación de la coherencia en la narrativa de la persona que lleva a la necesidad de reconstruir la propia narrativa a través de un proceso activo de construcción de significado con el fin de recuperar el sentido de coherencia perdido y un de ocupar una nueva posición narrativa -dos de los principales objetivos de cualquier psicoterapia y, en particular de la narrativa/constructivista. Esta noción es omnipresente en el constructivismo y la literatura narrativa, como un ejemplo, véase Neimeyer y Mahoney (1995) y Angus y McLeod (2004).

Con respecto a las limitaciones de este estudio, es importante mencionar que son las habituales en una investigación cualitativa. Sin embargo, cabe destacar que no pretende ser generalizable a la población en general o hacer generalizaciones estadísticas significativas sobre la narrativa en los procesos de psicoterapia. El objetivo era probar la aplicabilidad de la REN según las diferentes “variables” y su poder discriminativo con respecto al motivo de demanda del paciente. Hemos observado que la REN es muy útil para hacer un primer *screening* general, ya que nos permite estudiar un gran número de narraciones debido a su formato. Aun así, para llegar a una mejor comprensión de la narrativa otras técnicas, como la metodología de *Grounded Theory*, pueden ser más útil (i.e., Hardtke y Angus, 2004).

Como ya hemos mencionado, según Hardison y Neimeyer (2007), pocos estudios han incluido autocaracterizaciones para estudiar los procesos de construcción del individuo.

Estamos de acuerdo con Leite y Kuipper (2008) en que las autocaracterizacio-

nes pueden ayudar a conocer la “claridad del concepto de sí mismo” que el cliente tenga. Este concepto se refiere a la claridad, la consistencia interna y la estabilidad temporal del *self*. Conocer el nivel de claridad del concepto de sí mismo de un cliente podría ayudar a predecir hasta qué punto a) puede tener dificultad para definir claramente y comprender sus problemas personales o b) es consciente de la necesidad de cambio. Por estas razones, creemos que es importante aumentar la investigación centrada en la autocaracterización, ya que proporcionan información útil para la práctica terapéutica.

Levitt y Frankel (2009) discutieron algunos estilos de historias utilizadas como formas de separación emocional. Uno de estos estilos es el uso de la narración como una forma de evadir los sentimientos asociados con un tema inquietante. En futuras investigaciones sería interesante tener en cuenta este uso de las narraciones que los pacientes pueden hacer. En nuestro estudio hemos corroborado esta función de separación emocional de los relatos, especialmente en los pacientes con motivo de demanda relacionado con el estado de ánimo deprimido. Para futuras investigaciones también creemos que sería interesante añadir un segundo paso. Es decir, el primer paso sería aplicar la REN en una muestra relativamente grande, con tal de evidenciar diferencias entre dos grupos de pacientes. En el segundo paso cabría centrarse en los pacientes que expresan estas diferencias de forma más evidente y analizar sus narrativas siguiendo un método de análisis más profundo (por ejemplo, aplicando la metodología de *Grounded Theory*). Con este segundo paso, el estudio llegaría a un nivel de comprensión más profundo y daría respuesta a algunas preguntas que hacen referencia al “por qué” o al “cómo”.

Nota:

- 1 Por motivos de estricta confidencialidad clínica ha sido imposible incluir las narrativas analizadas en el contexto de este trabajo. Al tratarse de narrativas generadas en terapia resultaban sumamente reveladoras de aspectos personales de los pacientes y, a pesar de contar con su consentimiento informado para analizarlas, intentar camuflar los datos identificativos como para poderlas incluir en este texto resultaba inviable pues reducía las narrativas a una absoluta irrelevancia anónima, como es lógico considerando el tipo de material del que se trata.

Referencias Bibliográficas

- Adler, J. M., Wagner, J. W. y McAdams, D. (2007). Personality and the coherence of psychotherapy narratives. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1179-1198. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.006>
- Anderson, H. (1997). *Conversation, Language, and Possibilities: A postmodern approach to therapy [Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia]*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: the ignorance as a therapeutic approach. En S. McNamee, S. y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (p. 45-59). Londres, Reino Unido: Sage.
- Angus, L., Levitt, H. y Hardtke, K. (1999). The Narrative Processes Coding System: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1255-1270. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:10%3C1255::AID-JCLP7%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10%3C1255::AID-JCLP7%3E3.0.CO;2-F)

- Angus, L. E. y McLeod, J. (2004). Toward an Integrative Framework for Understanding the role of Narrative in the Psychotherapy Process. En L. E. Angus, L. E. y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp.367-374). California, CA: Sage.
- Botella, L. (2001). *Diálogo, relaciones y cambio: una aproximación discursiva a la psicoterapia constructivista*. <http://doi.org/10.13140/RG.2.1.1096.5529>
- Botella, L. y Gámiz, M. (2011). Narrative assessment in psychotherapy: A constructivist approach. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker y N. Crittenden (Eds.), *Personal construct methodology* (pp. 247-268). Nueva York, NY: Wiley.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000). A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3, 407-418. <https://doi.org/10.1080/13642530010012048>
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 109-136). California, CA: Sage.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning [Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva]*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of Self. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 3-14). California, CA: Sage.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to social constructionism [Introducción al constructivismo social]*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Cecchin, G. (1992). Construction of therapeutic possibilities. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds), *Therapy as social construction* (p.111-120). Londres, Reino Unido: Sage.
- Davidson, L. (1995). Narrativas de la esquizofrenia. El uso de la estructura narrativa en la investigación fenomenológica. *Revista de psicoterapia*, 6(22/23), 83-100. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/narrativas-de-la-esquizofrenia-el-uso-de-la-estructura-narrativa-en-la-investigacion-fenomenologica.html>
- Fireman, G. (2002). Approaching accountability in psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 15(3), 219-231. <https://doi.org/10.1080/10720530290100451>
- Frankel, Z. y Levitt, H. (2009). Clients' experiences of disengaged moments in psychotherapy: a Grounded Theory analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(3), 171-186. <https://doi.org/10.1007/s10879-008-9087-z>
- Fruggeri, L. (1992). The therapeutic process as a social construction of the change. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (p. 61-74). Londres, Reino Unido: Sage.
- Galluzo, W. (1995). Narración y psicoterapia relacional. *Revista de psicoterapia*, 6(22/23), 71-82. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/narracion-y-psicoterapia-relacional.html>
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275. <https://doi.org/10.1037/10112-044>
- Gergen, K. J. (1989). Social Psychology and the wrong revolution. *European Journal of Social Psychology*, 19(5), 463-484. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420190513>
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. y Kaye, J. (1992). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (p. 199-218). Barcelona, España: Paidós.
- Gonçalves, O. (1995a). Cognición, constructivismo y narrativa: en busca de un sentido para las sílabas. *Revista de psicoterapia* 6(24), 45-52. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/cognicion-constructivismo-y-narrativa-en-busca-de-un-sentido-para-las-silabas.html>
- Gonçalves, O. (1995b). Psicoterapia cognitivo-narrativa: la construcción hermenéutica de los significados alternativos. *Revista de Psicoterapia*, 6(22/23), 101-123. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/psicoterapia-cognitivo-narrativa-la-construccion-hermeneutica-de-los-significados-alternativos.html>
- Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente: a psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. (2001). Encuentro de narrativas terapéuticas: memorias do terapeuta activadas durante o proceso de recordação do cliente. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 1(1), 53-72.
- Gonçalves, O. y Henriques, M. (2000a). *Manual de avaliação da estrutura e coerência narrativa*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O. y Henriques, M. (2000b). *Manual de avaliação do processo e complexidade narrativa*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O. y Henriques, M. (2000c). *Manual de avaliação do conteúdo e multiplicidade narrativa*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.

- Gonçalves, O. y Henriques, M. (2000d). *Método de avaliação de narrativas protótipo*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O., Matos, M. y Santos, A. (2009). Narrative therapy and the natures of “innóvate moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(1), 1-23. <https://doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Guidano, V. (1995). Psicoterapia: aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. *Revista de psicoterapia*, 10(37), 95-105. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/psicoterapia-aspectos-metodologicos-cuestiones-clinicas-y-problemas-abiertos-desde-una-perspectiva-postracionalista.html>
- Hardison, H. y Neimeyer, R. A. (2007). Numbers and narratives: quantitative and qualitative convergence in constructivist assessment. *Journal of Constructivist Psychology*, 20(4), 285-308. <https://doi.org/10.1080/10720530701503827>
- Hardtke, K. K. y Angus, L. E. (2004). The narrative assessment interview: assessing self-change in psychotherapy. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. California, CA: Sage.
- Hermans, H. (2006). The self as a theater of voices: disorganization and reorganization of a position repertoire. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 147-169. <https://doi.org/10.1080/10720530500508779>
- Jiménez, B. (2004). Investigación cualitativa y psicología social crítica: contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Candibus*, 1(2), 20-35.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Lax, W. D. (1992). The postmodern thought in a clinical practice. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (p. 93-110). Londres, Reino Unido: Sage.
- Leite, C. y Kuiper, N. (2008). Client uncertainty and the process of change in psychotherapy: the impact of individual differences in self-concept clarity and intolerance of uncertainty. *Journal of contemporary psychotherapy*, 38(2), 55-64. <https://doi.org/10.1007/s10879-007-9068-7>
- Levitt, H. M. y Frankel, Z. (2009). Clients' Experiences of Disengaged Moments in Psychotherapy: A Grounded Theory Analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(3), 171-186. <https://doi.org/10.1007/s10879-008-9087-z>
- McAdams, D. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.5.2.100>
- McAdams, D. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 109-125. <https://doi.org/10.1080/10720530500508720>
- McAdams, D. y Janis, L. (2004). Narrative identity and narrative therapy. En L. A. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 158-173). California, CA: Sage. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412973496.d13>
- McLeod, J. (2004). Social Construction, Narrative, and Psychotherapy. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp.351-366). California, CA: Sage.
- McNamee, S. y Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construction*. Londres, Reino Unido: Sage.
- Neimeyer, R. A. (2006). Narrating the dialogical self: toward an expanded toolbox for the counselling psychologist. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 105-120. <https://doi.org/10.1080/09515070600655205>
- Neimeyer, R. A., Burke, L., Mackay, M. y Stringer, J. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R. A. (2008). Presence, process and procedure: principles of practice for constructivist psychotherapy. *Constructivism in the human sciences*, 12(1-2), 172-188.
- Neimeyer, R. A., Herrero, O. y Botella, L. (2006). Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 127-145. <https://doi.org/10.1080/10720530500508738>
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1995). *Constructivism in Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10170-000>
- Neimeyer, R. A. y Winter, D. A. (2007). *Personal construct therapy*. En N. Kazantzis y L. L'Abate (Eds.), *Handbook of Homework Assignments in Psychotherapy: research, practice and prevention*. Nueva York, NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-29681-4>
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and Postmodernism. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research* (pp. 53-67). California, CA: Sage.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Sewell, K. y Williams, A. (2002). Broken narratives: trauma, metaconstructive gaps, and the audience of psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 15(3), 205-218. <https://doi.org/10.1080/10720530290100442>
- Shotter, J. (1997). The social construction of our "inner" lives. *Journal of constructivist psychology*, 10(1), 7-24. <https://doi.org/10.1080/10720539708404609>
- Sluzki, C. E. (1995). Transformaciones: Una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 6(22/23), 53-70. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/584/s/transformaciones-una-propuesta-para-cambios-narrativos-en-psicoterapia/category/3/>
- Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas: polaridad semántica familiar y psicopedagogía*. Barcelona, España: Paidós.
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 6(22-23), 5-19. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/581/s/la-construccion-narrativa-de-la-experiencia-en-psicoterapia/category/3/>
- Vogel, D. (1995). Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica. *Revista de psicoterapia*, 6(22/23), 21-39. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/582/s/perspectivas-narrativas-en-la-teoria-y-en-la-practica/category/3/>
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York NY: Norton.
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: theory, research and applications*. Nueva York, NY: Routledge.
- Wong, P. (2010). Meaning Therapy: an integrative and positive existencial psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-93. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9132-6>

USANDO LA METODOLOGÍA NARRATIVA DEL EQUIPO DE LA VIDA CON ADOLESCENTES DE PISOS DE ACOGIDA Y DE MEDIDAS JUDICIALES

USING THE TEAM OF LIFE NARRATIVE METHODOLOGY WITH ADOLESCENTS FROM FOSTER HOMES AND HOMES OF JUDICIAL MEASURES

Carlos Alexis Chimpén-López

Universidad de Extremadura, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Cáceres, España
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9384-3960>

David Denborough

Dulwich Centre Foundation, Adelaide, Australia
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3041-3135>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Chimpén-López, C. A. y Denborough, D. (2019). Usando la Metodología Narrativa del Equipo de la Vida con Adolescentes de Pisos de Acogida y de Medidas Judiciales. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 95-106. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.321>

Resumen

Este artículo describe cómo la metodología del equipo de la vida posibilita a los adolescentes que viven en régimen de acogida y de cumplimiento de medidas judiciales con equipo educativo, el hablar de lo que es importante para ellos, lo que protegen, lo que los mantiene; a pesar de los momentos de dificultad que han podido vivir. En muchas ocasiones, el pertenecer a familias catalogadas por la administración como desestructuradas o provenir de familias con el estatus de refugiadas o inmigrantes sin recursos, hace que la identidad de estos chicos se vea afectada de algún modo. Con la terapia narrativa como base para el desarrollo del equipo de la vida, se facilita el hablar acerca de sus identidades de una forma colectiva para celebrar los "goles" que sus equipos ya han conseguido. Al mismo tiempo, se pueden realizar planes de futuro para la vida después de la emancipación de los pisos de acogida. Finalmente, el utilizar la metáfora del deporte suele encajar con la cultura masculina de los chicos y nos permite trabajar con una visión alternativa a la masculinidad que se ofrece desde nuestra cultura occidental.

Palabras clave: Equipo de la vida, Terapia narrativa, prácticas narrativas colectivas, adolescentes, casas de acogida, masculinidad.

Abstract

This article describes how the Team of Life narrative methodology enables adolescents living in foster homes and homes of judicial measures to talk about what is important for them, what they protect, held onto, despite the moments of difficulty they have experienced. On many occasions, belonging to families catalogued by the administration as destructured or coming from families with the status of refugees or immigrants without resources, makes the identity of these children is affected in some way. With narrative therapy as a basis for the development of the Team of Life, makes it possible to talk about their identities in a collective way to celebrate "goals" that their teams have already achieved. At the same time, future plans for life can be made after the emancipation of the foster homes. Finally, using sporting metaphors often resonate with the masculine culture of the young men and allow us to work with an alternative vision to the masculinity that is offered from our Western Culture.

Keywords: Team of Life, Narrative Therapy, Collective Narrative Practice, Young Men, Foster Homes, Masculinity.

Fecha de recepción: 3 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 10 de junio de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cchimp@unex.es

Dirección postal: Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Avda. de la Universidad s/n. Campus de Cáceres, 10071 Cáceres, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

Las despedidas a veces son difíciles. Algunas veces, son una forma de cumplimiento de ciertos objetivos planteados por otras personas. Quizás una despedida es un momento de transición y en los pisos de acogimiento residencial, cuando se han cumplido los 18 años, es un periodo de emancipación y de paso a otra realidad.

Los nervios suelen estar presentes, las emociones encontradas.

Todos los miembros de esta pequeña comunidad se reúnen para hacer una ceremonia de definición (White, 1997, 2007) donde el chico o la chica que se marcha ocupa el centro de la misma.

Suena su canción favorita y el olor a fritos y pasteles llega desde la cocina. Es momento de recordar aquellos momentos que reflejan sus valores, principios y capacidades. Aquello que les permitirá enfrentarse a este nuevo periodo de su vida.

Su árbol de la vida (Denborough, 2008; Ncube, 2006) o su equipo de la vida (Denborough, 2008) puede acompañar la citada ceremonia, ambas metodologías preparadas para hacer surgir cientos de conversaciones acerca de sus historias alternativas.

En este artículo, se describe el uso de la metodología narrativa colectiva del equipo de la vida aplicado con chicos solamente, para poder hablar acerca de los conceptos de masculinidad que surgen de los temas que dicha metodología produce. Al surgir conversaciones de protección, de valoración de otras personas, de las dificultades que han aparecido durante la estancia en la casa de acogida (o antes de entrar en ella) o en el llamado coloquialmente piso de medidas judiciales, y como las han superado, aparece un nuevo concepto de masculinidad asociado con una identidad alternativa y, todo ello, en un contexto colectivo.

El equipo de la vida es una metodología pensada para promover los planes de futuro en los participantes. En este caso, además, ayuda a los chicos a prepararse para la emancipación y tener en cuenta las metas ya conseguidas con el apoyo de diferentes personas, su equipo.

Por lo general, cuando se realiza una ceremonia de definición los chicos están en silencio. Tal y como afirma Denborough (2012) el silencio puede ser visto como una habilidad en la cultura masculina para respetar el momento en el que se comparte algo relevante para sus vidas. En la misma dirección Ceballos (2012) opina que el silencio afectivo sería un estereotipo masculino predominante entre los adolescentes. Sin embargo, el silencio puede ser también una forma de protección, de vergüenza o de algo más que los chicos ni siquiera saben expresar. De este modo, el ofrecerles un espacio de confianza y seguridad se convierte en algo fundamental para los profesionales que actúan de facilitadores en los contextos de pisos de acogida, centros de acogida o pisos de reforma.

Hay múltiples estudios que han mostrado que el fútbol es una de las actividades preferidas por los adolescentes. Por ejemplo, Quevedo-Blasco, Quevedo-Blasco y Bermúdez (2009) encontraron que del 56% de los participantes en su estudio que realizaban alguna actividad física, el 45% realizaba como actividad predominante el

fútbol y que, de las actividades planteadas, la más reforzante para los adolescentes sería el fútbol (32.42%).

Sin embargo, y a pesar de los efectos positivos de la actividad física en el estado de ánimo y otras variables psicológicas (Jiménez et al., 2008), Rodríguez, Araya y Salazar (2007) afirman que el fútbol como deporte más popular, permite ser más manipulado para pelear y manifestar conductas violentas en adolescentes privados de libertad.

Todo ello nos permite utilizar el Equipo de la Vida, el cual utiliza la metáfora deportiva del fútbol, como forma de deconstruir los estereotipos de masculinidad prevalente entre los adolescentes de los pisos de acogida y de reforma.

De todos modos, no podemos olvidar muchos otros deportes que pueden ser parte de la vida de muchos adolescentes y que pueden ofrecer la oportunidad de abrir conversaciones interesantes con ellos acerca de sus valores, esperanzas, expectativas, etc. y de hablar acerca de la masculinidad, el uso de la violencia, el silencio afectivo y la vergüenza al mostrar emociones. Algunos de los deportes que pueden ser utilizados como metáfora para aproximarnos a nuevas comprensiones de identidad de los chicos son el skate, el baloncesto o el atletismo. Todos ellos pueden ser adaptados desde la metodología del Equipo de la Vida para, partiendo de los diferentes significados que tienen para los adolescentes y los valores intrínsecos a su práctica, ofrecer un punto de entrada a conversaciones enriquecedoras de la identidad alternativa.

El equipo de la vida

El proceso comienza con el dibujo de un campo de fútbol y conversaciones entre todos los chicos acerca de las diferentes posiciones de los jugadores y de las otras personas que participan en un partido (el entrenador, los espectadores, el fisioterapeuta, el psicólogo deportivo, etc.) mayoritariamente de género masculino. Esto ya puede dar entrada a conversaciones acerca de los roles de género en deportes como el fútbol.

Posteriormente, se utiliza la metáfora del equipo para rescatar las personas significativas e influyentes para los adolescentes (estén vivas o hayan fallecido ya) y comenzar conversaciones más personales.

Parte uno: Creando un campo de fútbol colectivo

Siguiendo a Denborough (2008, 2012) la metodología del Equipo de la Vida tiene diferentes partes que pasamos a describir a continuación.

Aunque se realizan Equipos de la vida individuales, se tiene que co-construir un contexto de colectividad. Para ello se establecen conversaciones con todos los chicos con respecto al deporte para después pasar a temas más relacionados con sus dificultades. Esto último, muchas veces crea la dificultad de superar la barrera del silencio o de los monosílabos o de la típica respuesta: “no sé”. La ventaja de usar la metáfora del fútbol es que en ciertos momentos en los que la conversación

podría decaer, se tiene la opción de preguntar acerca de aspectos de ese deporte para volver a generar un clima distendido.

Siguiendo los diferentes roles de los participantes en un partido de fútbol se generan preguntas como las siguientes, siempre con la pauta de que las personas que nombremos pueden o no estar vivas, para realizar un campo de fútbol colectivo. Esta sería la primera parte del Equipo de la Vida.

El portero:

¿Quién podría ser nuestro portero? Si consideramos que el portero puede ser la persona que nos cuida ¿Quién o quienes podría/n ser vuestros porteros?

La defensa:

¿Quién más nos ayuda a la hora de proteger nuestros sueños, nuestras metas y nuestras expectativas?

Los delanteros:

¿Quién o quienes nos ayudan, nos animan y nos impulsan a intentar conseguir nuestras metas?

Los centrocampistas:

¿Quién o quienes nos acompañan en la vida y que disfrutamos al estar con ellos?

Entrenador:

¿De quién o quienes hemos aprendido las cosas más importantes para nuestras vidas? ¿Qué cosas nos han enseñado?

Banquillo:

¿Hay personas que a veces parecen estar en nuestro equipo y a veces no, que a veces parecen ayudar y otras no? Dependiendo de para qué, ¿podemos pedir a algunas de esas personas que pasen al terreno de juego y otras al banquillo? ¿Cuándo ayudan y cuando no? ¿Cómo hemos aprendido a diferenciarlos?

Nuestro campo (el campo de los sueños):

¿Cuál es nuestro terreno de juego, nuestro campo? ¿Cuáles son los lugares que sentimos como nuestra casa? (no es necesario poder ir a ese lugar físicamente, sino que pueden ser aquellos que visitamos en nuestros recuerdos o en nuestros sueños).

La afición:

Cuando estamos en nuestro campo, ¿quiénes forman parte de nuestra afición y que están en las gradas animándonos y que desean que todo nos vaya bien?

Canción lema:

¿Hay alguna canción específica que tiene mucho significado para nosotros y que podríamos llamar canción lema en este momento determinado? Si es así, ¿cuál es? ¿Por qué es importante para ti?

Valores de nuestro equipo:

Teniendo en cuenta el equipo que hemos creado, ¿qué sería importante para él? ¿En qué valores cree este equipo que lo sostienen?

Nombrando al equipo:

¿Qué nombre le daríamos a nuestro equipo?

La intención al realizar esta parte es fortalecer el sentido de comunidad. Si juntamos a chicos de diferentes pisos cobra mayor sentido esta parte al no conocerse mucho o nada entre ellos. También cobra sentido el ser persistente para romper la barrera del silencio, en especial cuando preguntamos acerca de lo que es importante para el equipo y cuáles son sus valores.

Por lo general, después de algunos segundos de silencio alguien responde. Una de las respuestas que más dan los chicos y en la que suelen estar de acuerdo es acerca de la confianza y la valentía. Dos valores que asocian con la importancia que le dan a confiar en las personas que les apoyan y la valentía que necesitan para empezar un periodo de su vida muy diferente al que llevaban hasta ahora.

En el caso de los chicos que dejan los pisos de reforma, es frecuente oírles decir que no quieren volver nunca al piso y que para ello tienen que tener confianza en ellos mismos y valentía para alejarse de aquellas compañías que les influyeron para mal.

Al crear este contexto de conversación colectiva se logra empoderar a los chicos y dar un testimonio los unos a los otros de los diferentes valores que son importantes para ellos y que les sostendrán en el momento de dejar el recurso.

Si el facilitador tiene conocimientos de música puede crear la canción lema con las palabras que han surgido en la parte 1. La música tiene un poder especial para los jóvenes y, aunque muchas veces los estilos musicales difieren, al contener sus propias palabras, esto pasa a un segundo plano. De todos modos, la canción tiene que ser revisada con ellos y permitirles que la editen (añadan o quiten frases), algo que vuelve a unirles y empoderarles.

Mientras se hace este proceso de preguntar (siempre dejando tiempo para ello y ofreciendo la posibilidad de que no se responda en ese momento), los chicos van rellenando sus propios Equipos de la Vida donde aparecen los miembros que forman parte de sus equipos.

Parte 2: Creando el propio equipo de la vida

El siguiente paso en la metodología del Equipo de la Vida es que cada uno de los chicos realice su propio Equipo de la Vida. Siempre les gusta ver lo que han hecho los demás. Por supuesto el facilitador debe evitar el tema de las comparaciones o burlas de unos a otros. Por este motivo, es fundamental haber creado un buen clima en la primera parte. El respeto de los unos a los otros es fundamental a la hora de hacer esta metodología y sirve, además, para poder transmitir el valor del respeto fuera del contexto de los pisos. Si alguna vez ocurriera algún incidente de burla o similar, el facilitador tiene que usar ese momento para abrir una conversación que deconstruya ideas sociales de competitividad, perfeccionismo, poder

y predominancia.

Siempre se intenta poner en algún lugar todos los Equipos juntos y valorar el trabajo que se ha hecho. La ilustración 1 es un ejemplo de los equipos de la vida de ocho chicos de uno de los pisos de acogida.



Ilustración 1. Equipo de la vida comunitario.

Una de las innovaciones que se han introducido en el Equipo de la Vida en los pisos de convivencia en grupo educativo (de medidas judiciales), es la realización del Equipo del chico jugando contra el equipo de la rabia, los nervios o la impulsividad.

Se habla acerca del equipo de los dos, el del chico y el del problema. Uno estaría en la mitad superior de la hoja y el otro en la inferior.

En una de las gradas estaría sentada la afición del chico y en la otra todo aquello que alimenta al problema. El resto de las partes del Equipo de la Vida es igual que se ha mencionado en la parte 1, pero sólo del chico, ya no del problema.

En la ilustración 2 aparece el Equipo Anti-Rabia de uno de los chicos. Como se puede observar, en la parte de arriba está el equipo de la Rabia (situada como portera), formado por la desobediencia, los nervios, la rabia, y el móvil. Arriba aparece también “Papá” pero estando con la pelota para marcarle un gol a la rabia.

En la parte de abajo del campo estaría el equipo del chico con diferentes nombres de amigos y familiares.

En la parte izquierda estaría lo que más alimenta la rabia: “llamar amigas

de mi madre” (porque no le gustaba que su madre hablara de él con sus amigas criticándole o contándole aquellas cosas que había hecho mal). En la parte de la derecha está la afición y el banquillo del chico.

En la esquina superior izquierda están algunos de sus sueños: ser veterinario, aprobar 3º de la ESO y dejar la rabia a un lado.

En la esquina inferior derecha estarían algunas de las estrategias que usa para manejar a la rabia: “llamar por teléfono y me tranquilizan cambiando de tema”.

Este Equipo puede volver a ser revisado en días posteriores para ver si suma más estrategias para dejar a un lado a la rabia o si añade algunas otras cosas que le parecen relevantes para conseguir sus objetivos.

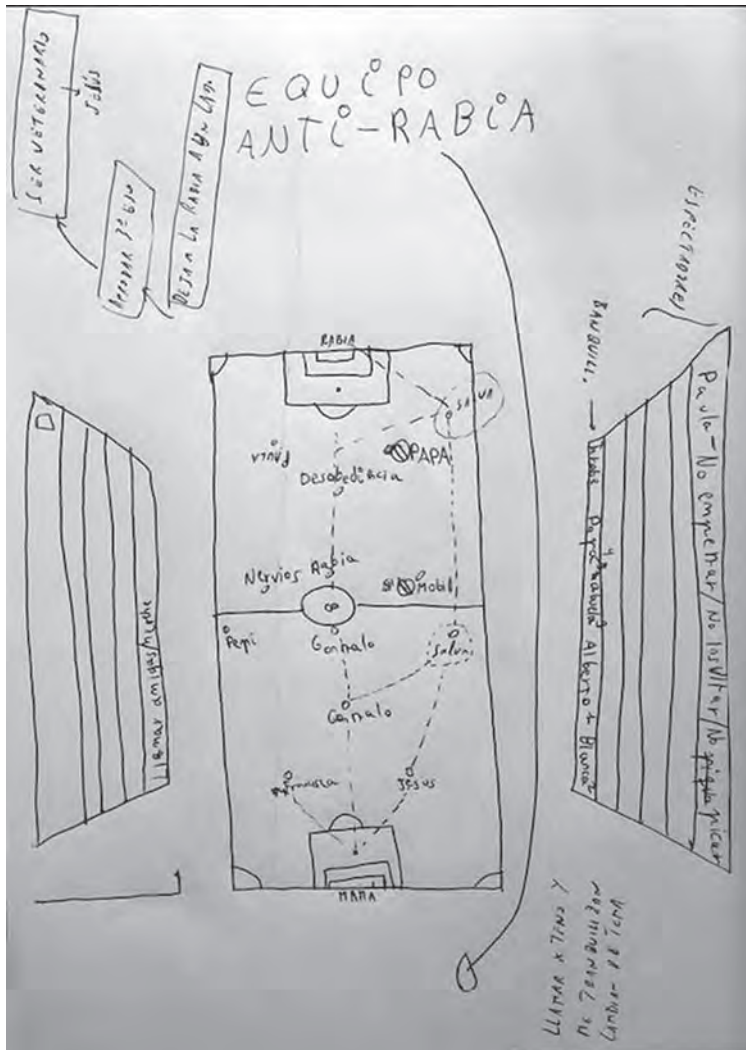


Ilustración 2. Equipo de la vida Anti-rabia.

En la mayoría de las ocasiones, los chicos de este tipo de recursos encuentran que tienen problemas y desafíos similares. La filosofía de sus equipos también suele ser similares: volver a casa y reencontrarse en un ambiente tranquilo y no volver a pasar por una situación parecida. Usando el Equipo de la Vida se favorecería la aparición de una identidad diferente a la que el problema que les llevó allí les ofrecía y, además, mediante un sentido de identidad colectivo.

Parte 3: Celebrando los goles marcados

En cualquier partido que se precie no pueden dejarse de celebrar los goles marcados por tu equipo. Como dice Denborough (2012), lo más importante es una celebración colectiva de goles colectivos sin importar quien marca el gol. Todo el mundo lo celebra.

Desde esta perspectiva comunitaria, por tanto, es fundamental preguntar en forma plural o colectiva alejándonos del individualismo. A veces los chicos no se dan cuenta de que para llegar a un determinado lugar han tenido el apoyo de diferentes personas y de diferentes formas. El Equipo de la Vida favorece el pensar de forma comunitaria y el reconocimiento de la ayuda que, en mayor o menor medida, se ha recibido (de ahí las diferentes partes del Equipo de cada chico).

Para introducir esta parte es conveniente romper el clima de silencio que puede generarse entre los adolescentes, preguntando acerca del deporte en cuestión. ¿Cómo se suelen celebrar los goles en vuestros pueblos y ciudades? ¿Cómo lo celebran en vuestro barrio o instituto?

Por supuesto, además de decir cuáles son esas formas de celebración, por lo general los chicos la actúan. Es decir, se abrazan los unos a los otros, saltan, cantan el “campeones”, corren hacia la grada, etc.

Una vez que se ha bajado un poco el ánimo de la demostración de cómo se celebran los goles en sus contextos, se les pregunta acerca de cuál sería alguno de los goles que ya ha marcado su equipo últimamente. Se enfatiza la idea del equipo y las pequeñas partes que cada uno de los miembros de ese equipo puso en juego para lograr esa meta. Desde la perspectiva de la terapia narrativa comunitaria interesa empoderar al equipo.

Se puede sugerir que, en términos generales, se escuchan las historias que los chicos tienen que contar, en la mayoría de las ocasiones acompañados de preguntas de quien conduce el Equipo de la vida, y después se les pide que dibujen ese gol en la hoja donde han dibujado su Equipo y, por supuesto, más preguntas que conducen el proceso. Preguntas como:

¿Dónde situarías a tu madre? ¿Dónde estarías tú? ¿Quién le da la pelota a tu padre? ¿Quién más estaba pendiente de la jugada? ¿Había alguien fuera del campo que estaba apoyando de manera especial? ¿Quién podría haber pasado desapercibido, pero sin embargo sin su pequeña contribución no se hubiera podido conseguir el gol? ¿Cuáles son algunas de las habilidades que tuvieron que mostrar las personas que has dibujado en el campo para que consiguierais ese gol? ¿Qué valores o prin-

cipios sostuvieron al equipo para llegar a conseguir ese gol? ¿De dónde han surgido esos valores o principios? ¿De quién los habéis aprendido? Si tuvieras que seguir manteniendo en alto esos valores, principios y habilidades ¿tendrías que entrenar mucho o poco con tu equipo? ¿Cómo sería ese entrenamiento?

Por ejemplo, en el Equipo de la Vida contra la rabia mencionado arriba, se ve en líneas punteadas como el gol parte desde la portería donde está mamá, y después circula en la defensa, va al medio campo donde está su amigo Gonzalo y a la derecha estaría el chico, que avanza desde el medio campo hasta la delantera y marca el gol a la rabia. En este caso, la madre, junto con sus amigos, ayudan al chico a marcar el gol y actúan juntos para dejar de escuchar a la afición de la rabia y a ella misma.

Como dice Denborough en sus talleres del Equipo de la vida, no puede quedar sólo en algo contado sino que debe ser actuado. Así que se puede elegir a otros chicos que actúen como la madre, el padre, la amiga, el amigo, el vecino, etc. y se representa el gol en directo con toda la celebración pertinente que conlleva el caso. Esta celebración es planificada de antemano, un momento antes de actuar el gol, para coordinarse en la forma de celebración que prefieren.

Parte 4: Mirando hacia delante. Goles futuros

Sólo después de poner de manifiesto la existencia de logros compartidos se puede mirar al futuro buscando nuevos logros, nuevos goles que se conseguirán con el apoyo del equipo.

Para ello se realizan preguntas a los chicos, que pueden ser también realizadas en entrevista individual, acerca de los objetivos que se plantean a partir de lo que ya ha sucedido.

¿Cuáles son algunos de los objetivos que te planteas conseguir con tu equipo?

¿Cuál va a ser el primer paso que vas a dar ahora que has descubierto que ya has conseguido metas importantes con la ayuda de tu equipo?

¿Cómo vas a capacitarte tú y tu equipo para lograr esto que te estás proponiendo?

¿Quién o quienes van a estar involucrados en este primer paso?

¿Con quién o quienes seguirás contando para seguir avanzando en conseguir tus goles?

¿Qué valores y capacidades vas a seguir usando de entre las que me has contado?

¿Crees que tienes que emplear alguna nueva habilidad? Si es así, ¿de quién has aprendido que esa habilidad puede ser útil?

Etc.

Parte 5: Ceremonia de definición

La parte final, o quizás es el principio de muchas otras acciones, es lo que Michael White (1997) denominó prácticas de testigos externos, tomado del concepto de Ceremonia de Definición de Myerhoff (1982).

No solo utilizamos la ceremonia de definición en los momentos de realización

del Equipo de la Vida, sino que también lo hacemos cuando los chicos se emancipan del piso tutelado y cuando han terminado el cumplimiento de la medida judicial. En cualquier caso, se plantea la utilidad de realizarla cuando los chicos y las chicas van a dejar el recurso.

Estas ceremonias se entienden como un ritual de reconocimiento de las vidas de las personas en contraposición con muchos rituales que las juzgan y las degradan. Proveen la opción de contar o actuar las historias de sus vidas ante una audiencia cuidadosamente elegida como testigos externos que responden a las historias que escuchan con un re-contar de las mismas conformadas por una tradición específica de reconocimiento (White, 2007, p. 165).

En este caso, todos los miembros del piso, chicos y chicas por igual junto con los educadores y educadoras están presentes como audiencia, aunque no todos harán de testigos externos. Los chicos que han realizado su equipo de la vida lo compartirán con la audiencia mediante la entrevista del facilitador, quién también se encargará de rescatar las historias preferidas de los chicos, y las historias de las acciones de resistencia que reflejan aquello que los chicos valoran. Por lo general, se le pide al chico que va a ocupar el centro de la ceremonia que elija a uno/a de sus educadores/as para que actúe como testigo externo. Es una manera de seguir reforzando que las metas que se han ido consiguiendo dentro de los pisos, también han sido colectivas.

A veces, cuando alguno de los chicos o chicas ya han pasado por alguna ceremonia de definición se les puede pedir que participen como testigos externos, en especial cuando han tenido una relación muy estrecha con quien ocupa el centro de la ceremonia.

En muchas ocasiones, es especialmente importante que sea una mujer (educadora o compañera) la que responda a las preguntas de la ceremonia de definición, para seguir deconstruyendo el concepto de masculinidad en los chicos que participaron del equipo de la vida.

Se siguen las cuatro categorías de preguntas clásicas de una ceremonia de definición (Markey, 2009; White, 2005, 2007): describir la expresión, describir la imagen, resonancia personal y transposición.

Es muy frecuente observar cómo los testimonios de los jóvenes son muy poderosos para los que escuchan. Por esta razón, se procura que todos los miembros del recurso formen parte de la ceremonia, aunque sólo sea en esa posición de escucha.

A modo de reflexión: consideraciones acerca de la masculinidad en los chicos de pisos de acogida y de medidas judiciales a través del equipo de la vida

Probablemente, el fútbol sea el deporte que más representa lo que Connell (1995, 1996) denomina masculinidad hegemónica, en el sentido de una masculinidad que ostenta la situación de supremacía. Los equipos de fútbol femenino han quedado tradicionalmente relegados a un segundo plano y, de esta forma, el fútbol

ha representado el patrón de masculinidad más validado en nuestra cultura.

Sin embargo, esta no es la única historia que se desprende del fútbol. También hay muchas historias que conectan con el amor, el cuidado, la protección, el trabajo en equipo, la celebración, etc.

De este modo, quedaría de manifiesto la doble historia en el fútbol. Existe una historia subordinada que puede contradecir a la historia hegemónica y facilitar otras formas de entendimiento de la metáfora del fútbol utilizada en el equipo de la vida. Por supuesto, siempre se debe tener gran cuidado en no replicar modelos hegemónicos de masculinidad.

Por tanto, otro objetivo del Equipo de la Vida será rescatar masculinidades alternativas, algo coincidente con lo que plantea la terapia narrativa individual donde se busca rescatar las historias alternativas de la persona que quedaron subyugadas por las historias hegemónicas del problema.

Una forma de co-construir masculinidades alternativas es ofrecer referentes diferentes y la necesidad de colaborar con el equipo para conseguir las metas. Ya de por sí, el hecho de romper con la individualidad y presentar la necesidad de la colaboración es una masculinidad diferente a la hegemónica, la cual preconiza el “todo lo puedo por mí mismo” como forma de “ser un hombre”. Así mismo, dentro del equipo de la vida aparecen las madres, las hermanas, las abuelas, las amigas, las educadoras, etc. y es celebrada la asistencia en los goles de todas y cada una de ellas. La contribución que ellas han hecho a la vida de los chicos de los pisos y viceversa ofrecen un modelo de masculinidad diferente, enfatizando la importancia de los valores y los principios colectivos.

El hecho de que las chicas participen en la ceremonia de definición no implica que no se hayan buscado oportunidades de colaboración entre ellas y los chicos antes. En el día a día de un piso tutelado o de medidas judiciales, se ofrecen múltiples posibilidades de deconstruir el lenguaje de la masculinidad hegemónica, muchas veces presentes también en las propias chicas. Las educadoras se encargan de crear actividades en las que los chicos y las chicas tienen que colaborar para conseguir los objetivos que se les marquen.

A través del equipo de la vida se hace posible que los chicos hablen de un modo diferente al que suele hablarse en un bar cuando hay un partido de fútbol. Se crea el espacio para hablar de cosas que no son consideradas masculinas desde la posición hegemónica, como son los valores, las esperanzas o los sueños y como es la conexión con personas significativas para conseguir metas en la vida. Se usa un lenguaje no individualista y un punto de vista comunitario para redefinir sus identidades como parte de un equipo donde las mujeres toman un papel relevante.

La dicotomía masculina-femenina sustentada por los roles y estereotipos de género, mantiene la habilidad instrumental del varón, junto con la idea de ser fuerte y racional, frente a la afectividad de la mujer, además de ser débil y frágil (Montesinos, 2002). Con el equipo de la vida rompemos esta dicotomía creando contextos en el que se ensalce el sentido de orgullo y dignidad ante las acciones

instrumentales de las mujeres fuertes y racionales que forman parte de nuestros equipos. A la vez, se favorece el hablar de la afectividad, el cariño y el cuidado que poseen los chicos y mostrando su necesidad de acompañamiento, ayuda y expresividad de afecto.

Las relaciones entre todos y cada uno de los miembros de los pisos y de las personas que forman parte de cada uno de sus equipos también se ven fortalecidas.

Así es como el proceso del Equipo de la Vida y el uso de la metáfora del fútbol, busca obtener identidades consonantes con una ética masculina alternativa alejada del individualismo, la dominación y el control en los chicos de pisos tutelados o de medidas judiciales.

Referencias Bibliográficas

- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.
- Denborough, D. (2012). The team of life with Young men from refugee backgrounds. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2, 44-53.
- Ceballos, M. (2012). Indicadores aplicados a la visión dominante de la masculinidad por adolescentes de educación secundaria: la importancia del “deber ser” hombre. *Ultima década*, 20(36), 141-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362012000100007>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.
- Connell, R. W. (1996). Teaching the boys: New research on masculinity, and gender strategies for schools. *Teachers College Record*, 98(2), 206-235.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Markey, C. (2009). Outsider witness responses (the retelling of the telling). Categories of response. En Dulwich Centre, *Workshop of the International Course of Narrative Therapy and Community Work 2009/10*. Curso realizado en el Dulwich Centre, Adelaide, Australia.
- Montesinos, R. (2002). *Las rutas de la masculinidad: ensayos sobre el cambio cultural y el mundo moderno*. Barcelona, España: Gedisa.
- Myerhoff, B. (1982). Life Histor y Among the Elderly: Performance, visibility, and re-membering. En J. Ruby (Ed.), *A crack in the mirror: Reflective perspectives in anthropology* (pp. 231-247). Pennsylvania, PA: University of Pennsylvania Press.
- Ncube, N. (2006). The tree of life project: Using narrative ideas in work with vulnerable children in Southern Africa. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 3-16.
- Quevedo-Blasco, V. J., Quevedo-Blasco, R. y Bermúdez, M. P. (2009). Análisis de la motivación en la práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes. *Revista de investigación en Educación*, 6, 33-42.
- Rodríguez, V., Araya, G. y Salazar, W. (2007). Efecto agudo de una sesión de improvisación teatral y de fútbol sala en el estado de ánimo de adolescentes privados de libertad del centro de formación Zurquí. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5(1), 47-54.
- White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. (2005). *Michael White Workshop Notes*. Recuperado septiembre 21, 2005 de: <https://dulwichcentre.com.au/wp-content/uploads/2014/01/michael-white-workshop-notes.pdf>
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. Nueva York, NY: Norton.
- White, M. (2011). *Narrative Practice: Continuing the Conversations*. Nueva York, NY: Norton.

LA CARTA RELACIONAL EN TERAPIA DE PAREJA: UN RECURSO NARRATIVO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA Y EL BIENESTAR INTERPERSONAL

THE RELATIONAL LETTER IN COUPLE THERAPY: A NARRATIVE RESOURCE FOR THE RECONSTRUCTION OF INTERPERSONAL ETHICS AND WELFARE

Adrián Montesano

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universitat Oberta de Catalunya. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9201-8694>

Ottar Ness

Faculty of Social and Educational Sciences,
Norwegian University of Science and Technology. Trondheim, Norway
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7322-2227>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Montesano, A. y Ness O. (2019). La carta relacional en terapia de pareja: Un recurso narrativo para la reconstrucción de la ética y el bienestar interpersonal. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 107-128. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.323>

Resumen

Este trabajo está íntegramente dedicado a explicar un recurso técnico en terapia de pareja: la carta relacional. Se trata de una herramienta surgida de la terapia narrativa, que está diseñada para revitalizar la ética relacional de las parejas mediante una intervención breve que consta de dos entrevistas y una tarea escrita. En el texto, se explica primero el origen de la técnica y su base teórica. Después, se describe cómo llevar a cabo el proceso con instrucciones específicas paso a paso. En un tercer apartado, se reflexiona sobre el potencial de la técnica para generar cambio relacional y los mecanismos de funcionamiento involucrados. Se presenta también un estudio de caso en el que se analiza el impacto de la técnica en el bienestar de la pareja. Por último, se discuten las limitaciones del procedimiento y se señalan futuras líneas de desarrollo.

Palabras clave: *ética relacional, terapia de pareja, terapia narrativa, terapia sistémica, técnicas de psicoterapia.*

Abstract

This paper is entirely focused on a specific therapeutic resource in couple therapy: the relational letter. This is a tool, that emerged from narrative therapy, designed to revitalise couples' relational ethics and consists of two interviews and a writing task. First, the origin of the technique and its theoretical basis are explained. Then, we describe how to carry out the process with specific step-by-step instructions. In a third section, we reflect on the potential of the technique to generate relational change and the mechanisms involved. A brief case study is also presented, analyzing the impact of the technique on the couple's welfare. Finally, the limitations of the procedure are discussed and future lines of development are outlined.

Keywords: *relational ethics, couple therapy, narrative therapy, systemic therapy, techniques of psychotherapy.*

Fecha de recepción: 8 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 24 de julio de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: amontesano@uoc.edu

Dirección postal: Rambla del Poblenou, 156. 08018 Barcelona

© 2019 Revista de Psicoterapia



Considere el lector las siguientes situaciones en el contexto terapéutico:

Una pareja se presenta en terapia para darle “una última oportunidad a la relación” dadas sus continuas discusiones y desacuerdos. Ambos miembros de la pareja muestran buenas intenciones para resolver sus desavenencias, sin embargo, a medida que las primeras sesiones avanzan, se torna más difícil tomar el control de la conversación. La mayor parte del tiempo de la sesión está ocupada con reproches mutuos y quejas históricas que se repiten una y otra vez con diferentes formatos. Los intentos de la terapeuta para frenar las escaladas y reorientar la conversación desembocan en más quejas y acusaciones. La sensación de desentendimiento y frustración se apodera de la terapia.

Unos padres separados comparten la custodia de sus hijos, pero mantienen una guerra entre ellos que impide la coordinación parental. Los criterios educativos de ambas casas se interfieren entre sí y los padres se acusan mutuamente de las malas maneras del otro. Los hijos se encuentran atrapados entre los conflictos de sus padres y sienten que se espera que tomen partido por uno de los bandos. A menudo, las necesidades de los hijos se ven desplazadas por el conflicto entre los padres que, enrocados en su punto de vista, pierden la perspectiva de lo importante.

Una pareja heterosexual se enfrenta al impacto de haber sufrido una infidelidad por parte de ella. Ambos miembros tienen claro que desean continuar juntos. Las entrevistas iniciales ayudan a clarificar las circunstancias de la infidelidad y a mitigar el impacto emocional. Sin embargo, el resentimiento de él sigue presente e impide, a pesar de sus buenas intenciones, cualquier intento de reparación por parte de ella. Bajo el signo del rencor, no hay proyecto de pareja que parezca viable en un futuro próximo. La terapia no consigue pasar de fase.

Si el lector dispone de alguna experiencia profesional, probablemente haya enfrentado este tipo de situaciones, u otras similares, con mayor o menor éxito, número de sesiones, y pericia técnica. Quizás ha sabido sortearlas grácilmente gracias a su sentido común, pero no sería extraño que alguna de estas parejas hubiese decidido abandonar la terapia dejando, a su paso, un sentimiento de fracaso tanto para la pareja como para el/ la terapeuta. Ciertamente, la Terapia de Pareja (TP) es una modalidad terapéutica que reviste gran complejidad. De hecho, ha sido definida como posiblemente la modalidad de terapia más difícil, por sus intrínquilos técnicos, relacionales y hasta éticos. Por eso, es muy recomendable contar con recursos específicos que nos permitan soslayar situaciones de escalada, descalificación, caoticidad, estancamiento o cronificación, tan comunes en la TP (Montesano, 2015). En este artículo vamos a describir la técnica de la carta relacional, recientemente desarrollada en el marco de la terapia narrativa, que puede ser de ayuda en una gran variedad de situaciones como las aquí presentadas. Si nos fijamos, en los tres casos esbozados, sería muy útil una herramienta que nos permitiese reconstruir la ética relacional de la pareja, repescando valores y significados importantes en su historia para ganar un terreno común desde el que orientar el cambio relacional deseado. La técnica de la carta relacional esta precisamente orientada a suscitar dicha reconstrucción

de la ética en las parejas, contrarrestando el conflicto y la polarización.

Ciertamente, el bienestar y la ética relacional se ven desplazadas cuando una pareja está bajo el influjo de un conflicto. Pero también es cierto que la propia estructura socioeconómica de nuestra cultura occidental no está pensada para que dediquemos tiempo a cuidar y disfrutar de nuestros vínculos amorosos y sexuales ni a reflexionar sobre la ética implícita en dichas relaciones. Permítame el lector quedarme un par de párrafos más en esta idea antes de empezar a explicar la técnica.

Socialmente, hemos pasado de una moral sexual y amorosa basada en dogmas religiosos, a considerar que estos asuntos pertenecen al ámbito privado, adoptando una posición de “individualismo aséptico” que parece no precisar de ética alguna (López, 2015). Es decir, nos hemos liberado en buena parte de la moral represiva político-religiosa, pero el reto actual pasa por superar la visión individualista y consumista de las relaciones que propone la sociedad liberal. El amor y el sexo se consumen, y mucho, como producto, como expectativa, como medio hacia la felicidad individual, hasta como obligación; pero apenas se viven con el tiempo y la reflexión (ética) que merecen. En este sentido, el amor romántico, como producto, se ha mitificado. Al vínculo de pareja se le exige transcendencia existencial. Como argumenta Herrera (2010), “una de las ficciones más importantes que proyecta el amor es la del cese de ese doloroso sentimiento de soledad que nos acompaña a todos desde la caída de las grandes construcciones sociales como la religión o la clase social” (p. 21). Así, el amor en pareja es vivido como una tabla de salvación, como una “utopía emocional” de la posmodernidad (Herrera, 2010) que, sin embargo, está llena de imprecisiones, idealismos y trampas que someten a las parejas a la tiránica falacia del amor romántico.

Por otro lado, la posmodernidad ha desacralizado la familia como institución y el vínculo de pareja se ha convertido en una estructura más flexible y líquida que nunca, en continuo proceso de redefinición. El modelo tradicional ha fracasado para las nuevas generaciones, que han optado por volver a poner de manifiesto la multiplicidad de formulas en las que es posible ser pareja, así como la diversidad de modos en los que se puede expresar la sexualidad. Al mismo tiempo, esta libertad relacional les ha desprovisto de certidumbre y de mapas con los que orientarse. No es de extrañar que los hombres y las mujeres posmodernas se sientan con frecuencia sumidos en una gran confusión con respecto a sus relaciones (crisis del modelo tradicional), al papel que en ellas ocupan (crisis de género), y a cómo afrontar las desavenencias, desacuerdos y tensiones que impone el propio devenir del ciclo vital de la pareja (crisis de ética).

Frente a este panorama, cabe preguntarse ¿Cómo los profesionales pueden ayudar a las parejas a liberarse de las trampas del amor romántico? ¿Cómo facilitar que puedan vivir su sexualidad y sus relaciones amorosas de forma que les reporten bienestar mutuo y que les permita gozar más de la vida? Una contra-práctica al discurso del “individualismo aséptico” y la falacia del amor romántico como “utopía emocional” es la propuesta que se realiza en este artículo: ayudar a las parejas a

(re)construir su ética relacional. Al hablar de ética relacional, no nos referimos a imponer una serie de creencias sobre cómo deben ser las relaciones o sobre cómo deben comportarse hombres y mujeres, ni tampoco a prescribir ciertas fórmulas de comunicarse que se consideran mejores o más saludables. Más bien se trata de ayudar a las parejas a que agudicen su conciencia relacional y que puedan “conversar” con su relación para decidir conjuntamente de que forma les parece más inteligente relacionarse con su relación.

Para explicar la técnica hemos dividido el texto de la siguiente manera. Primero esbozamos brevemente cuál es su base teórica. Después, describimos paso a paso cómo llevarla a cabo, dando indicaciones precisas para cada una de sus fases. En un tercer apartado reflexionamos sobre por qué consideramos que la técnica tiene un gran potencial para generar cambio relacional y cuáles son los mecanismos involucrados. Presentamos, además, el caso de una pareja superviviente al cáncer de mama, analizando el impacto de la técnica en su bienestar. En el último apartado se comentan sus principales virtudes, sus limitaciones, y algunos posibles desarrollos futuros.

1. ORIGEN Y CONTEXTO TEÓRICO DE LA TÉCNICA

La técnica de la carta relacional proviene de la terapia narrativa y su legado sobre la escritura de documentos terapéuticos. La escritura de cartas, certificados y documentos es uno de los procedimientos más sustantivos y diferenciales que la terapia narrativa ha aportado a la psicoterapia. Tras la publicación de la obra *Medios narrativos para fines terapéuticos* (White y Epston, 1990), muchos terapeutas, especialmente sistémicos y narrativos, se han hecho eco de estas prácticas y las han incorporado en su repertorio tanto con población infantojuvenil como con adultos. Se han descrito diferentes tipologías de documentos terapéuticos que dan respuesta a una amplia variedad de situaciones en las distintas fases de la terapia (García-Martínez, 2012; Linares, Pubill y Ramos, 2005; Madigan, 2019; Montesano, Muñoz, Feixas y Compañ, 2012; White y Epston, 1990).

Si bien es cierto que la gran mayoría de cartas y documentos descritos en la literatura son aplicables también en el marco de la TP, también es verdad que apenas existen procedimientos específicos para las parejas. El foco de la terapia narrativa y sus prácticas asociadas se ha centrado más en la terapia individual, familiar o comunitaria que en la TP en sí. Algunas contribuciones se pueden encontrar en los escritos del propio White (2004, 2011), y de otros autores relevantes como Freedman y Combs (2002). Sin embargo, la contribución más reciente y específicamente orientada al trabajo con parejas desde el marco de la terapia narrativa es la propuesta de Stephen Madigan (2017, 2019) denominada *La entrevista relacional informada por la terapia narrativa para parejas de alta conflictividad*. Es precisamente dentro de esta propuesta que surge el recurso terapéutico de *La carta relacional* que abordamos en este artículo.

En efecto, en la propuesta de Madigan, la carta es solo una parte de un pro-

cedimiento más amplio de entrevistas. Dicho procedimiento está específicamente diseñado para (ex)parejas que mantienen un nivel de conflictividad muy elevado, con procesos judiciales abiertos o en vías de iniciarlos. Más concretamente, el objetivo principal de la entrevista relacional radica en preparar emocionalmente a las parejas antes de iniciar procesos de mediación, separación o divorcio (o reunificación), de modo que puedan afrontar mejor las prácticas involucradas en los procesos legales. Sin duda, esta es una aportación sustancial de calado social. El lector interesado en conocer con más profundidad la entrevista puede consultar la referencia proporcionada. Para lo que nos concierne en este artículo basta con saber que la entrevista se desarrolla en una serie de fases que pueden resumirse en tres puntos clave:

- 1. Reconstrucción de la ética relacional antes de la deconstrucción del problema:** la entrevista relacional se basa en la idea de que para poder ayudar mejor a las (ex)parejas con altos niveles de conflictividad, conviene empezar por reconectar a la pareja con la ética relacional que un día fue importante para su relación antes de iniciar ningún tipo de movimiento para deconstruir el problema. Se trata de ayudar a la relación a que vuelva a experimentar la ética y los valores de su vida relacional anterior, así como sus prácticas que permitieron a la relación vivir libre del conflicto presente. Así pues, la narrativa del conflicto queda relegada y el esfuerzo se centra en un andamiaje que permita detallar los valores de la pareja y sus prácticas asociadas. Después, se invita a la pareja a realizar contrastes y reflexionar críticamente sobre la diferencia entre su relación basada en valores y su relación basada en el conflicto. De esta manera, se ayuda a la pareja a imaginar un posible futuro relacional guiado por la restauración de la ética relacional.
- 2. Contextualización del fracaso y el duelo compartido:** en una segunda fase de la terapia la conversación se focaliza en ampliar la visión individualista de las relaciones íntimas para incluir todas las influencias que el contexto y la cultura tienen en la relación de pareja (trabajo, hijos, familia extensa, amigos, etc.) y que han contribuido en la situación que afronta. Dicho de otra manera, se trata de deconstruir la idea de que una ruptura es un fracaso individual, para contextualizarlo relacional y culturalmente. A menudo, estas conversaciones ayudan a la pareja separada a experimentar el duelo por la pérdida de la relación de forma compartida. Una práctica, por cierto, nada habitual en nuestra cultura (ya que se entiende que el duelo por una ruptura lo tiene que sufrir cada uno por separado), y que, sin embargo, ayuda a las parejas separadas a mantener la cordialidad y el entendimiento en su coordinación parental posterior.
- 3. Construcción de documentos éticos:** Un tercer pilar de este enfoque se asienta sobre la construcción de documentos éticos relacionales (testimonios, contradocumentos, la carta relacional, etc.) que ayuden a la relación

a establecer una “guía de buenas prácticas” sobre cómo los problemas pasados y futuros, y las narrativas legales (mediación, acuerdos de separación, historia comunitaria de la familia, etc.) se discutirán en el futuro.

Así pues, la carta relacional forma parte de este tercer pilar de la entrevista relacional de Madigan. No obstante, puesto que es un procedimiento discreto y estructurado que conlleva una serie de acciones susceptibles de ser descritas y secuenciadas, esta práctica tiene un enorme potencial para ser aplicada desde otros enfoques afines sin que sea necesario seguir el enfoque original. Incluso hasta puede ser usada de forma independiente, como intervención preventiva breve, para incrementar el bienestar emocional y fomentar el entendimiento interpersonal a nivel comunitario.

2. LA PRÁCTICA DE LA CARTA RELACIONAL: PASOS A SEGUIR

Ya hemos comentado que se trata de un tipo de documento terapéutico que se construye entre el terapeuta y la pareja, y que sirve para reconectar a la pareja. Concretamente, lo que se hace es activar un intercambio epistolar entre el terapeuta y la relación, mediado por los miembros de la pareja. Es decir, el terapeuta escribe primero una carta a la relación, externalizada como un tercero con entidad propia, y los miembros de la pareja escriben como si fuese la relación la que responde. Esta es una de las cuestiones clave de la técnica: darle a la relación entidad y voz propia, y hacerla opinar. ¿Acaso no es esta una buena forma de ayudar a las personas a pensar más relacionalmente sus relaciones?

La carta puede escribirse en distintos momentos de la terapia y con diferentes fines. La recomendación original es que se utilice en la fase inicial de la terapia para reconectar a la pareja, de forma que sea más fácil después enfocar la terapia y la disolución/ deconstrucción de la pauta problemática (reconstrucción antes de la deconstrucción). Pero también puede utilizarse en las fases avanzadas de la terapia. De hecho, en la experiencia acumulada dentro del *Máster en terapia sexual y de pareja* de la Universidad de Barcelona, la hemos utilizado más en fases avanzadas que como recurso inicial. Por ejemplo, utilizamos la carta relacional en el medio de la terapia cuando nos encontramos en una situación de no cambio o de fuerte ambivalencia, como recurso para romper el bloqueo producido por patrones problemáticos demasiado persistentes. En otras ocasiones, introducimos la técnica hacia el final de la terapia para reforzar las dinámicas relacionales alternativas emergentes, o incluso, a veces, como carta de cierre de la terapia. En otras ocasiones hemos utilizado la técnica como única intervención, en el contexto de parejas que desean incrementar su bienestar de pareja sin que haya una demanda de terapia (véase ejemplo apartado 4).

El lector ya se habrá percatado de que no se trata de un procedimiento simple o estático que pueda aplicarse de forma estandarizada como otro tipo de técnicas (i.e., la prescripción invariable, pregunta sobre cambios pre-sesión, etc.), sino de

un proceso relacional entre el triángulo terapeuta, pareja y relación, que requiere de un conjunto de acciones secuenciadas. Concretamente, la técnica requiere de dos entrevistas y una tarea escrita. Con fines didácticos vamos a dividir el proceso en cuatro pasos:

1º Entrevista sobre la historia de amor y la ética relacional

La carta que escribe el terapeuta a la relación suele darse a la pareja al final de una entrevista o más tarde por correo. El objetivo de esta entrevista previa es generar el contexto narrativo adecuado entre los miembros de la pareja para fomentar la reconexión ética y emocional. Es decir, necesitamos que la pareja rememore su patrimonio relacional (Campo, 2014), entendido como la experiencia relacional positiva acumulada por la pareja, y los valores más relevantes de su relación. Un guion detallado de la entrevista sobre la historia de amor y la ética relacional de la pareja puede encontrarse en Montesano, Izu y Campo (2018), pero pueden adaptarse otros formatos. Lo más importante es que la entrevista cubra los siguientes objetivos:

- A. Explorar la historia de amor de la pareja de forma cronológica desde los primeros encuentros hasta el momento actual, haciendo balances cualitativos de cada fase, especialmente de los primeros encuentros.
- B. Conocer la ética relacional en la que se fundamentó y/o se fundamenta la relación, así como los valores y proyectos eclipsados actualmente por el problema/ conflicto.
- C. Apreciar el patrimonio relacional acumulado de la pareja y los patrones de interacción de bienestar más valorados.
- D. Suscitar y hacer circular la experiencia emocional interna de cada miembro en el proceso de contar el relato de su historia de amor.

Si nos encontramos en la fase inicial de la terapia, será necesario hacer alguna maniobra para poder dejar aparcada, al menos temporalmente, la historia del problema. Es habitual que en el inicio la pareja quiera y entienda que lo que tiene que hacer es contar cuál es el problema. Pueden dejarse unos minutos iniciales para hacer una síntesis del mismo, pero después se debe introducir un marcador conversacional que permita relegar la historia del problema y dar paso al tipo de entrevista que queremos realizar (reconstrucción antes de la deconstrucción). En el caso de que la carta relacional se haga en fases más avanzadas, el contenido de la carta se ajustará según el propio desarrollo de la terapia, teniendo igualmente en cuenta lo que el o la terapeuta haya podido conocer de la ética relacional de la pareja en el transcurso de la terapia. En cualquier caso, al final de la entrevista el terapeuta entrega a la pareja una carta que deben leer en sesión. La plantilla de esta primera carta se muestra en el siguiente apartado.

2º Carta del terapeuta a la relación

La extensión y nivel de elaboración de este escrito dependerá del momento en que se decida aplicar la técnica, pero por lo general se tratará de un escrito breve

en el que se comienza un diálogo con la relación de la pareja, como un tercero externalizado, a la que se le da voz y voto en las conversaciones terapéuticas. Una plantilla básica para esta carta podría ser así:

Estimada relación de Trinidad y Tobago,

Como ya sabes hoy me he reunido con Trini y Tobi en una entrevista en la que hemos hablado bastante sobre ti, su relación. Me han contado la historia de cómo te construyeron, sus expectativas y sueños del tipo de relación que deseaban que fueras, y los valores sobre los que querían construir tus cimientos.

Como terapeuta interesado en la relación de Trini y Tobi, te escribo para preguntarte si podrías escribirles una carta desde tu punto de vista. Se trata de que tú, como su relación, puedas darles tu opinión de cómo percibes a cada uno y la forma en que se tratan entre ellos y te tratan a ti. Tal vez podrías darles tu versión de lo que tú, como su relación, necesitas para crecer, compartir con ellos algún aprendizaje sabio y, tal vez, ofrecerles una visión panorámica de cómo te gustaría que la relación evolucionase en el futuro.

Quedo atento a tu respuesta

Fdo: _____

Esta es una plantilla que, obviamente, puede adaptarse al contexto conversacional del caso específico con el que se esté trabajando. Como se ve en el ejemplo, se dan instrucciones para orientar mínimamente el contenido de la respuesta a la carta. En general, estas orientaciones son suficientes para que las parejas saquen provecho de la tarea. Ahora bien, en función del caso, se puede personalizar la orientación con preguntas más específicas que la relación deberá responder. La clave es hacer que la relación adquiera voz propia y que, a través de los miembros de la pareja, exprese sus preferencias relacionales tanto a nivel conductual como ético.

A modo de ejemplo presentamos aquí una carta enviada en un momento más avanzado de la terapia. Marta y Pablo son una pareja que acudió a terapia con la idea de que no podían seguir juntos dado el alto nivel de conflicto y desacuerdo al que habían llegado. Tras unas ocho sesiones se decidió poner en marcha el procedimiento de la carta relacional para reforzar los cambios que la pareja había conseguido. Se trata de un caso de éxito en el que la pareja había recuperado su bienestar e incluso había decidido emprender un proyecto parental. De hecho, en el momento de recibir la carta estaban ya embarazados:

Querida relación de Marta y Pablo,

Como ya sabes, hemos estado hablando bastante sobre ti con Marta y Pablo en las últimas semanas. Gracias a lo que me han contado he podido conocer más de cerca la evolución de tu historia. Recordamos especialmente cómo naciste en un ambiente salsero y festivo. Cuando decidieron alimentarte, parece que sentías mucha emoción y nervios mientras te mantenían en secreto de forma que nadie más podía saber de tu existencia. ¡Cómo

te ibas a siquiera imaginar que ibas a crecer y madurar hasta el nivel en el que te encuentras ahora! Poco a poco fuiste creciendo nutrida por los mimos y atenciones de Marta y Pablo. Hasta que tomaron la decisión de dar un paso más y llevarte con ellos a vivir.

También nos han hablado sobre cómo en algún momento de sus vidas, empezaron a descuidarte poco a poco. Parece que fruto de las peleas, y todo lo que estas desencadenaban en ellos (distancia, crítica, incomprensión, etc.), cada uno empezó a preocuparse más por sí mismo dejándote a un lado. Tanto les afectó esta pérdida que hubo un momento donde, impulsados por la tristeza y el miedo, estuvieron a punto de dejar de luchar por ti, incluso agredirte. Sin embargo, tomaron conciencia de la situación y empezaron a trabajar cada uno a su manera, prestándote más atención, para poder cubrir mejor tus necesidades y encontrar un equilibrio más justo. Les preocupa mucho tu bienestar y no quieren volver a perderte, especialmente ahora en esta nueva etapa que os espera.

Por eso, como las terapeutas de la relación de Marta y Pablo, quisiéramos pedirte que les escribas una carta desde tu punto de vista. Quizá te gustaría escribirles sobre la historia de cómo tú, su relación, has llegado hasta aquí y qué es lo que necesitas para seguir hacia delante ¿Querrías reclamarles algo? ¿Quizás ahora sea un buen momento! Aunque nos preguntamos, ¿Cuándo es tarde para hablar de sueños de futuro? Podrías hablarles de los valores con los que te han construido, como el respeto, la humildad, y la confianza. Incluso podrías compartir un poco de la sabiduría que has ido desarrollando en estos 5 años y así ofrecerles una perspectiva más clara de ese futuro como familia. ¿A qué retos crees que se tendrán que enfrentar? ¿De qué manera piensas que pueden armarse como pareja para lidiar con la parentalidad sin ponerte en riesgo? Ellos nos han hablado de los pactos y el trabajo en equipo como dos estrategias clave en este proceso que están experimentando, ¿Qué piensas al respecto? ¿Qué más podría ser de ayuda?

Un fuerte abrazo,

El Equipo de Terapia de Pareja.

3º Respuesta de cada miembro desde el punto de vista de la relación

Tras la entrega de la carta del terapeuta a la relación se emplaza a que los miembros de la pareja realicen la tarea de escribir la respuesta para la siguiente sesión/ entrevista (normalmente en un intervalo de dos semanas). Es recomendable dar la consigna de que cada miembro escriba la carta de forma independiente, sin compartirla con el otro, y que la extensión no exceda una página o página y media. La experiencia nos indica que cartas más extensas no producen resultados mejores e incluso pueden dificultar más el proceso, por complejizar demasiado el mensaje. Realmente en una carilla o carilla y media se pueden condensar mensajes

muy potentes, y resulta más eficiente para el manejo de la entrevista posterior de puesta en común así como para el entendimiento mutuo de la pareja. También es necesario dejar claro (sobre todo si uno o los dos miembros de la pareja tienen un nivel educativo bajo) que lo importante no es la retórica, sino que consigan expresar los pensamientos y sentimientos que tiene la relación con respecto a las cuestiones planteadas, sin importar ni la gramática ni la ortografía ni el estilo con el que se escriba.

Veamos la respuesta que dio Pablo, escribiendo desde el punto de vista de la relación, en respuesta a la carta que hemos mostrado en el apartado anterior:

Queridos Marta y Pablo,

En respuesta a la carta recibida pidiendo mi opinión, y con el derecho y capacidad de dar algún consejo que otro, he decidido hacer un pequeño balance y dar mi humilde opinión.

En primer lugar, me gustaría daros las gracias por haberme hecho nacer, y sobretodo crecer hasta este estado de madurez en el que me encuentro a día de hoy. Agradeceros también la decisión que tomasteis en su día de no tirar la toalla y no dejarme desaparecer. Echando la vista atrás a ese momento, y siendo sincera, me pareció un verdadero malentendido. Me explico:

- *Marta, entiendo que, debido a la soledad de aquellos días, te sintieras más liberada de obligaciones y/o de tener que dar “explicaciones”.*
- *Que esos mismos motivos, fueran quizá los que hicieron a Pablo sentirse poco querido o falto de atención y cariño.*
- *Que cuando sale vuestro maravilloso carácter es imposible que lleguéis a cualquier tipo de entendimiento. Y lo sabéis.*

Pero no por eso hacía falta llegar a semejante extremo y dejarme temblando y a puntito de desaparecer. Sois mejores que para llegar ahí. Y digo esto con toda la convicción, ya que llevo más de 5 años viendo día a día como sois en todas las situaciones que se os presentan. Por eso, me veo con el derecho de pedir os que al menos, y sin gana ninguna de que llegue mínimamente a suceder, os paréis un poco a pensar y no cometáis esos mismos errores que me hicieron pasar ese mal momento que prefiero olvidar.

Y ya que me vengo arriba dando consejos y opiniones, ahí van otros pocos más. Que sé que alguno ya lo tenéis en mente y creo que os hace falta un pequeño empujón.

A ti Marta, decirte que consigues sacar lo mejor de Pablo, día tras día, y aunque creas que él no lo valora, guardes siempre un poquito de paciencia. Te pido esto por dos motivos, tu poca mecha a la hora de empezar una pequeña discusión y lo mal que se expresa Pablo a veces debido a su excesiva simpleza. No se lo tomes tan en cuenta, porque no lo hace con ninguna malicia, no sabe ser así. Que no te sientas infravalorada si

sientes que no ve o no valora lo suficiente todo lo que haces por él. Si que lo hace, pero como ya te he dicho antes, no es falta de consideración, es falta de palabras para expresarlo. Y que sepas que hace todo lo posible por mejorarlo, pero dale cancha, ¡que todo tiene su proceso mujer! Y sabes que se esfuerza al 200% para conseguirlo.

Y a ti Pablo, que estoy muy orgullosa sobre tu evolución diaria para darle lo mejor a Marta, siempre dentro de tus posibilidades, y tu esfuerzo por mantenerme viva al igual que ella. No bajes nunca la guardia y sigue con esa lucha particular día a día, más vale dar un paso hacia delante, que no dar siete hacia atrás. Que no te calles nada si algo no te gusta, por tonto que sea, pero sin ser tan cascarrabias, ya tendrás tiempo de serlo cuando envejezcas. Que ese mismo esfuerzo seas capaz de repartirlo cuando llegue vuestra hija Sara. Y recuerda, tienes en quien apoyarte para lograrlo, la paciencia se reparte, y bien repartida no se acaba. Y que toda la ilusión y bienestar que tengas por sentirte realizado de estar haciendo lo correcto y mejor para tu relación, te sirva de motivación para la nueva aventura que se os viene encima.

Para finalizar, volver a agradeceros toda la atención y cariño que ponéis de vuestra parte para mantenerme grande y fuerte. Que no os guardo ningún rencor por haberme dado aquel susto hace casi un año ya, y que siempre hay una solución para los problemas, por difícil que os parezca. Y que espero que esta carta, pegue esos empujoncitos que faltan, y hagan sentar en vuestras cabezas todas esas cosas buenas que sabéis que tenéis y hacéis los dos.

Solo me queda despedirme de manera cariñosa, y dar recuerdos a las terapeutas que han recurrido a mí. Se agradece sentir que hay personas que te tienen en cuenta.

Un abrazo familia.

4º Puesta en común de las cartas

La última fase del proceso consiste en poner en común las cartas escritas por ambos miembros en el contexto de una entrevista conjunta. El objetivo fundamental de esta sesión consiste en que ambos miembros puedan expresar una versión refinada de sus preferencias relacionales y sus compromisos con la relación, de modo que los miembros puedan reconectarse, entenderse mejor y dibujar su futuro preferido. Para ello, es fundamental organizar adecuadamente la secuencia conversacional de lectura y comentarios sobre las cartas. La secuencia, semejante a una ceremonia de redefinición, se organiza de la siguiente manera:

- 1. Preparación:** el terapeuta realiza un primer comentario sobre si la pareja ve conveniente realizar la lectura de las cartas o no (puede ser que haya ocurrido algo significativo en el tiempo entre sesiones que impida que la pareja esté en disposición de hacer el ejercicio), y anticipa la forma en

que se va a organizar la sesión. Esta anticipación es clave ya que prepara a los miembros sobre cómo deben escuchar y responder, maximizando el efecto del intercambio de escritos.

2. **Lectura de la primera carta:** empieza leyendo uno de los miembros su carta de principio a fin mientras los demás escuchan. Si lo desea, la persona puede realizar algún comentario de cómo ha sido el proceso de escribirla, pero esto debe realizarse antes de empezar a leerla, para no interferir con el clímax suscitado por la lectura y consiguiente respuesta.
3. **Respuesta a la carta:** una vez terminada la lectura de la primera carta, se comienza entrevistando al otro miembro sobre: a) qué cosas de la carta le han despertado su curiosidad y, b) qué significado ha tenido para él o ella lo expresado por la relación en la carta. Se trata de que la persona reflexione críticamente y exprese sus emociones sobre el contenido de la carta del otro. Para ello el terapeuta debe proporcionar el andamiaje adecuado generando preguntas que faciliten la emergencia de contenido relacional. Esta parte puede durar entre 10 y 20 minutos.
4. **Respuesta a la respuesta a la carta:** después se entrevista al que ha leído la carta preguntándole sobre: a) lo que le ha despertado la curiosidad y, b) el significado que tiene para él o ella la respuesta que ha dado el compañero/a a su carta. Otros 10-15 minutos.
5. **Segunda carta y respuestas:** una vez concluida la primera carta se retoma el mismo proceso con la segunda carta. Se lee, el otro responde reflexivamente sobre lo escuchado, y el primero responde a la respuesta del otro, y todo en base a los dos vectores narrativos de respuesta: curiosidad y significado.
6. **Devolución:** por último, en función de lo suscitado, el terapeuta puede hacer un cierre respondiendo a la relación bien en forma de feedback final de la entrevista o bien mediante otra carta que resalte los aspectos que se deseen subrayar del ejercicio realizado. Por ejemplo, resaltando lo que el terapeuta ha descubierto sobre lo que piensa, siente y quiere la relación, los valores que definen más a la pareja, o el modo en que cada miembro pretende alimentarlos. En cualquier caso, es recomendable que se concreten acciones específicas. No conviene quedarse solo en el plano de la reflexión, sino que hay que bajar al panorama de la acción. La ética se actúa. Además, el tipo de valores suscitados suelen ser semejantes entre las distintas parejas (respeto, amor, cuidado, etc.), pero existen infinitas formas de llevarlos a cabo dentro de cada relación.

Será tarea del terapeuta repartir los tiempos y los turnos, pero haciendo que la sesión sea fluida y coherente en el contenido. En esta sesión lo más importante es conseguir que los efectos emocionales producidos por la escritura y lectura de las cartas sean expresados y compartidos por los miembros en un contexto de “activación relacional” y, por tanto, desde un posicionamiento anti-conflicto y anti-

individualista. A menudo, esta sesión adquiere un tono emocional muy elevado indicativo de la nuclearidad de la narrativa suscitada.

3. EFECTOS Y MECANISMOS DE FUNCIONAMIENTO

Si el proceso señalado en el anterior apartado ha evolucionado de forma correcta, se espera que:

- Se incremente el vocabulario de la pareja sobre la ética relacional y disminuya el vocabulario asociado a la culpa, el fracaso o el déficit.
- Se revitalicen los valores de amor, justicia, respeto, colaboración, etc. y disminuya el conflicto y las pautas problemáticas dominantes.
- Se adquiera una visión más relacional de la experiencia humana en detrimento de posiciones individualistas, permitiendo el entendimiento mutuo y la empatía.
- Se cree una “guía de buenas prácticas” en la que la pareja pueda basar sus interacciones futuras en contra de patrones de interacción problemáticos.
- Se ajusten las expectativas de cada miembro con respecto a la relación y su futuro desarrollo frente a las expectativas impuestas culturalmente sobre el amor romántico y la sexualidad.
- Se fortalezca significativamente la ética relacional y el proyecto de la pareja.

Viendo la lista de efectos esperados de la técnica que acabamos de señalar, alguien podría considerarla demasiado optimista o incluso dudar que la técnica en sí pueda tener efecto alguno consistiendo en sólo dos entrevistas y una tarea entre medio. En realidad, se trata de una técnica muy reciente por lo que apenas existen investigaciones acerca de su eficacia y sus mecanismos de funcionamiento. Así pues, todas las afirmaciones aquí realizadas deben entenderse como reflexiones clínico-teóricas y como hipótesis que deberán someterse a verificación. En cualquier caso, aquellos que estén familiarizados con el uso de documentos en el proceso de terapia tendrán ya una idea clara de lo impactante y eficiente que pueden resultar este tipo de prácticas si se realizan de forma adecuada. White y Epston señalaban en una de sus investigaciones informales con sus consultantes que un documento terapéutico bien construido equivale, como mínimo, a 4-5 sesiones de buena terapia (White, 1995/2002). En nuestra experiencia en el *Máster en terapia sexual y de pareja* de la Universidad de Barcelona, también hemos tenido una buena impresión del funcionamiento de la carta relacional tanto en contextos de terapia como de prevención y hemos comenzado a realizar algún estudio exploratorio para entender mejor su funcionamiento (véase apartado 4).

Por el momento nuestra impresión es que hay diversas formas de entender el proceso en virtud del cual la carta relacional puede ser de ayuda a las parejas que nos consultan. Una de las razones fundamentales de su efectividad reside en que permite a los miembros adoptar una POSICIÓN *meta* con respecto a la relación. El hecho de que los miembros de la pareja pongan voz a su relación, parece facilitar

que se adopte esta metaperspectiva. Precisamente, la investigación sobre el cambio narrativo en psicoterapia ha mostrado que este componente, la perspectiva meta, es uno de los marcadores narrativos de cambio principales que permiten diferenciar los casos de éxito de los de fracaso (Montesano, Gonçalves y Feixas, 2017; Montesano, Oliveira y Gonçalves, 2017; Gonçalves et al., 2017). Por tanto, nuestra idea es que la carta relacional puede funcionar como un andamiaje para conseguir este tipo de reposicionamiento que, a la postre, redundará en un cambio relacional hacia un mayor bienestar. Obtener una posición meta en las relaciones resulta ser, por lo general, una tarea difícil, pero mucho más aún en el contexto de una relación conflictuada, dado que la identidad personal se ve fuertemente comprometida. Bajo la influencia del conflicto, lo común es que se polaricen las posturas individuales haciendo que sea más difícil tomar distancia de la situación. La carta relacional, en cambio, es un tipo de ejercicio que ayuda a las personas a tener una actitud colaborativa, evitando la polarización y facilitando que las personas adopten una perspectiva meta sobre la relación que mantienen con su relación.

La efectividad de la técnica también puede leerse en términos de la relación terapéutica que, como es sabido, es el factor común con más peso para explicar el cambio en psicoterapia. La naturaleza de la alianza terapéutica en el marco de la TP es muy específica y se ha establecido que el componente más relevante es la llamada "alianza intrasistema" o sentido de compartir el propósito de la terapia entre ambos miembros (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006; Montesano, Feixas, Muñoz y Compañ, 2014; Montesano e Izu, 2016). Pareciera que el uso de la carta relacional FAVORECE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTE TIPO DE ALIANZA por dos razones. Por un lado, ayuda al terapeuta a entender que su cliente es la relación y no tanto sus miembros de forma individual. Por otro, evita que la pareja entienda la terapia como un "tribunal" donde el terapeuta es el juez en el que cada uno debe "defender su caso", y pueden centrar sus esfuerzos en trabajar de forma colaborativa. En otras palabras, la carta relacional mejora la alianza terapéutica en el contexto de la TP porque focaliza la terapia en la relación que mantienen los miembros de la pareja con el bienestar de su propia relación.

Otro de los factores involucrados en el éxito de la técnica puede estar relacionado con el ejercicio de escritura en sí. Es conocido que la escritura expresiva (Pennebaker, 1997) tienen un efecto importante sobre el estrés y el bienestar psicológico de las personas. Así pues, el hecho de que las personas escriban sobre su relación puede generar un efecto de alivio en los miembros de la pareja. Aun así, hay que tener en cuenta que el procedimiento de la escritura expresiva y el de la carta relacional difiere notablemente. Mientras que la escritura de la carta relacional se realiza una sola vez y el contenido se estructura de una forma determinada (desde el punto de vista de la relación y focalizado sobre todo en lo positivo), la escritura expresiva debe realizarse de forma más espontánea, repetida y centrada en el trauma. En cualquier caso, lo que sí parecen compartir ambos procedimientos es el hecho de usar LA ESCRITURA COMO VEHÍCULO PARA PROCESAR LA EXPERIENCIA desde un

ángulo diferente, que favorezca la emergencia de una narrativa más satisfactoria con las intenciones de las personas con sus vidas.

Lo que, a nuestro juicio, también es un factor especialmente relevante para entender el impacto de la técnica es EL TIPO DE CONTENIDO RELACIONAL QUE SE GENERA entre los miembros de la pareja. En este sentido creemos que hay dos aspectos que se solapan. Por un lado, en el proceso de la carta relacional las parejas se ven interpeladas para pensar de forma más relacional y circular sus interacciones, enriqueciendo el entendimiento interpersonal, tanto en un nivel puramente conductual como en niveles más profundos de la experiencia como el emocional o la construcción de significados compartidos. En estudios recientes, este elemento ha sido identificado como un factor común de cambio específico de la TP (Davis, Lebow y Sprenkle, 2012; Salla Vilaregut, Montesano, Paz y Feixas, 2016).

Paralelamente, no se puede obviar que el entendimiento interpersonal activado por la técnica se sustenta sobre la base de la (re)construcción de la ética relacional de la pareja. Nótese que el contenido de la entrevista previa y el de las cartas, gravita en torno a los valores que son importantes para la pareja y cómo estos pueden guiarles en sus acciones presentes y futuras. La revitalización de la ética relacional es probablemente el factor más relevante de los aquí nombrados, al menos desde un punto de vista sociocultural. Estamos de acuerdo con López (2015) en que en la actualidad existe una gran confusión sobre la ética de las relaciones sexuales y amorosas. Cierto es que nunca en la historia, se había producido un cambio tan radical en las concepciones socioculturales de la pareja. Como se ha señalado al principio del artículo, hemos pasado de una sociedad en la que las relaciones estaban rígidamente definidas por la moral religiosa a un “individualismo aséptico” en el que las relaciones pertenecen al ámbito de lo privado sin que parezca que pueda configurarse ninguna ética al respecto. Como señala López, la ética no consiste en adoctrinar sino en argumentar. Así pues, la carta relacional y las conversaciones suscitadas en torno a ella son una oportunidad para argumentar y hacer a las personas y a las relaciones más conscientes de sus propias intenciones, valores y necesidades.

4. EJEMPLO DEL IMPACTO DE LA CARTA RELACIONAL: CARMEN Y LUIS

Carmen (59) y Luis (57), son una pareja que participó de forma voluntaria en nuestro programa de investigación sobre terapia sexual y de pareja. Accedieron a ser entrevistados para realizar el ejercicio de la carta relacional y evaluar su impacto. Se trata, por tanto, de una pareja que no demandaba ninguna consulta profesional, sino que fue captada por nuestro equipo de investigación. La pareja atesora 13 años de relación y 7 de convivencia y ambos tienen hijos de parejas anteriores. Carmen y Luis son supervivientes de un cáncer de mama. Cuando le detectaron la enfermedad a Carmen, el tumor ya se había extendido y tuvo que someterse a diferentes intervenciones médicas (mastectomía, quimio, radio). En el momento de realizar el ejercicio, Carmen se encuentra estable y ya en fase de seguimiento médico.

Para evaluar el impacto de la técnica se llevó a cabo un estudio de caso único con medidas repetidas, evaluando el bienestar individual y relacional en seis puntos temporales. Tres de ellos antes de la intervención (dos semanas antes, una semana antes y justo antes de la intervención) y tres de ellos después de la intervención (justo después de la intervención, una semana después y dos semanas después). En todos los puntos temporales señalados se utilizaron los siguientes dos instrumentos:

1. La versión española del CORE-OM (Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016) para evaluar el bienestar psicológico de cada miembro. Puntuaciones bajas indican mayor bienestar percibido. Esta escala tiene un punto de corte orientativo de 1, por lo que puntuaciones superiores a esta son indicativas de malestar significativo.
2. La Escala de Ajuste Diádico (EAD; Cáceres, 1996) para evaluar el bienestar relacional. Puntuaciones altas indican mayor nivel de satisfacción relacional. El punto de corte para diferenciar parejas armónicas es de 100 y la puntuación máxima es 151.

Tras obtener la línea base de la pareja con las tres primeras evaluaciones, se llevó a cabo la intervención de la carta relacional tal y como se ha explicado más arriba, y siguiendo una adaptación de la entrevista de Montesano, Izu y Campo, (2018) para abordar la temática relacionada con el proceso oncológico. Las cartas elaboradas en el proceso se muestran a continuación.

Carta de Carmen

Estimados Luis y Carmen,

Soy vuestra relación y os escribo esta carta para hablaros de mí. Como ya sabéis, nací hace trece años ¿Recordáis aquellos primeros encuentros tímidos en que los estudios era la excusa para veros? ¡Cuántos viajes entre Castellón y Valencia hicisteis para construirme! Rápidamente os entendisteis, los dos teníais expectativas y gustos muy similares, pero sobre todo lo primero para cada uno de vosotros eran vuestros hijos, puesto que como personas responsables que sois no queríais que yo les afectara negativamente. Siempre habéis pensado que se trata de sumar y ganar con la cohesión de las familias. Quizás tardasteis demasiado para empezar a convivir, pero teníais responsabilidades que no podíais dejar, y como siempre dice Luis mejor poco a poco y bien hecho.

Me habéis creado con mucha dedicación, simpatía, respeto y humor, y del mismo modo que vosotros vais cambiando con el tiempo yo también lo hago y voy creciendo día a día. Juntos habéis superado momentos muy duros, como el cáncer de Carmen y os habéis fortalecido. El diagnóstico fue muy duro para todos, y a pesar de que habéis superado el cáncer, yo no soy capaz de volver a la normalidad de golpe, necesito un tiempo para adaptarme, pero esto ya lo sabéis de vuestras charlas. No siempre ha sido fácil, a veces me he quedado un poco descuidada. Quiero decir que

habéis tenido que adoptar roles limitantes de cuidador-enferma, y esto ha provocado algunos cambios en mí. Pero quiero que sepáis también que estoy feliz y en paz de cómo me habéis tratado. Luis te ha dedicado mucho tiempo cuando tú, Carmen, lo necesitabas. Ha estado a tu lado a pesar de que a veces te sintieras incomprendida y sola, pero lo ha hecho lo mejor que ha sabido y lo ha hecho bien.

Carmen, tú has ido sacando las fuerzas a pesar de todas las barreras con las que te ibas encontrando, y aunque habéis pasado mucho miedo en algunos momentos os habéis encargado de seguir cuidándome. Por eso quiero daros las gracias, porque todo el que hemos pasado ha servido para hacerme más fuerte, y a pesar de que ha habido consecuencias de esta dolencia, seguís luchando por mí. En el momento actual me gustaría decirte, Carmen, que no tienes que tener miedo, sabes que Luis te quiere tal y como eres, no importa tu imagen ni los cambios en tu cuerpo, o que ahora estés limitada para hacer muchas cosas, también en el tema íntimo. Él te quiere por quién eres y te acepta. ¿Qué hay mejor que esto? Aun así, pienso que te tienes que esforzar para salir más de casa y buscar actividades compartidas a pesar de encontrarte mal.

A ti, Luis, me gustaría agradecerte que hayas cuidado de Carmen con la misma dedicación y amor que ella te ha cuidado a ti en tus momentos más bajos. Pero también me gustaría decirte que ahora me tenéis que disfrutar en todo mi esplendor, y no vivir solo para las obligaciones, ni para todo el trabajo interminable que se tiene que hacer en casa. Tenéis que disfrutar todavía más de mí. Carmen siempre ha pensado que eres un buen hombre y un buen padre que ha tenido que afrontar situaciones duras en su vida que te han hecho más fuerte. Me enternezco cuando veo que todavía seguís sonriendo cuando os dejáis notas en la nevera y os hacéis pequeños regalos, de vez en cuando. Siento que sí después de trece años sigue habiendo esta complicidad es que voy por muy buen camino.

El tiempo que dedicáis a la familia está muy bien, pero también se tiene que salir y disfrutar, dedicaros tiempo para vuestra intimidad, para volver un poco al origen de la relación, a ser más espontáneos y románticos. Este mal trance os tiene que servir de aprendizaje, sabéis bien que la vida puede acabar en un momento y lo tenéis que disfrutar como pareja. Soy feliz porque os queréis mucho y siempre trabajáis en mí.

Carta de Luis

Estimada pareja,

Como vuestra relación que soy me gustaría dedicaros unas palabras, puesto que siempre me estáis cuidando y ahora os quiero aportar mi visión explícita de lo que pienso y quiero. Desde los inicios de mi creación me habéis educado con mucha empatía, ambos entendisteis las necesidades

de cada uno y os habéis sabido adaptar a estas. Aunque hubiese una alta probabilidad de que me disolviera a causa de la distancia, vosotros habéis tenido el valor de seguir formándome, de hacerme más fuerte con vuestras familias... que ya hace tiempo no son dos familias separadas sino una unidad y ¡muy grande! He tenido mucha suerte de tener unos creadores como vosotros tan empáticos y que os entendéis magníficamente. Es justo decir que no siempre ha sido un camino de rosas, ha habido algunas piedras en el camino, pero siempre me habéis hecho salir adelante. La distancia no ha sido la única dificultad, el diagnóstico de cáncer de Carmen os hizo mucho mal. Os sentisteis perdidos y aterrorizados no tan solo por mí sino por todos aquellos que os rodean. No era el primer cáncer a la familia y esto hizo que fuera más aterrador. Carmen, a ti especialmente me gustaría decirte que, aunque a veces Luis se mostrara despreocupado o como que no le daba tanta importancia como tú a las cosas, era porque él tenía que mantenerse fuerte, puesto que era su manera de intentar que te despreocuparas un poco y no rumiases tanto el cáncer. De alguna manera, su actitud despreocupada era una forma de preocuparse por ti, aunque pueda parecerte paradójico. Si en algunos momentos te ha parecido que ha actuado fríamente o incluso con humor era su mecanismo para no hundirse y para intentar contagiarte de optimismo. Aún así, creo que una parte de él quiere pedirte disculpas si esta forma de funcionar te ha podido sentar mal en algún momento, ¿no es cierto Luis? También quiero mencionar que Luis entiende que muchas veces te encuentres mal y te sientas limitada para hacer algunas cosas. Sin embargo, creo que también tú sabes que te tienes que esforzar, puesto que muchas veces, como ya has reconocido, te excusas en los efectos de los fármacos para quedarte en casa. Pienso que para mejorarme no tendrías que preocuparte tanto por todo y sentir más gozo de la vida, de salir, de comer, de viajar...sin pensar en que comporta cada cosa. Creo que debéis colaborar entre los dos para traerme de vuelta el goce, que tantas alegrías nos ha dado en otras etapas de la vida.

A ti Luis, me gustaría decirte que pienso que has cuidado bien de Carmen y que ella se ha sentido comprendida y acompañada la mayor parte del tiempo. Ahora bien, tienes que entender que en el terreno sexual e íntimo a veces no se encuentra tan abierta como antes. Y en ese sentido te pido un poco más de respeto y paciencia para mí, vuestra relación. Quiero que tengas muy presente que el retraimiento de Carmen no es nada personal contigo, sino que es porque tiene miedo a lo que tú puedas pensar y a no gustarse a ella misma. Aquí, amigo mío, tienes una línea de trabajo importante. Por un lado, no sería mala idea que cuidases mejor el tema de la intimidad con escenarios que puedan ser más cómodos para los dos, y especialmente para ella. Por otro, estaría bien que encontrases más formas de hacerle entender que tú siempre la querrás, que nunca la has valorado

por su apariencia física sino por quien es y por lo que representa por ti: el amor de tu vida.

A menudo percibo que os hacéis sentir especiales el uno al otro, y eso me ayuda a ayudarlos. Estoy muy feliz de que, de vez en cuando, me dediquéis momentos de reflexión para compartir vuestros pensamientos respecto a mí. Esa es otra de las virtudes con la que me hicisteis grande, la buena comunicación. Sabéis de sobra que, pase lo que pase, después de una buena conversación, me enriquezco. Como último punto me gustaría decirte, Carmen, que Luis te tiene en consideración como una persona fuerte, inteligente, interesante y buena, con la que tiene el placer de compartir su vida y que espera que así siga siendo por mucho tiempo.

Resultados obtenidos

Como se puede apreciar en las Figuras 1 y 2, la pareja obtuvo cambios significativos tanto a nivel individual como relacional después de la intervención. Los resultados del CORE-OM muestran que Carmen estaba experimentando un cierto malestar psicológico antes de que se realizase la intervención, superando incluso el punto de corte orientativo para población clínica ($p = 1$). No obstante, tras la intervención, tanto Carmen como Luis experimentaron un cambio confiable y clínicamente significativo, incrementando su bienestar psicológico en las tres evaluaciones de seguimiento (diferencia pre-post > 0.5 ; Feixas et al., 2012).

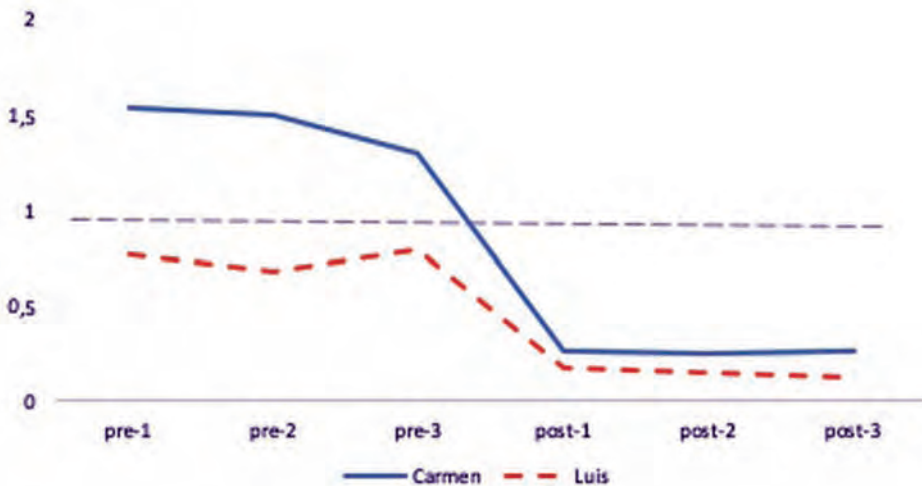


Figura 1. Puntuaciones de bienestar individual (CORE-OM) antes (pre) y después (post) de la intervención.

Con respecto al bienestar relacional, según indican las puntuaciones de la EAD (Figura 2), ambos miembros mostraban un nivel de ajuste diádico satisfactorio antes de la intervención, con puntuaciones por encima de el punto de corte

($p = 100$). Aun así, después de la intervención se aprecia un incremento notable y en paralelo de los dos miembros de la pareja. Este efecto resulta sorprendente ya que cuando el nivel de satisfacción relacional es inicialmente alto, suele ser más difícil obtener un cambio de la magnitud observada en este caso.

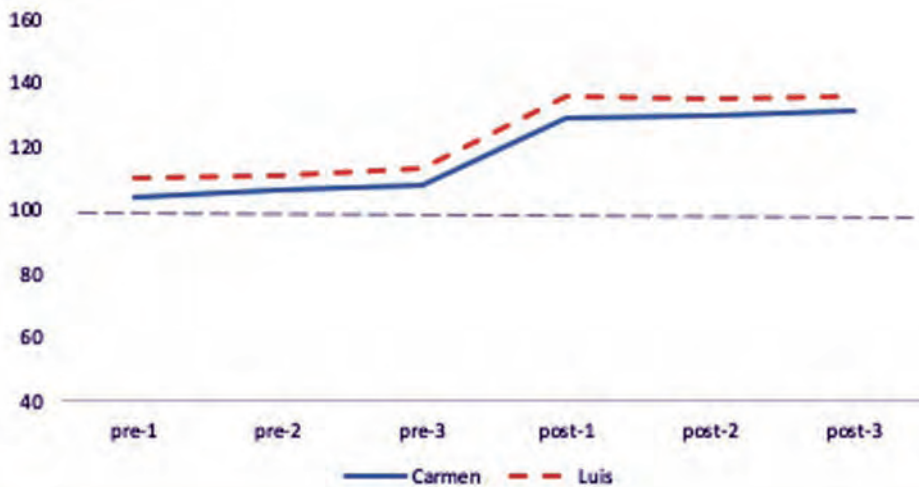


Figura 2. Puntuaciones de bienestar relacional (EAD) antes (pre) y después (post) de la intervención.

A pesar de que Carmen y Luis no habían realizado nunca a una TP ni tampoco habían solicitado en esta ocasión una consulta profesional, parece claro que se beneficiaron de la intervención tanto a nivel individual (especialmente Carmen) como relacional. Desde el punto de vista cualitativo también se puede observar el impacto de la técnica. Las cartas tienen un contenido altamente sensible con respecto a la historia y sentimientos de la pareja y se pueden apreciar claramente diferentes inputs donde se ponen de manifiesto los valores que definen su pareja y el modo en que los valoran y desean actuarlos en su relación.

5. COMENTARIO FINAL

En este trabajo hemos descrito de forma pormenorizada la técnica de la carta relacional y hemos analizado su aplicación como intervención breve en un caso real. A nuestro parecer, se trata de uno de los mejores recursos para el trabajo con la ética relacional de las parejas u otros conjuntos de personas que guarden una relación significativa entre sí (padres e hijos, hermanos, amigos, etc.). Tal y como hemos analizado a lo largo del texto, es una herramienta versátil, adaptable a distintos fines y momentos de la intervención, y con capacidad para generar un impacto significativo en el proceso de cambio o incluso para generar cambio por sí misma como en el caso de Carmen y Luis.

Aún así, tiene algunas limitaciones que merece la pena señalar. Primero, aquellas

personas con poca habilidad o con serias dificultades en la escritura pueden sentirse amenazadas o ansiosas con el ejercicio y podría llegar a ser contraproducente. Si este fuese el caso, pueden realizarse adaptaciones de la técnica que no requieran de la escritura (por ejemplo, audios de WhatsApp, desde la voz de la relación en un grupo específico), o simplemente prescindir de ella. Segundo, dado que se trata de un procedimiento con cierto nivel de complejidad, se requiere que el o la terapeuta tenga, al menos, un nivel intermedio en el manejo de entrevistas con parejas. Los terapeutas noveles necesitarían realizar un entrenamiento específico y contar con supervisión para el correcto desarrollo del proceso. Tercero, aunque la técnica sea aplicable con parejas de alta conflictividad, no hay que perder de vista que no es una técnica focalizada de forma explícita en el bloqueo de patrones problemáticos o escaladas. Si bien la técnica puede proveer un terreno ético común desde el que retomar la negociación, es muy probable que deba conjugarse con otras técnicas más específicas para la disolución de patrones problemáticos (i.e., el diagrama circular; Montesano, 2016), dado el carácter obstinado que suelen tener las dinámicas relaciones negativas.

A pesar de estas limitaciones, cabe señalar que el potencial de la técnica está aún por explotar y se esperan desarrollos en un futuro próximo tanto a nivel de investigación de su eficacia como de su aplicabilidad. Por ejemplo, una versión de la carta podría utilizarse para el trabajo con la esfera íntima de las parejas. Para ello, se debería primero mantener una entrevista sobre la historia y expectativas sexuales de la pareja, para después pedirle a “la sexualidad” que escriba una carta a sus miembros expresando sus sentimientos e intenciones. También sería posible expandir su aplicabilidad en el área de la prevención y contribuir al reto social de ofrecer a la población herramientas para desarrollar el bienestar y la ética de su vida afectiva. Por ejemplo, podría diseñarse un protocolo online autoaplicado que multiplicase la posibilidad de diseminación de la técnica. En este sentido, un grupo de especial interés serían los adolescentes y jóvenes adultos que inician sus primeras relaciones amorosas. Sea como intervención o como herramienta de prevención, creemos que la carta relacional puede contribuir significativamente a mejorar la vida relacional y amorosa de las personas que es, al fin y al cabo, una de las experiencias más preciadas de la condición humana.

Referencias bibliográficas

- Cáceres, J. (1996). *Manual de Terapia de Pareja e Intervención en Familia*. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.
- Campo, C. (2014). La terapia de pareja en la práctica clínica: Un modelo de diagnóstico e intervención. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, (Eds.), *Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 251-278). México, México: Litteris.
- Davis, S. D., Lebow, J. y Sprenkle, D. H. (2012). Common Factors of Change in Couple Therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36-48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.009>

- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., ... y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcomes Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/la-version-espanola-del-core-om-clinical-outcomes-in-routine-evaluation-outcome-measure.html>
- Freedman, J. y Combs, G. (2002). *Narrative therapy with couples... and a whole lot more: A collection of paper, essays and exercises*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre publications.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: APA Books. <https://doi.org/10.1037/11410-000>
- García-Martínez, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid, España: Síntesis.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., ... Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 270-282. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>
- Herrera, C. (2010). *La construcción sociocultural del amor romántico*. Madrid, España: Editorial fundamentos.
- Linares, J. L., Pubill, M. J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona, España: Herder.
- López, F. (2015). *Ética de las relaciones sexuales y amorosas*. Madrid, España: Pirámide.
- Madigan, S. (2017). Narrative Therapy-Informed Relational Interviewing – Emotionally Preparing Conflicted Couple Relationships for Possible Re-unification, Separation, Meditation, and Family courtrooms. *Fokus pa familien*, 45(2), 138 – 158. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2017-02-05>
- Madigan, S. (2019). *Narrative therapy: Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000131-000>
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 89(13), 5-50. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/la-perspectiva-narrativa-en-terapia-familiar-sistemica.html>
- Montesano, A. (2015). Claves fundamentales en terapia de pareja: Una guía de navegación para la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 26(102), 161-174. <https://doi.org/10.33898/rdp.v26i102.52>
- Montesano, A. (2016). El Diagrama Circular en Terapia de Pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 59-82. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.124>
- Montesano, A. y Izu, S. (2016). Análisis del proceso terapéutico en un caso de terapia de pareja para la depresión: Cómo lidiar con una alianza intra-sistema problemática. [Analysis of the therapeutic process in a case of couple therapy for depression: How to deal with a problematic within-system alliance]. *Studies in psychology*, 37, 393-417. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.118921>
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D. y Compañ, V. (2014). Systemic couple therapy for dysthymia: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 51(1), 30-40. <https://doi.org/10.1037/a0033814>
- Montesano, A., Gonçalves, M. y Feixas, G. (2017). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good a poor outcome cases. *Psychotherapy Research*, 27, 112-126. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1080874>
- Montesano, A., Izu, S. y Campo, C. (2018). *Guía de entrevistas iniciales en Terapia de Pareja: un enfoque sistémico integrativo*. Manuscrito no publicado.
- Montesano, A., Oliveira, J. T. y Gonçalves, M. M. (2017). How do self-narratives change during psychotherapy? A review of innovative moments research. *Journal of Systemic Therapies*, 36(3), 81-96. <http://dx.doi.org/10.1521/jsyt.2017.36.3.81>
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-9280.1997.tb00403.x>
- Salla, M., Vilaregut, A., Montesano, A., Paz, C. y Feixas, G. (2016). Systemic Couple Therapy for Depression: Changes in Interpersonal Perception [Terapia Sistémica de Pareja en la Depresión: cambios en la percepción interpersonal]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 221-234.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., ... y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, NY: Norton & Company.
- White, M. (1995/2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona, España: Gedisa (Manuscrito original publicado en 1995).
- White, M. (2004). *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre.
- White, M. (2011). *Narrative practice: Continuing the conversation*. Nueva York, NY: Norton.

SIGNIFICADO Y CAMBIO NARRATIVO A TRAVÉS DEL JUEGO CORPORAL: ¿QUÉ SE JUEGA EN EL JUEGO DE LA CASA EN PSICOMOTRICIDAD?

MEANING AND NARRATIVE CHANGE THROUGH CORPORAL GAME: WHAT IS PLAYED IN THE 'HOUSE BUILDING GAME' IN PSYCHOMOTRICITY?

Joaquim Serrabona Mas

Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Educación y Ciencias del Deporte, FPCEE, Blanquerna, Universidad Ramon Llull. Barcelona, España
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9550-8664>
 Web: <http://psicomotricidad.com.es>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serrabona Mas, J. (2019). Significado y cambio narrativo a través del juego corporal: ¿Qué se juega en el juego de la casa en psicomotricidad? *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 129-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.324>

Resumen

Se presentan las posibilidades educativas y terapéuticas de un juego muy recurrente en la sala de psicomotricidad, como es el juego de la casa en sus dos vertientes: juego de construcción y juego simbólico. Se exponen las razones por las que resulta importante permitir que de forma espontánea o bien propuesta el juego de la casa se trabaje dentro de las sesiones de psicomotricidad desde un enfoque narrativo. Se explican las repercusiones en diversas dimensiones de la persona, tanto a nivel cognitivo, con el desarrollo de las funciones ejecutivas y del proceso de simbolización como en la dimensión afectiva y relacional, especialmente cuando el juego de la casa es utilizado como juego simbólico de roles, por las resonancias tónico-afectivas vinculadas a la casa- familia y a la dinámica fusión-identidad. En el artículo se exponen vías para observar y valorar las repercusiones emocionales, así como estrategias metodológicas que favorecen su desarrollo. Se sugiere una clasificación del tipo de casas que surgen, así como una tipología narrativa en función al juego de la casa. Por último, se apunta la importancia de las casas en los cuentos clásicos y como las casas pueden ser utilizadas en los cuentos vivenciados motrizmente para trabajar aspectos emocionales profundos.

Palabras clave: *Psicomotricidad, terapia narrativa, juego simbólico, la casa.*

Abstract

We present both the educational and therapeutic possibilities of an ever popular game played in the psychomotricity room, the 'house building game'. We will show this in both its aspects: as a game of construction and as a symbolic game. We show why it is important to allow the 'house building game' to be played either in a spontaneous manner or in a pre-planned and narrative-focused way during sessions in the psychomotricity room. We explain the repercussions in various dimensions of the person, both at a cognitive level, with the development of the executive functions and the process of symbolizations, as well as the emotional and relational dimension, especially when the 'building game' is utilized as a symbolic role-playing game. In this case the tonic-emotional resonances link the 'building game' to the family-home and the dynamic fusion-identity. The article shows ways to observe and value the emotional repercussions, as well as the methodology and strategies which make the development easier. We suggest a classification of the type of houses that are built as well as a narrative typology according to the 'building game'. Finally, we emphasize the importance of houses in classic story tales and how houses can be used in everyday life, using motricity to work deep emotional aspects.

Keywords: *Psychomotor, narrative therapy, symbolic play, the house.*

Fecha de recepción: 13 de julio de 2019. Fecha de aceptación: 26 de septiembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: joaquims@blanquerna.url.edu; joaquinerrabona@gmail.com

Dirección postal: c/ Císter, 34, 08022 Barcelona, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

Los sentimientos que nos hacen reaccionar de una manera o de otra a lo que la vida nos trae, están condicionados por aquellas experiencias primarias que nos dejaban o no, satisfechos. Sabemos que es muy importante que las experiencias buenas, sean más numerosas y de mayor intensidad que las malas.

El infante llega al mundo con tres sistemas que le van a permitir interactuar progresivamente con su medio. Un sistema receptivo (sensaciones, percepciones) que le posibilita captar el mundo que le rodea y vivir con placer o displacer los estímulos internos y externos que, en función de su temperamento y de la interacción con sus referentes afectivos, podrá asimilar o no. También con un sistema para actuar, que evoluciona del movimiento reflejo e instintivo al movimiento intencionado y narrativo, y es que con el movimiento intencionado empieza la narrativa psicomotriz. Muy pronto el infante organiza sus acciones con una intención que le lleva a vivir diversas experiencias. Y esas sensaciones y actuaciones llevarán a la frase motriz, donde el infante empieza a narrar su historia. El tercer sistema, el que transforma la información, se va moldeando configurando una manera de expresarse y de interpretar el mundo, constituyendo progresivamente (los tres sistemas) el yo narrativo donde lo actuado configura lo pensado y lo pensado da forma a lo actuado y donde el protagonista inicia su viaje construyendo una historia de vida. A partir de estos sistemas, sabemos que los niños tienen una capacidad sorprendente para resolver sus propios problemas. Nuestro objetivo como educadores es favorecer sus potencialidades para colaborar con ellos en una acción mutua que posibilite el enriquecimiento de los relatos de vida.

Una parte del arte de educar al niño está en lograr que vaya aprendiendo gradualmente a tolerar las frustraciones (dosificador de consecuencias). En este sentido, los bebés necesitan que les prestemos contacto y voz y que formulemos por ellos, en palabras, sus experiencias. Hemos de recordar que en el trabajo educativo y terapéutico es necesario conocer y manejar el contexto histórico, cómo hemos llegado a esta situación y cuáles son las proyecciones de la historia. Así como, también, debemos conocer y comprender el escenario físico donde se desarrolla el relato: familia, escuela, barrio etc., ya que muchos de los problemas con que se enfrentan los niños se dan por circunstancias socioculturales que no se analizan (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Desde la perspectiva psicomotriz que enmarca nuestro trabajo, principalmente con niños, las sensaciones, el juego y la acción motriz ofrecen un lenguaje común para expresar los pensamientos, las emociones y la experiencia en toda su amplitud y profundidad, lo que va a permitir encontrar un punto común de interés y placer entre niño y adulto. Y es que el aspecto lúdico es fundamental para poder construirse o reconstruirse. El interés de los infantes por estrategias motrices, lúdicas, imaginativas, de fantasía, puede parecer, en un primer momento, para los ajenos a la profesión y a la infancia, irrelevante, pero para nosotros ha sido un descubrimiento fundamental que nos ha llevado a trabajar en la dimensión motriz.

Gracias a la acción lúdica, se exteriorizan los problemas del niño, lo que posibilita que un niño “recorra” los acontecimientos con acciones, juegos, palabras o dibujos, revelando matices importantes de su evolución. Cuando los niños se percatan, gracias especialmente al lenguaje externalizador, de que el problema es el problema, y no ellos, participan con entusiasmo en la acción y favorecemos que las personas implicadas en la terapia puedan separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones, pudiendo así identificar los acontecimientos extraordinarios producidos en la relación terapéutica, lo que permitirá ofrecer un relato alternativo más positivo, al margen del problema (White y Epston, 1993).

Como toda obra dramática, el relato terapéutico tendrá tres actos: el planteamiento, el desarrollo y la resolución y, en ese recorrido, inevitablemente, los relatos pasarán por puntos de giro que nos llevarán al clímax de la narración, donde existirán barreras que fuercen al protagonista a tomar una nueva decisión; también habrá complicaciones ya que, “cuando algo pasa”, deberá haber una reacción para seguir con la historia alternativa. Incluso pueden presentarse reveses en la historia terapéutica que producirán un giro completo, lo que puede originar un nuevo desarrollo de la historia. Y es que el proceso educativo y el terapéutico son entes vivos donde surgirán momentos de euforia, concordia, confianza, diálogo, fraternidad y compromiso, pero también momentos de silencio, desinterés, inacción o enfrentamiento. Conflictos, en definitiva, que deberemos resolver conjuntamente con todos los actores de la obra, para que la historia alternativa evolucione de manera positiva. Es el reto que, gracias a la estabilidad, el respeto y la sensibilidad, lograremos alcanzar.

Como si de una novela se tratase, el relato psicomotriz que presentamos a continuación tendrá un detonante que origina el tratamiento, unas dudas que configuran el cómo situarnos en una historia, ya sin retorno, que a veces puede presentárenos como una lucha infructuosa, hasta que empezamos a ver un cierto éxito, que nos impulsa hacia adelante y asienta el proceso terapéutico. Así pues, la terapia psicomotriz narrativa trabajará deconstruyendo y reconstruyendo historias alternativas más adaptativas que permitan el logro de los objetivos propuestos.

¿Qué es y cómo se desarrolla la narrativa terapéutica psicomotriz?

Cuando fui invitado a escribir este artículo, me atrajo mucho la idea del juego como vía para presentar al niño como protagonista de su propia historia ya que, probablemente, estamos todos de acuerdo, por lo menos desde un punto teórico, en potenciar un modelo paidocéntrico. Pero, ¿cómo llega un sujeto a ser protagonista de su propia vida? y ¿cómo se articula su narratividad?, si no es a través de una historia compartida y co-construida por un entorno, unos personajes, un argumento y un tono, como cualquier narración que se precie.

¿Y cuándo empieza esa historia co-construida? Desde mucho antes del momento del nacimiento. El bebé es visualizado y construido en la fantasía de unos

padres (en el mejor de los casos) que están influidos por las relaciones que tuvieron con sus padres y, por supuesto, entre ellos. No resulta sin consecuencias la elección de con quién y cuando decidimos tener un hijo. De todas formas, lo importante es saber qué significa para nosotros ser padres (o educadores) y sobre todo tener integrada la idea de que tener un niño debería conllevar: optimismo y esperanza.

Nuestro Yo narrativo funciona como un conjunto (Neimeyer y Mahoney, 1998), no se puede cambiar una parte de él sin desequilibrar el resto, y desde luego nuestra historia no son un cúmulo de acontecimientos agrupados, sino una narración coherente y secuenciada que da sentido a nuestra existencia. Esto es fundamental, si no existe este hilo argumental, no existe historia y no hay construcción de la propia identidad, introduciéndonos en el terreno de la patología.

Sabemos que el guion de vida no está previamente escrito, ni determinado, sino que puede irse adaptando a las realidades y acontecimientos que inciden en el sujeto. Actualmente, hablamos mucho de neuroplasticidad, concepto que refrendan autores “unicistas” como Damasio, Francisco Mora, entre otros. Somos un cuerpo y todo ocurre en ese cuerpo y en su expresividad motriz. En el momento del nacimiento tenemos el mayor número de neuronas, que nunca llegaremos a poseer, pero la riqueza del cerebro humano no está en la cantidad de neuronas que se tienen, sino en el número de conexiones sinápticas que podemos llegar a establecer. Y estas conexiones pueden aumentar, disminuir, cambiar en función de la genética, la experiencia, las relaciones y la cultura donde estemos inmersos. Podemos decir que el cerebro está genéticamente determinado a adaptarse plásticamente según los estímulos, presiones y relaciones con el entorno donde se reside.

El juego corporal en la Terapia narrativa

En psicomotricidad de Integración (PMI), y en la orientación psicomotriz (Serrabona, 2002a), damos un gran valor a la acción motriz y al juego en todos sus estilos, ya que en ese construir vivencias y jugar se manifiestan claramente en todas las dimensiones de la persona. La dimensión motriz es continente y contenido, por lo que queremos resaltar que todas las otras dimensiones que configuran a las personas, tienen un soporte en la dimensión motriz, que es para nosotros la piedra angular donde las demás dimensiones se insertan y se ven reflejadas.

Todo se observa y se realiza en la MOTRICIDAD TOTAL. La motricidad es la realidad constitutiva, el campo, la materia de la Psicomotricidad: su objeto material. En esa motricidad integral se contiene, se observa y se trabaja la totalidad de la persona (objeto formal de la Psicomotricidad). Así pues, los juegos son acción y la acción favorece el desarrollo de las diferentes dimensiones que configuran al ser humano (Serrabona, 2016):

- Dimensión motriz: en su ajuste tónico y en sus habilidades de equilibrio, coordinación de movimientos...
- Dimensión conativa: frente al esfuerzo, persistencia, (acabar la casa), atención; optar, elegir según el propio deseo, en cada sesión; aplazar el

deseo, o no realizarlo, cuando proceda. Tolerancia a la frustración frente a la destrucción involuntaria de la casa...

- Dimensión cognitiva (mediante exploración verbal): cuerpo (conocimiento, consciencia); nociones básicas; espacios temporales; otras como ejes, lados, rincones, centro. Potenciación de las funciones ejecutivas como proyectar, inventar; crear; actitud crítica, etc. Desarrollo de la función simbólica y representativa.
- Dimensión relacional: establecer el vínculo positivo entre psicomotricista vs. niño y viceversa, entre los otros niños; reforzar la calidad del vínculo hacia la superación de la oposición vs. sumisión, hacia la pareja (alteridad), amistades, “novios/as”, elegir compañero. Captar lo que el otro piensa, siente y hace en un ajuste relacional adecuado a través de la teoría de la mente.
- Dimensión social: ocupar un lugar respetado en el grupo (no renunciar a él); autoafirmarse en el grupo (actuar ante él); solidarizarse, adaptarse; alternar el deseo e iniciativa (parejas, grupo); percibir al otro mediante actos como salvar, ayudar, aplaudir, alegrarse con él; percibir/aceptar la norma.
- Dimensión afectiva: autoaprecio; seguridad; alegría; capacidad de disfrutar; equilibrio entre fusión e identidad, expresividad y contención; disfrutar, experimentar con el cuerpo (“sexualidad”); agresividad, como fuerza del yo; superar la agresión asocial; actitud positiva ante la dificultad o el fracaso; fragilidad, angustia, temores; alteraciones emocionales.
- Dimensión fantasmática: necesidades/deseos inconscientes (fusión/identidad); agresividad inconsciente, como destruir u oponerse; posesividad inconsciente hacia el educador, niños, objetos; transferencia; identificaciones; proyecciones; omnipotencia; crear, construir, dejar huella; temores profundos como morir, perderse, abandono, ausencia, soledad, falta de alimento/de casa; culpabilidad; rasgos sádicos/masoquistas, neuróticos.
- Dimensión ética: vivencia de lo que está bien y mal. Asumir consecuencias de las propias acciones; vivir buenos sentimientos como ayuda, compasión, justicia; tratar al otro como fin, no como medio; colaborar en el trabajo grupal (solidaridad); no hacer daño, no estropear o destruir.

Todas estas dimensiones que se dan en el juego hacen que se convierta en motor del desarrollo psicológico, soporte del desarrollo del lenguaje y en un campo privilegiado de intercambios terapéuticos. Nosotros utilizamos el juego, principalmente corporal, por necesidad, ya que es casi imposible abordar al niño de otra forma porque es su principal vehículo de relación, de comunicación, lo que nos permitirá construir una vinculación terapéutica adecuada, favorecida por el placer en la relación lúdica. Un juego aceptado y valorado por las dos partes es un elemento fundamental de relación terapéutica ya que permite al infante:

- Tomar consciencia de su propio cuerpo (Yo): juegos de aparecer- desapa-

recer, muñecas, médicos.

- Tomar consciencia de su medio: juegos de manipulación, de habilidades, experimentación.
- Tomar consciencia de los demás: juegos de normas, cooperativos, competitivos.

El juego, como vivencia que es, se inscribe en una relación transferencial donde el terapeuta siempre está implicado, y que por lo menos debe conocer y manejar desde su formación. Ambos enfoques terapéuticos (Psicomotriz y Narrativo), coinciden en aspectos ya mencionados por White y Epston (1993):

- Máxima importancia a las vivencias de las personas.
- Favorecen la percepción del mundo cambiante, mediante la colocación de experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Estimulan el uso del lenguaje corporal y verbal de manera coloquial, para construir nuevos relatos.
- Invitan a adoptar posturas reflexivas y a apreciar la participación de cada uno de los infantes en los actos representados.
- Fomentan el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida, asumiendo que las historias se coproducen.

Así pues, podemos ver el juego como la mejor forma de comunicación entre el niño y el adulto, ya que permite el intercambio placentero de experiencias, vivencias que después permitirán el acceso a la representación e interpretación de lo acontecido.

¿Cómo jugamos en terapia psicomotriz narrativa?

El terapeuta ofrece al infante un espacio de expresión donde pueda mostrarse, tanto verbal, como corporalmente, co-construyendo un diálogo terapéutico que permita escuchar y estar disponible para dar una respuesta ajustada a la experiencia vivida. En esta interacción el terapeuta debe jugar con su formación y con su información. Debe tener presente el síntoma-lenguaje (directa o indirectamente). También, debe utilizar o reformular en un lenguaje correcto y adaptado lo que el niño ha dicho y hecho, de forma flexible y ajustada con una tonalidad adecuada.

Es fundamental para el niño que el juego surja de él, que juegue realmente, es necesario que haya elección y que tenga iniciativa. En el juego debe haber creación e invención. Es importante que el niño invente sus propias reglas de juego o modifique las existentes, pues es muy terapéutico para él sea el creador de un proceso lúdico que le pertenezca. Así pues, aunque el juego es para los dos (niño y terapeuta), coincidiendo placer y proyecto, no puede significar lo mismo para los dos, ya que nos situamos en niveles distintos. El niño necesita expresar, mostrarse, decirse, y nosotros debemos crear un dispositivo que le permita la posibilidad de expresar y de ser escuchada y reconocida su modo de expresión.

El niño/a está totalmente implicado, vive en el juego, se sumerge en él. En cambio, el terapeuta, aunque debe jugar verdaderamente, al mismo tiempo ha de

tomar distancia (es un juego de implicarse y no implicarse) de observador participante. Estando abierto a la inventiva del niño (escucha) y a su propia inventiva. En los juegos de resonancia simbólica, debemos ser capaces de abstenernos, de no ser protagonistas, para no invadir el campo de expresión del niño. Debe haber prioridad en la escucha del niño. Estar a la escucha de lo que espera de nosotros.

El juego de la casa como elemento fundamental de la terapia narrativa psicomotriz

En la sala de psicomotricidad surgen de forma espontánea, o propuesta, diversas situaciones que dan significado a nuestra actuación. Situaciones y juegos que permiten a la persona expresarse en todas sus dimensiones permitiendo elaborar procesos educativos y terapéuticos. El juego de la casa es uno de los juegos más recurrentes y fundamentales que nos encontramos en la sala de psicomotricidad. Es un centro de interés fundamental.

El juego de la casa, como juego presimbólico y simbólico permite la expresión y elaboración de la vida afectiva del sujeto, pero además implica al resto de dimensiones que configuran la persona. Como todo lo que ocurre en el espacio terapéutico, la vivencia es lo esencial. El poder construir y jugar a partir de la construcción de una casa tiene un impacto profundo en el niño, que debemos dar importancia y reconocer su significado. En la vivencia misma de construir la casa el niño autorregula su capacidad afectiva. No necesitamos, generalmente, comunicar al niño la interpretación de lo que estamos viendo, no nos colocamos necesariamente en la realización de una interpretación psicoanalítica de lo que ocurre, aunque, es cierto que, mediante señalamientos, intentamos significar o resignificar aquello que está ocurriendo.

Tener y volver a la casa, es un anhelo generalizado que, por muy lejos que vayamos, persiste en nosotros. Casa, a la que de alguna manera queremos regresar. Casa física pero sobre todo imaginaria y no tangible que en el recuerdo nos da tranquilidad y seguridad. Generalmente el concepto casa nos proporciona aspectos vividos como positivos que incluyen la protección y seguridad de una familia, con un hogar donde encontrar descanso, cierta tranquilidad, así como nutrición física y emocional. Palabras como familia, hogar y tranquilidad son las más mencionadas.

Pero no todo es vivencia positiva dentro de una casa, también surge el vacío, los problemas, la inseguridad, la cárcel y la impotencia. Y es que la vivencia siempre es personal y no siempre agradable. Sinónimo de casa es habitar, que nos habla del espacio construido en el que vive ser humano y del que se ocupó de darle significado Daniel Calmels (1997) en su precioso libro *El Espacio Habitado*, donde describe los diversos espacios de la casa y su relación con la expresividad psicomotriz del niño en la sala de psicomotricidad.

También Anne Lapiere, Miguel Llorca y Josefina Sánchez en su libro *Fundamentos de Intervención en Psicomotricidad Relacional*, nos hablan del juego casa que realizan los niños en la sesión de psicomotricidad donde ellos se “casan” y cada

pareja decide tener dos bebés y una casa (2015, p. 125). “En esta unión familiar la casa da significado a una narración, a veces para recrear la propia historia a veces para compensarla y a veces para inventarla y también para proyectarla hacia un futuro deseado”.

Y es que “casar”, es un derivado de casa que plantea el contraer matrimonio. Es decir, corresponder, conformarse, unir, juntar o hacer coincidir algo. Lo que plantea dos opciones según el romancero popular: “Casarás y amansarás”, que nos lleva a pensar en las sujeciones inherentes al matrimonio, o “no casarse con nadie”, para conservar la independencia de opinión o actitud. Lo que nos lleva al concepto básico del conflicto relacional: el deseo de fusión y el deseo de identidad, donde todos nos movemos y que debemos equilibrar para poder constituirnos como un ser único y social. Los desequilibrios entre estos conceptos pueden llevarnos hacia la patología.

Veamos dos viñetas:

1. Juan y la lucha por la identidad.

Me gustaría apuntar un ejemplo que ilustra la importancia de escuchar, comprender y co-construir un proceso de ayuda.

Juan era un niño de cinco años de edad que llega a la sala con un diagnóstico de TDAH. En la entrevista con los padres, ponen sobre aviso de las continuas conductas disruptivas del niño, también de su imposibilidad para estarse quieto, de su impulsividad y de la imposibilidad, a pesar de ser un niño inteligente, de centrarse en un tema tanto de juego como sobre todo de aprendizaje escolar, con las consiguientes dificultades en este ámbito. Efectivamente, eliminar en la primera sesión, Juan se muestra muy activo y disperso, se mueve por toda la sala, lo toca todo, pero apenas construye algún proyecto de juego. La sesión es recordada de mucha actividad motriz, pero de poco contenido simbólico. En la segunda sesión ocurre más o menos lo mismo, aunque al final de la sesión se le propone para acabar realizar un dibujo libre. Él niño se anima y realiza el dibujo (Ilustración 1).

Aparte del posible análisis proyectivo, podemos describir el relato de construcción del dibujo que realizó Juan. La secuencia del dibujo fue la siguiente: en primer lugar dibujó la línea media; por debajo, en el lado derecho, dibujó una figura humana, después pintó el mar y, posteriormente, los dos peces. Por encima de la línea, representó otra figura humana y por último el sol. A partir de esta descripción le pedí al niño que contase la leyenda del dibujo: «Es Juan, no, es José que se está ahogando y la ballena papá y ballena mamá, se lo quieren comer y un señor (figura que está encima de la línea) lo va a salvar». La leyenda por sí sola explica dos aspectos fundamentales: la sensación de agobio que mostraba Juan frente al “ahogo” que suponía para él la actuación de unos padres excesivamente protectores que limitaban la actividad motriz del niño, y el segundo aspecto interesante del dibujo es el mensaje de esperanza en que “el terapeuta” lo va a ayudar a salir de esta situación. Juan nos habla, de forma inconsciente, de sus preocupaciones de



Ilustración 1. Figura de Juan.

su deseo de identidad y su sensación de ahogo frente a un exceso de “casa como protección, represión”. También debemos destacar en su narración la esperanza de solución de sus dificultades.

2. Pablo y su necesidad de contención.

A diferencia del ejemplo anterior, Pablo es un niño educado en los “no límites”, donde se ha instaurado una sensación de omnipotencia mágica sobre el mundo que le rodea. Evidentemente a esta omnipotencia mágica le acompaña una fragilidad también mágica que provoca que, ante cualquier frustración, sus enfados y malestar se desborden. En una de las sesiones iniciales, se le pregunta a Pablo qué es lo que más le gustaría hacer (refiriéndose a qué juego), pero él lo interpreta de otro modo y dice “quiero ser libre como un caballo salvaje, correr libre por la montaña y hacer lo que me dé la gana”. Lo sorprendente de la escena, es que, mientras su relato verbal manifiesta ese deseo de “libertad”, su relato gestual y de acción narra lo contrario ya que, como vemos en el dibujo, mientras hablaba fue construyendo una casa cerrada donde él quedó dentro y sin moverse durante un buen rato (Ilustración 2).

En ambos casos, vemos un desajuste entre el deseo de fusión y el deseo de identidad en el que todos nos movemos y el juego de la casa nos permite ver como ese conflicto se manifiesta.

En el juego de la casa suele haber un entrar y un salir, y la fluidez y la alter-

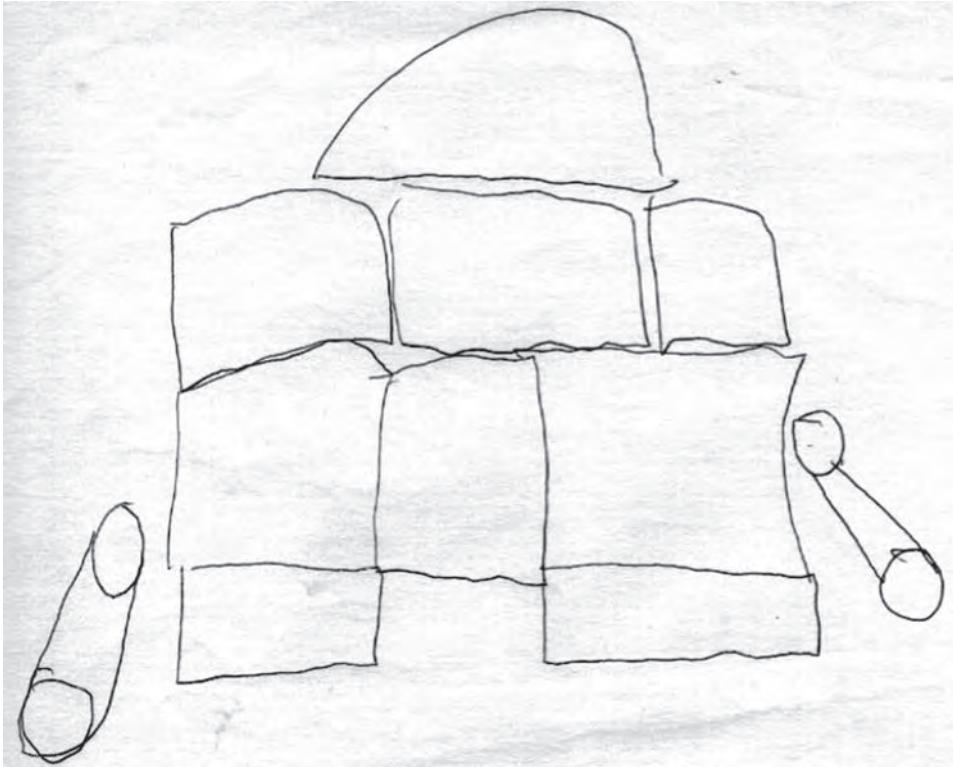


Ilustración 2. Figura de Pablo

nancia entre dentro y fuera es señal de maduración personal.

Razones para el interés por el juego de la casa

A lo largo de las sesiones de terapia psicomotriz narrativa con diversos grupos de edades y características hemos podido comprobar como el juego de la casa se adapta a las necesidades evolutivas del niño, tanto manipulativas, como constructivas, ya que las exigencias del juego son de diverso grado y ofrece posibilidades para los diferentes ritmos evolutivos.

Es un juego que implica un proceso didáctico, claro y natural. Sus normas son intrínsecas al juego, a la acción y también a la dificultad variable. Los transgresores de las normas son señalados de forma evidente por los demás, ya que la norma principal es muy clara: “no se puede destruir lo construido por otros”. Y en esa evidencia el que no cumple la norma es señalado por el grupo, siendo el mismo grupo el regulador de las acciones de sus componentes.

Pero, tal vez, la principal razón de nuestro interés en el juego de la casa estriba en que representa, actualiza y elabora las vivencias afectivas y relacionales más profundas de los niños, gracias a la potenciación de la presencia del juego simbólico. La construcción de la casa presupone la elaboración del propio espacio personal

e identitario. Diferenciarse del resto, para conocerse y reconocerse. Es un juego que implica la vida cotidiana (el propio hogar, padres y madres, la escuela, etc.), un lugar reparador (hospital, veterinario, etc.), fantástico (castillo, palacios) o un lugar de descanso, de reposo íntimo.

Por otro lado, no podemos obviar la fuerza con la que este tipo de juego desarrolla las funciones ejecutivas, ni la importancia en el desarrollo de la teoría de la mente.

Dispositivo para el juego de la casa en Psicomotricidad

Espacio: La casa, se muestra en la sala a veces ocupando hasta un tercio de la sala de psicomotricidad. Pero lo esencial de la casa es que sea un espacio cerrado, pudiendo entrar y salir. Existe la necesidad de crear el dentro-fuera. Más adelante aparecerá la puerta que se abre y cierra. Esto resulta un signo de apertura al mundo. También se construirán cuevas, buscando los huecos en las estructuras de la sala. O casas en un rincón o en alto y sobre todo en el centro de la sala.

Materiales: Las casas se construyen preferentemente con volumen, pero si faltan materiales sus límites se simbolizarán deprisa con una línea en el suelo, con tiza, cuerdas, palos o aros. Colchonetas y módulos de goma espuma es el material privilegiado para construir casas que tengan una amplia base de sustentación. Otros materiales utilizados son: telas, cajas de cartón, mobiliario duro (Bancos, mesas...). Los materiales, como vemos, pueden ser muy diversos y versátiles, permitiendo muchas combinaciones entre ellos.

Procedimiento para el juego de la casa en Psicomotricidad

Debemos trabajar en un ambiente de equilibrio entre afecto y norma donde surgirán las manifestaciones problemáticas: llegando a la casualidad genérica; actuando entre síntoma y causa de modo integrado. La mayoría de las construcciones tridimensionales se suelen dar al final de la sesión, pasando así de la pulsión agresiva a la construcción. Las construcciones más estables y complejas exigen una calma psicológica o actitud perceptiva. Por tanto, son incompatibles con la agitación motriz inicial, tanto para aparecer o estructurarse como para mantenerse en el tiempo y espacio.

Como he mencionado anteriormente, existe una única norma básica durante el desarrollo del juego de la casa que todos deben respetar: “no destruir la casa que ha hecho otro u otros”.

Frente a este tipo de juego, el terapeuta debe abrir posibilidades a partir de lo que el niño hace. Preguntar, cuestionar, problematizar: ¿Quién puede hacer una casa con estos cojines? Esperar: No dar la solución al problema.

La casa como soporte del juego simbólico

El juego de la casa tiene diferentes variantes y objetivos, vamos a obviar sus posibilidades como juego de construcción y de desarrollo de las funciones ejecuti-

vas, para centrarnos en el juego de la casa como narración simbólica que permitirá expresar conflictos emocionales y relacionales que narrarán la lucha interna y externa del infante por construir una historia compartida con los demás. El juego simbólico de la casa como expresión y elaboración de la vida afectiva surge de forma espontánea, o bien puede ser propuesto por el psicomotricista, confiando en su eficacia intrínseca; en la capacidad afectiva autorreguladora del niño a través del juego simbólico.

Inicialmente el juego de la casa aparece como indican Ruiz Velasco y Javier Abad (2011), como un juego de casita-escondite, sirviendo de soporte para otros juegos presimbólicos como: aparecer-desaparecer o perseguir y ser perseguido e incluso el de llenar y vaciar. Su significación tiene que ver con el proceso de construcción de la identidad corporal estructurada y diferenciada. Serían juegos previos a la adquisición de la función simbólica, y por tanto, previos al juego simbólico en sí mismo. Estos juegos son universales e independientes de las influencias culturales. Jugando a acciones presimbólicas como la ausencia y la presencia, el unir y separar, y el tener y no tener, el niño consigue entender la continuidad del objeto, para luego poder diferenciarse de él y conseguir así ser uno mismo.

El juego simbólico señala el apogeo del juego infantil, ya que llena plenamente la vida del niño y ayuda a su evolución afectiva y mental. El nivel superior de juego simbólico, es cuando existe una colaboración, cuando hay un objetivo común, una diferenciación de roles entremezclados y una secuencia lógica de acciones. Es decir, el juego simbólico de roles donde cada infante realiza la labor cooperativa de acuerdo con el papel que representa. Aquí hay intercambios de ideas, se establecen relaciones que las condiciones del juego imponen, sienten, disfrutan.

Estos aspectos los podemos observar en el desarrollo del juego de la casa en psicomotricidad que como nos recuerdan Ruiz Velasco y Javier Abad:

“El juego de la casita se concibe como un espacio lúdico en el que surgen principalmente dos tipos de situaciones diferentes: puede ser un juego de escondite o el escenario de un juego de roles que recrea dinámicas familiares fielmente reproducidas de las que se viven en el ambiente familiar” (Ruiz Velasco y Abad, 2001, p. 81).

También surgirán juegos de roles de poder–sumisión (cárcel, castillo); juegos de sanación (hospital) o juegos de roles de relación (la ciudad, el comercio, los viajes...).

En estos juegos, lo que importa sería a qué se juega, cómo se juega y cuáles son los roles que se establecen, pero sobre todo saber que el impacto emocional de estos juegos es de una gran potencia en la construcción de su autoimagen y, por ello volvemos a remarcar que la vivencia del niño es lo esencial.

¿Cómo podemos “leer” el juego de las casas?

No nos interesa necesariamente la belleza de la construcción, intentaremos ver los aspectos que nos muestran la personalidad del niño. El mirar y analizar la casa

construida de un niño nos podrá servir de instrumento para valorar la evolución del niño (vínculos emocionales) con personas de su entorno, su madurez, su mundo interior, sus angustias y ansiedades, su salud psíquica y física, su creatividad, su nivel madurativo cognitivo, descompensación entre el nivel cognitivo y madurativo, su carácter y personalidad, nivel de lenguaje (nivel del pensamiento), aquí la construcción de la casa tiene la ventaja de actuar como la boca del niño, el niño puede decir mucho más con una construcción, y lo que ocurre dentro de ella, que con el lenguaje verbal que, por otro lado, es necesario para expresar lo que hay en su mundo inconsciente.

Desde una lectura narrativa, el significado de nuestras vidas está dictado por las historias que vivimos y contamos, por la manera que asociamos los acontecimientos en secuencias significativas (White, 2011). Por lo que la educación la podemos concebir como una construcción narrativa de nuestra vida y la terapia sería su reconstrucción. El niño a partir de los tres años puede contarse historias de los acontecimientos y experiencias que le han sucedido. Ya es capaz de tejer una narración autobiográfica, que requiere: Actores con deseos y motivaciones, contexto histórico, escenario físico y secuencia dramática. Es decir ya tiene un *self* narrativo que va a permitir construir o reconstruir su narrativa personal.

Desde este enfoque la terapia trabaja deconstruyendo y reconstruyendo historias alternativas. El objetivo de la terapia sería deconstruir las narrativas nocivas para los sujetos o para el entorno y elaborar con ellos otras más adaptativas. Siguiendo a White y Epston (1993) la lectura y terapia narrativa da una máxima importancia a las vivencias personales. Favoreciendo la percepción del mundo cambiante, mediante la colocación de experiencias vividas en la dimensión temporal. Invoca el modo subjuntivo, al desencadenar presuposiciones, establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples para construir nuevos relatos (White, 2011).

El enfoque narrativista plantea tres dimensiones esenciales del proceso terapéutico: El lenguaje externalizador, el encuadramiento del discurso del problema y la identificación y ampliación de los resultados únicos; todos ellos se recogen en el juego de la casa (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Observación en torno al juego de la casa

1. Observación directa del juego de la casa:

- Materiales elegidos.
- Proceso construcción. La importancia que tiene para el niño este tipo de juego: lugar de seguridad, intimidad, exclusividad.
- Participación y desarrollo juego alrededor de la casa.

Con relación a lo que ocurre en la sala, a sus acciones, podemos observar si existen familias, con sus roles y funciones. Si existe una distribución espacial de la casa: televisión, nevera, etc. También nos interesa quienes viven en la casa, si hay problemas interiores, si hay invitados y quienes son. Las salidas de la casa y sus motivos. Los peligros exteriores y las amenazas de destrucción que se pueden

dar. La vida "sexual" en la casa, también están presente los noviazgos, bodas, separaciones, problemas. El cuidado del bebé. La agresividad: en la casa asociada a cada uno de sus miembros. Amor materno y paterno. La alimentación.

2. Observación del juego de la casa posterior:

Con relación a la representación que tiene el niño sobre el juego de la casa podemos utilizar la representación verbal como medio privilegiado para entender y reelaborar lo vivido por el niño, en sus dos vertientes tanto espontánea, como a partir de un cuestionario propuesto al niño sobre la casa que ha sido adaptado a partir del HTP (Test de la casa-árbol-persona de Buck).

2.1. Representación verbal espontánea

La representación contiene una realidad construida y vivida por el niño. El psicomotricista puede escuchar y entender la realidad del niño a través de lo que representa verbalmente sobre aquella casa construida y jugada. Nos interesa, ante todo, como lo que el niño ha vivido en el juego de la casa corresponde a lo que ha sucedido, y si los demás niños que participan corroboran lo que dice el que habla.

En la representación verbal, todo es real y al mismo tiempo imaginario (realismo global), por lo que debemos dar valor a los dos niveles. Existen los hechos reales de que se habla, pero que el niño los elabora y los manipula efectivamente. De algún modo, la afectividad da sentido a lo expresado. Se obra para y por una necesidad afectiva. Al mismo tiempo, el hecho grabado en el pasado o vivido actualmente mueve a la afectividad (realidad afectiva).

La causa de la vivencia afectiva puede ser objetiva (exterior). Pero hay no pocos niños que superan o compensan esa realidad exterior negativa. Y hay niños que, con una realidad ambiental positiva, manifiestan heridas afectivas considerables. Se trata de la vivencia, más que de factores externos. En la representación verbal no sólo se actualiza y elabora lo vivido en la sesión (en la acción motriz), sino que también elabora lo que está representando; produce nuevas vivencias: produce fantasmas y actúa sobre ellos.

Por otro lado, la representación verbal es, siempre, una narración y como narración, hay un punto de partida, una serie de acontecimientos, y un desenlace.

Veamos a continuación, una viñeta extraída de un artículo (Muniaín y Serrabona, 2000) donde se describe un caso de representación verbal de una niña de 3 años y medio durante el tiempo de representación verbal, había hablado primero otra niña que había hecho el papel de madre en el juego, con dos hijos, estaban tranquilos, no había peligros. Luego interviene Ca (niña):

Ca. - Yo era la hermana.

Terapeuta.- ¿Grande o pequeña?

Ca. - Grande. Estaba en el comedor.

T.- ¿En casa o en la escuela?

Ca. - En casa.

T.- ¿Vivía algún otro en la casa?

Ca. - No; vivía sola.

T.- ¿Por qué vivías sola?

Ca. - Porque ninguno quería venir a mi casa.

T.- ¿Estabas contenta o triste?

Ca. - Estaba triste.

T.- ¿Tenías un problema? [Término y situación fueron introducidos muy pronto; lo soluciona cada niño solo, o con ayuda de otro/s]

Ca. - Sí.

T.- ¿Y qué hiciste para solucionarlo?

Ca. - Le grité al papá y le dije que venga...

T.- ¿Qué dijo el papá?

Ca. - Que no quería venir.

T.- ¿Por qué?

Ca. - Porque estaba comiendo en su casa.

T.- ¿Y qué hiciste después?[Calla.].

A.(Otra niña)- ¿No llamaste a mamá? [Ca. no le oye].

T. [Dirigiéndose a A.] - ¿Qué le has dicho a Ca.?

A.- ¿No le llamaste a la mamá? [Con tono y gestualidad de adulto].

Ca. - Sí, pero dijo que no quería dormir.

T.- ¿Y por qué?

Ca. - Porque estaban tranquilos en casa.

T.- ¿Con el papá? [Mejor hubiera sido preguntar; ¿con quién?].

Ca. - Sí.

T.- ¿Pasó algo más?

Ca. - Llamé otra vez y no había nadie.

T.- ¿Pobre!... Y después ¿qué pasó?

Ca. - Que se destrozó la casa, y el techo cayó sobre la cabeza.

T.- ¿La cabeza de quién?

Ca. - La mía. Y me morí.

T.- ¿Te moriste del todo? [Es una fase del juego de muerte/resurrección, repetido durante el curso].

Ca. - Sí.

T.- ¡Ohhhh!... [Ca. no reacciona. Parece que ha acabado]. ¿Hay alguien que quiera ir a casa de Ca. para ayudarle? [Parte del rito muerte/resurrección]. (otros niños asienten).

T.- ¿Tienes muchos amigos, Ca.?

Ca. - [Tras un momento de silencio] Sí [gestualidad hacia adentro; respuesta lógica, sin sonrisa].

T.- ¿Quién quieres que vaya a ayudarte, Ca.?

Ca. - Ma. [Niña tímida; se respeta el deseo, aunque no vaya bien para la secuencia (para Ca.), pero sí para Ma., que actuará ente el grupo; la secuencia ya saldrá de un modo u otro].

T.- Échate aquí, Ca. Hábito ya conseguido, vivido como placentero. En

medio de la redonda, sale Ma.; le invito a que realice el ritual de sanación: hábito conseguido. No actúa].

T.- [Dirigiéndose a Ca.] ¿quién más quieres que te ayude?

[Cris. sale e inicia el ritual de sanación con remedios progresivos: masaje, pastillas, jarabe, inyección etc., hormigas mágicas (cosquillas). Ma. le sigue, y realiza el proceso con Cris., Ca. no reacciona ante nada. Interviene el educador (cosquillas); todavía aguanta un momento; por fin, ríe. Los compañeros, también. Algunos aplauden (hay hábito de hacerlo: más que hábito, potenciación de la reacción espontánea en muchos); aplaude también el educador].

¡Está viva!

[Ya las tres sentadas en su sitio, continúa la representación:]

T.- Si otro día.

Ca. - está sola, ¿quién le visitará? Muchos niños. yo...

T.- ¿Querrás llamar a algún amigo, Ca.?

Ca.- Sí. [Con más espontaneidad y vivencia afectiva que en el último sí, aunque sin pasarse].

A partir de esta representación verbal de lo ocurrido en el juego de la casa podemos dar un cierto sentido a su narración:

El tema central sería la casa/familia. Donde se producen vivencias afectivas de fusión (deseo de fusión/amenaza a la fusión/ruptura de la fusión; soledad); de carencia afectiva de mamá y papá; de quedar fuera de la realidad afectiva padre/madre y vivencias de muerte afectiva y muerte física. La casa sería símbolo de la familia, de las relaciones familiares; de la destrucción de la casa afectiva. El desenlace para la niña resulta trágico pero el psicomotricista y el grupo inducen un final, si no feliz, aliviador y la niña lo acepta.

Nos interesa que la niña, en el momento de expresar soledad, sienta compañía y afecto, y que esa expresión verbal, como el juego simbólico, sean, de por sí, una acción autosanativa para la niña. No intentamos borrar el síntoma, sabemos que la vivencia de una relación afectiva positiva, en una fase de constitución de estructuras (también afectivas), contrarrestará, poco a poco, la vivencia dolorosa de la niña.

Analizando este diálogo podemos describir lo que movilizaba este juego de la casa. Nos habla de la casa como seguridad que defiende de los peligros, como proveedora de lo necesario para vivir. También nos habla de la relación afectiva en la casa, de los vínculos afectivos positivos y las vivencias afectivas negativas, vivencias de muerte y abandono. Vivencias de casa y sexualidad: la mamá tiene una barriga muy grande; se hace un agujero y se saca por allí al bebé, que a veces se muere, o de casa y agresividad. También surgen los temores profundos a no tener casa, a que se destruya...

También lo exterior de la casa refleja la vivencia de la niña, a veces vivido como inseguridad y peligro, pero también como ámbito de libertad.

2.2. Cuestionario de la casa (Adaptación)

Otra vía de análisis de la representación verbal del juego de la casa es condu-

cida por un cuestionario adaptado a partir del HTP (Test de la casa-arbol-persona de Buck) y que nos permite con breves preguntas ordenar el significado de la casa construida por el sujeto (ver tabla 1).

Tabla 1. *Adaptación preguntas sobre la casa.*

TEMA: LA CASA NOMBRE _____	EDAD _____	fecha: _____
Título _____		
- ¿Quién vive?		
¿Es tuya?		
¿Quién te gustaría que viviera contigo?		
¿Por qué?		
- ¿Qué te gusta más de la casa?		
Si fueras el propietario de la casa y pudieras hacer lo que quisieras con ella. ¿Qué cuarto escogerías y por qué?		
¿Es una casa que hace sentir feliz a la gente?		
¿Qué te gusta menos de la casa?		
¿Qué es lo que más te gusta hacer en la casa?		
¿Qué es lo que menos te gusta hacer en la casa?		
¿A quién o a qué te recuerda la casa? ¿Por qué?		
¿Qué cambiarías de esta casa?		
Narración libre sobre la casa construida: _____		

2.3. Analizar la construcción de la casa podemos fijarnos en varios ítems:

Por último y siguiendo con el HTP, adaptamos el análisis del dibujo de la casa de dos dimensiones a la construcción de la casa donde jugamos con las tres dimensiones propias del espacio constructivo.

- El tamaño.
- La calidad de los acoples de material.
- La colocación en la sala.
- Los detalles.
- La simetría.
- La perspectiva.
- Las proporciones.
- El reforzamiento.
- El borrado o la reconstrucción.
- Verticalidad y horizontalidad: La altura, tiene que ver con el deseo de crecer y con el mundo de la fantasía y con la maduración psicológica.

Suponemos que sería conveniente una adaptación del test del HTP a las tres dimensiones que supone la construcción de la casa en un espacio con posibilidad de ser habitado por el niño.

Tipos de casa

Después del análisis de las casas realizadas por los infantes podemos clasificarlas por:

- a) Por su configuración evolutiva:
Horizontal: cuadrado, rectángulo o caminos, con espacio interior, con la aparición de la puerta.
Vertical: apilamientos, más o menos organizados.
- b) Por el constructor: hechas por el niño con gomaespuma, ante todo; o con los materiales habituales de psicomotricidad como cuerdas, maderas, etc.; o construidas o propuestas por el terapeuta.
- c) Por su función: Casa familiar, prisión, castillo, hospital, etc.
- d) Por el número de inquilinos que la habitan: casa multifamiliar, casa individual de grupo pequeño.
- f) Por su configuración espacial:
 - Integradas en la estructura de la sala: falsos armarios, huecos.
 - Móviles: cuevas con cavidades irregulares, formadas en la “montaña” (conjunto de mesas, sillas, bancos del circuito). La cueva misteriosa, cerrada herméticamente.
 - Casas pequeñas, aprovechando cualquier elemento.
 - El castillo
- g) Por su solidez: de paja, madera o ladrillo. Resiste, o no, a los terremotos.

Narrativas en torno al juego de la casa

Pero lo que más nos interesa es observar las narraciones en torno a la a casa, lo que ocurre y como cada sujeto se coloca en función del juego.

Podemos también proponer una clasificación:

1. Por las identificaciones. Por la permanencia o variabilidad en las identificaciones.
2. Por la presencia en la casa.
3. Por su agresividad en torno a la casa: defienden, atacan.
4. Por su dimensión afectiva profunda:
 - 4.1. Tienen casa:
 - Niños con vida afectiva sólida y con seguridad para salir de la casa en busca de aventuras y autonomía.
 - Niños amenazados en su propia casa. Prisioneros.
 - Tienen casa, pero no viven en ella, temores difusos, ausentes de sí mismo.
 - Niños que salen en busca de identidad.
 - 4.2. No tienen casa:
 - Niños que no tienen casa nunca, ni la han tenido.
 - Algunos no tienen casa, pero viven de alquiler o son ocupas.
 - Niños que han perdido la casa y juegan perdidos.
 - Niños desterrados.

A partir de estas clasificaciones, hemos podido proponer una síntesis narrativa a partir del concepto fusión-identidad: PMI.

1. Narrativas seguras:

- Competentes y felices.
- Que gozan de identidad y fusión sanas.
- Que utilizan la casa como base de la exploración.
- Se muestran conductas exploratorias competentes y activas a partir de la casa.
- Los sujetos reciben contentos a otros niños en su casa, buscando contacto e interacción.
- Si se muestra aflicción por algún contratiempo con relación a la casa, la proximidad y el contacto les calma, pueden reparar la situación de conflicto lo que permite reanudar la exploración.

2. Narrativas sufridoras:

- Se muestran muy ansiosos con su construcción y muchos son incapaces de iniciar conductas exploratorias para proteger su casa de posibles “invasiones”.
- No suelen utilizar la casa como base de la exploración.
- Muestran una gran aflicción por la destrucción total o parcial de la casa, y tras su reconstrucción (si se da) son difícilmente consolables.
- En el encuentro con los otros niños son ambivalentes: desean contacto y que vengan y admiren su casa, pero muestran enfado y resentimiento y una actitud de desconfianza frente a lo que los otros hagan.

3. Narrativas evitativas:

- Apenas muestran enfado o tristeza frente a la casa que se derrumbe o sea destruida por otros niños.
- No muestran conductas de búsqueda o contacto durante toda la situación.
- No ofrecen su casa como lugar de encuentro y evitan el contacto o compartir la casa con otros, e incluso les dan la espalda.
- Les caracteriza la falta de interés por su propia casa.
- Los niños/as que normalmente se muestran poco proactivos en cuanto a la búsqueda de un espacio propio y realizan visitas a otras casitas.
- No acuden directamente, sino que se acompañan de rodeos.
- Hacen visitas coyunturales o permanentes a otras casas dependiendo del atractivo de la construcción o del atractivo del anfitrión.

4. Narrativas desorganizadas:

- Presentan gran confusión y desorganización narrativa durante toda la situación.
- Se muestran aturdidos en presencia de los otros en su casa y dan muestras de ataque o de temor hacia el comportamiento de los demás.
- Presentan conflicto entre construir y no construir, utilizar su casa o atacar y ocupar la de los otros.
- No suele haber una dinámica narrativa del juego o es bastante poco

coherente.

Esta clasificación, aunque vinculada a la teoría del apego de Bowlby (1969), no intenta ver una correlación entre el juego de la casa y la situación extraña, pero si queremos remarcar que en dicho juego podemos leer la historia del niño y como se refleja su forma de ser y estar en la sala de psicomotricidad.

Los cuentos y las casas

Tal como expusimos en un anterior artículo (Serrabona, 2002b), diversos autores (e.g.: Bettelheim, 1995) han otorgado al cuento, principalmente narrado y vivenciado, una gran importancia en el proceso de maduración psicológica y sociológica del niño. Pero, ¿qué aportan los cuentos al juego de la casa y al desarrollo del niño? ¿Qué lugar ocupa la casa en algunos cuentos y en que sentido evidencian los conflictos primarios? ¿Ayudan a resolver conflictos al niño? Estas y otras muchas preguntas son las que nos han inducido a trabajar sobre este tema y a introducir el juego de la casa como actividad propuesta en la sesión de cuento vivenciado.

Partimos de la hipótesis de que los cuentos, especialmente los clásicos, ayudan al desarrollo integral del niño. Dentro de esta afirmación, debemos añadir que los cuentos vivenciados corporalmente por los niños, a través del movimiento, refuerzan la percepción profunda de los contenidos que pretendemos que elaboren y asimilen. Los cuentos ayudan a elaborar las fantasías y miedos del sujeto para que no bloqueen su desarrollo integral, al tiempo que ayudan a estructurar el universo cognitivo, emocional y relacional del niño, por lo que su valor preventivo, pedagógico e incluso terapéutico es indudable (Rico Norman, 2012).

Los cuentos, movilizan entre otros aspectos: la curiosidad, la imaginación, la esperanza, la identificación, el movimiento y la externalización, lo que permite movilizar las narrativas más profundas al conectar con los centros de interés del sujeto, que evidentemente, dependen de la edad y recogen aspectos tanto exógenos como endógenos. Es decir, por un lado, los conflictos internos, miedos, angustias y fantasmas, y, por otro, la necesidad de entender y conocer el mundo que le rodea (Woloschin y Serrabona, 2003).

Cuentos como *Caperucita Roja*, *Los tres cerditos*, *El lobo y las siete cabritas* o *Hansel y Gretel* nos muestran la casa como elemento fundamental del conflicto interno del niño.

En el cuento de *Caperucita Roja* se alude a una primera casa desde donde sale Caperucita y es alentada por la madre a llevarle comida a la abuela enferma. Esta primera casa, simboliza la familia sana sin problemas, con la protección de sus padres. La salida hacia la segunda casa refleja el momento vital de la pubertad, con la advertencia materna de que vaya por el camino correcto del bosque.

En el cuento de *Los tres cerditos*, Bruno Bettelheim (1995) nos indica las fases de la construcción y la fuerza del Yo. A través de los materiales de cada casa (paja, madera y ladrillos) y de las actitudes de cada cerdito, podemos ver el proceso de construcción del niño hacia la madurez y la superación.

En *Hansel y Gretel* la casa de chocolate representa simbólicamente la madre mala que los ha abandonado, obligándolos a irse y madurar. La casa se convertirá en un lugar atractivo, pero de gran riesgo si se devora, si se pretende hacer una regresión en el crecimiento; símbolo del lugar donde vivimos y a su vez, del cuerpo de la madre que alimenta a su bebé. Y dentro de esa casa, la bruja, que quiere devorarles, simboliza la regresión, como símbolo de destrucción de la individuación e independencia. Así, la vuelta a la dependencia y devoración constituyen el peligro de ser eliminado. En este cuento, la casa no es necesariamente un lugar de protección si no que es su “casa interior”, es decir, gracias a su esfuerzo conjunto e inteligencia, pueden vencer a la bruja, superando su dependencia hacia el adulto y sus propios temores ante la angustia que le supone o supondrá salir al mundo solo algún día.

Conclusiones

El juego de las casas nos aporta un significado detrás de cada casa física, que puede aparecer de múltiples formas y materiales bien elegidos para representar aquello que pretenden.

El enfoque narrativo psicomotriz, favorece el proceso madurativo y de identidad del niño/a, desde la impulsividad y tendencia de la búsqueda del placer inmediato, a la planificación y demora de la satisfacción, para prevenir y superar los peligros y dificultades del camino. En concreto, el juego de la casa nos permite ver el desarrollo de las funciones ejecutivas fundamentales, como son: la inhibición voluntaria, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva, la planificación y la toma de decisiones.

En el artículo también hemos podido observar los diferentes tipos y utilización de las casas construidas y jugadas por los infantes, de forma que nos ha permitido realizar una primera clasificación de tipos de narrativas en función al juego.

Como hemos podido anteriormente el juego de la casa permite vislumbrar la narrativa existente entre el conflicto primario de deseo de fusión y deseo de identidad. Siendo la seguridad de la casa familiar que alienta a la salida al mundo externo, con el aviso de los posibles peligros.

A modo de conclusión, podemos decir que descubrir las posibilidades narrativas de nuestra acción motriz y nuestra imaginación es un proceso fascinante. Y aún más, hacer de esa narrativa psicomotriz una herramienta creativa para superar problemas y potenciar capacidades.

Referencias Bibliográficas

- Bettelheim, B. (1995). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona, España: Crítica.
- Buck, J. (2008). *Test Casa-Árbol-Persona (HTP) Manual y guía de interpretación de la técnica proyectiva de dibujo*. Madrid, España: TEA ediciones.
- Calmels, D. (1997). *El espacio habitado*. Buenos Aires, Argentina: Capítulos de Psicomotricidad.

- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa con niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona, España: Paidós.
- Lapierre, A., Llorca, M. y Sanchez, J. (2015). *Fundamentos de intervención en Psicomotricidad Relacional*. Málaga, España: Ediciones Aljibe
- Muniaín, J. L. y Serrabona, J. (2000, noviembre). La representación verbal en Psicomotricidad de Integración. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*.
- Muniaín, J. L. y Serrabona, J. (2000). La casa. *Psicomotricidad, Revista de estudios y experiencias*, 66, 24-39.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Rico Norman, D. (2012). Terapia narrativa y cuentos terapéuticos. *Procesos Psicológicos y Sociales*, 8(1-2). Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicologia/revista-electronica-procesos-psicologicos-y-sociales/articulos-publicados-vol-8-ano-2012/>
- Ruiz Velasco, A. y Abad, J. (2011). *El juego simbólico*. Barcelona, España: Graó.
- Serrabona, J. (2002a). Un programa de actuación psicomotriz. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 70-72, 85-96.
- Serrabona, J. (2002b). Los cuentos vivenciados. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 6.
- Serrabona, J. (2016). *Abordaje psicomotriz en las dificultades del desarrollo*. Barcelona, España: Ediciones Horsori
- White, M. (2011). *Narrative Practice: Continuing the Conversations*. Nueva York, NY: Norton.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Woloschin, L. y Serrabona, J. (2003). *Visualizaciones que ayudan a los niños*. Barcelona, España: RBA.

ÍNDICE GENERAL AÑO 2019

Nº 112 TERAPIA COGNITIVA POST-RACIONALISTA: APERTURAS

Cognitive psychotherapy post-rationalist: updates

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

LA TRADICIÓN GUIDANISTA: APERTURAS INEVITABLES HACIA EL CONOCIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO FUNDAMENTADO EN INVESTIGACIÓN

The Guidanist tradition: Inevitable openings to the psychotherapeutic knowledge based on research
Álvaro Quiñones

INVESTIGACIÓN DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA POST-RACIONALISTA: UNA REVISIÓN

Research of the personal style of the post-rationalist therapist: A review
Álvaro Quiñones y Carla Ugarte

LA TÉCNICA TERAPÉUTICA DE LA MOVIOLA: UNA INTRODUCCIÓN

The therapeutic technique of la moviola: An introduction
María Teresa Miró

ORGANIZACIÓN TEMPRANA DEL SÍ-MISMO DESDE UNA MIRADA DE COMPLEJIDAD NEUROAFECTIVA

Early Organization of the self from a Neuroaffective Complexity standpoint
Felipe Lecannelier, Humberto Guajardo y Diana Kushner

OBESIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ANÁLISIS DESDE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Obesity and Eating Disorders: An Analysis from the Executive Function
Carla Ugarte

PSICOTERAPIA POST-RACIONALISTA: REVISIÓN DE PUBLICACIONES INDEXADAS

Post-Rationalist Psychotherapy: Review of Indexed Publications
Andrés Moltedo

Artículos del monográfico de Libre Acceso

“VALIDITY” OF VITTORIO GUIDANO IN THE PSYCHOTHERAPY OF THE TWENTY-FIRST CENTURY

“Validity” of Vittorio Guidano in the psychotherapy of the twenty-first century
Adele De Pascale

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO ANTE LA MUERTE

Death Coping styles and Gender Differences
Marisa Magaña, Jose Carlos Bermejo Higuera, Marta Villacieros y Rebeca Prieto

LA HERMENÉUTICA COMO UNA ALTERNATIVA PSICOTERAPÉUTICA. UNA APROXIMACIÓN INTERPRETATIVA AL SUFRIMIENTO PARTICULAR DESDE LOS APORTES TEÓRICOS DE DILTHEY, HEIDEGGER Y GADAMER

Hermeneutics as a psychotherapeutic alternative. An interpretative approximation to the particular suffering from the theoretical contributions of Dilthey, Heidegger and Gadamer
Cristóbal Andrés Pacheco Pacheco

EL YO DIVIDIDO EN LA LENGUA Y EN LOS SUEÑOS

The Divided Self in Language and in Dreams
Roberto Carlos Arias Oliveira

LOS APORTES DE LA FENOMENOLOGÍA AL EJERCICIO PSICOTERAPÉUTICO. UNA REVISIÓN HISTÓRICA

The contributions of phenomenology to the psychotherapeutic exercise. A historical review
Cristóbal Andrés Pacheco Pacheco

¿LA PSICOLOGÍA HUMANISTA COMO PSEUDOCIENCIA?

The Humanist Psychology as a pseudoscience?
Ana Gimeno-Bayón Cobos y Ramón Rosal Cortés

PSICOTERAPIA INFANTIL SISTÉMICA. LA INTEGRACIÓN DE DIFERENTES ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS

Systemic Child Psychotherapy: The integration of different psychotherapeutic approaches
Juan Miguel de Pablo Urban

Recensión de Libros / Review of the book:

EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL ANTE LOS NUEVOS RETOS SOCIALES
The transactional analysis before the new social challenges

José Luis Martorell

TUTORES DE RESILIENCIA

Resilience Tutors

Carlos Alberto Rosas Jiménez

Nº 113 ÉTICA Y PSICOLOGÍA

Ethics and Psychology

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

ÉTICA Y PSICOLOGÍA

Ethics and Psychology

Manuel Villegas Besora

ÉTICA Y DESARROLLO MORAL

Ethics and moral development

Manuel Villegas Besora

LA DIMENSIÓN MORAL EN EL DESARROLLO SEGÚN LA ÓPTICA COGNITIVO-CONSTRUCTIVISTA Y EVOLUTIVA: UN MODELO DE TRES EJES

Moral dimension in the development according to the constructivist and developmental cognitive perspective: A three-axes model

Furio Lambruschi

ÉTICA Y PSICOTERAPIA: UNA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Ethics and psychotherapy: A socio-cultural perspective

Isabel Caro

SENTIMIENTO DE CULPA DEONTOLÓGICO Y SENTIMIENTO DE CULPA ALTRUISTA: UNA TESIS DUALISTA

Deontological guilt and altruistic guilt: A dualistic approach

Francesco Mancini y Amelia Gangemi

EVALUACIÓN DE LA CULPA EN PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA: INSTRUMENTOS DISPONIBLES

Guilt assessment in psychopathology and psychotherapy: Available instruments

Marta González González, Jairo Voces Oviedo y Juan Manuel García-Haro

TEST DE AUTONOMÍA PSICOLÓGICA (TAP). UNA PRUEBA EN CONSTRUCCIÓN

Psychological Autonomy Test. A tool in construction

Albert Vidal Raventós, Alejandro Garcia-Gutierrez y Víctor Rouco

Artículos del monográfico de Libre Acceso

ETHICS AND PSYCHOTHERAPY: A SOCIO-CULTURAL PERSPECTIVE

Isabel Caro

LA CONTRIBUCIÓN DE KANT A LA PSICOTERAPIA

Kant's Contribution to Psychotherapy

Lorena Sánchez Blanco

PROCESOS SENSORIALES Y EMOCIONALES IMPLICADOS EN LA ACTITUD SOLIDARIA

Sensory and Emotional Processes Involved in Solidary Attitude

Ramón Rosal Cortés

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS INTER-
VENCIONES

Borderline Personality Disorder: Systematic Review of Interventions

Eva Font Domènech

CONDICIONANTES DEL DIAGNÓSTICO EN LA DEMANDA DE AYUDA PSICOLÓGICA EN
UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CAMPUS UNIVERSITARIO

*Determinants of the Diagnosis in the Demand for Psychological Aid in a Psychological Care Unit
in a University Campus*

Alfred Tejedo García

TRATAMIENTO GRUPAL PARA LA ANSIEDAD Y LA EVITACIÓN CONDUCTUAL EN EXÁ-
MENES ORALES

Group Treatment for Anxiety and Behavioral Avoidance in Oral Test

Luis Alberto Furlant

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES: UN MODELO TEÓRICO RELACIONAL

Solution-Focused Brief Therapy: A relational theoretical model

Ignacio de la Fuente Blanco, Yolanda Alonso y Raquel Vique

MODELO PSICOTERAPÉUTICO COMPLEJO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA HOMOFOBIA INTERNALIZADA

Complex Psychotherapeutic Model for Assessment and Treatment of the Internalized Homophobia

Daniel Rzonczinski

Recensión de Libros

PSICOLOGÍA DE LOS SIETE PECADOS CAPITALES

Blanca Anguera Domenjó

Nº 114 TERAPIA NARRATIVA: EN PERSPECTIVA

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA

Narrative Therapy in Perspective

Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona

CONVERSACIONES SOBRE LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA NARRATIVA:
PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Conversations about narrative therapy in narrative perspective: Past, present and future

Carlos Alexis Chimpén-López y Meritxell Pacheco

HISTORIA, CONVERSACIÓN Y ACONTECIMIENTO: TRES ELEMENTOS DE LA NARRA-
CIÓN TERAPÉUTICA

History, Conversation and Event: Three Elements of the Therapeutic Conversation

Ricardo Ramos Gutiérrez

¿CÓMO FUNCIONA LA TERAPIA NARRATIVA? UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
DE PROCESOS Y PROCESOS-RESULTADOS

How Does Narrative Therapy Work? A review of Processes and Process-Outcome Research

Danilo Moggia

HACIA UNA COMPRENSIÓN FENOMENOLÓGICA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN
DE SIGNIFICADO: APLICABILIDAD DE LA REJILLA DE EVALUACIÓN NARRATIVA

*Toward phenomenological comprehension of meaning construction process: Narrative assessment
grid applicability*

Luis Botella García de Cid y Berta Vall Castelló

USANDO LA METODOLOGÍA NARRATIVA DEL EQUIPO DE LA VIDA CON ADOLESCENTES
DE PISOS DE ACOGIDA Y DE MEDIDAS JUDICIALES

*Using the Team of Life Narrative Methodology with Adolescents from Foster Homes and Homes
of Judicial Measures*

Carlos Alexis Chimpén-López y David Denborough

LA CARTA RELACIONAL EN TERAPIA DE PAREJA: UN RECURSO NARRATIVO PARA LA
RECONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA Y EL BIENESTAR INTERPERSONAL

*The relational letter in couple therapy: a narrative resource for the reconstruction of interpersonal
ethics and welfare*

Adrián Montesano y Ottar Ness

SIGNIFICADO Y CAMBIO NARRATIVO A TRAVÉS DEL JUEGO CORPORAL: ¿QUÉ SE JUEGA EN EL JUEGO DE LA CASA EN PSICOMOTRICIDAD?

Meaning and narrative change through corporal game: What is played in the 'house building game' in psychomotricity?

Joaquim Serrabona Mas

Artículos del monográfico de Libre Acceso

SER TÚ O SER YO: ESA ES LA CUESTIÓN. ELABORACIÓN DEL DUELO POR LA MUERTE DE UNA MADRE

Being You or being Me: That is the question. The evolution of grief after the death of a mother

Adriana Aulet, Olga Herrero y Robert A. Neimeyer

MORAL CHARACTER, MORAL AGENCY AND THE GENRES OF THE REPRESENTATION OF OTHERS

Carácter moral, agencia moral y los géneros de la representación de los demás

David Epston

POTENCIANDO LA REAUTORÍA DE LOS ADOLESCENTES ADOPTADOS: EL PATITO QUE APRENDIÓ QUE NUNCA FUE FEO

Promoting re-authoring in adopted adolescents: The duckling that learned that it was never ugly

Sandra Ger Cabero, Meritxell Pacheco Pérez y Elisabet Solórzano Fàbrega

DIÁLOGO ABIERTO: UNA APROXIMACIÓN NARRATIVA A UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA CON MALESTAR CONYUGAL

Open Dialogue: A Narrative Approach to a Case of Couple Therapy with Conjugal Distress

Lourdes Artigas Miralles, Anna Vilaregut Puigdesens, Berta Vall Castelló, Clara Mateu Martínez y Jaakko Seikkula

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

PSICOTERAPIA EN LOS TIEMPOS DE INSTAGRAM: LAS REDES SOCIALES EN LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS

Psychotherapy in the Times of Instagram: Social Media in the Narrative Construction

Álvaro Orosa Duarte, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

Recensión de Libros

UNCOVERING SPIRITUAL NARRATIVES

Carlos Alberto Rosas Jiménez

SER TÚ O SER YO: ESA ES LA CUESTIÓN. ELABORACIÓN DEL DUELO POR LA MUERTE DE UNA MADRE

BEING YOU OR BEING ME: THAT IS THE QUESTION. THE EVOLUTION OF GRIEF AFTER THE DEATH OF A MOTHER

Adriana Aulet

Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Educación y Ciencias del Deporte, FPCEE,
Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3156-3004>

Olga Herrero

Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Educación y Ciencias del Deporte, FPCEE,
Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8975-0622>

Robert A. Neimeyer

Portland Institute for Loss and Transition, Portland, Oregon, USA
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6918-3445>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Aulet, A., Herrero, O. y Neimeyer, R. (2019). Ser tú o ser yo: esa es la cuestión. Elaboración del duelo por la muerte de una madre. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 155-170. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.322>

Resumen

En el presente artículo pretendemos exponer en detalle el tipo de intervenciones que realiza un psicoterapeuta experto en duelo y narrativa. Para ello, hemos realizado una descripción del caso, sesión a sesión, y hemos centrado la atención en los momentos en los que el psicoterapeuta interviene con la aplicación de alguna técnica narrativa. Hemos ilustrado y analizado el uso de estas técnicas y su contribución en la elaboración de un proceso de duelo, a través de fragmentos transcritos del caso. Tanto el análisis del caso como la descripción concreta de las técnicas utilizadas así como la forma en que se exponen y trabajan permiten comprender en mayor detalle la contribución de estrategias narrativas en el proceso de integración de una pérdida que tiene lugar durante 6 sesiones con un psicoterapeuta veterano, experto en duelo y narrativa.

Palabras clave: *Narrativa, duelo, psicoterapia, técnicas en psicoterapia, análisis de procesos, estudio de caso.*

Abstract

In the present article we present in detail the type of interventions utilized by an expert grief therapist who operates from a meaning-oriented narrative position. To do so, we offer a careful description of the case, session by session, focusing attention on those moments in which the therapist intervenes with the application of a specific narrative technique. We further illustrate and analyze the use of these techniques and their contribution to the alleviation of the client's grief, across several transcribed excerpts of client/therapist discourse. Both the description of the case and the concrete exposition of the techniques utilized permits the reader to understand in more detail the contribution of narrative strategies to the process of integration of a loss that takes place in 6 sessions with a veteran therapist animated by a meaning-making, narrative perspective.

Keywords: *narrative, grief, psychotherapy, psychotherapy techniques, process analysis, case study.*

Fecha de recepción: 15 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 11 de junio de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: adrianaar@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Adriana Aulet. c/ Cister, 34, 08022 Barcelona, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Introducción

El presente artículo pretende conocer en mayor detalle el tipo de intervenciones que realiza el psicoterapeuta durante el desarrollo de técnicas narrativas en un caso de duelo con buen resultado final. Para ello, empezaremos por contextualizar el caso de Deborah, expondremos brevemente la relación entre duelo y narrativa y realizaremos una descripción del caso, sesión a sesión, en la que aparecerá un resumen de cada sesión y el análisis de los momentos concretos en los que aparece alguna técnica narrativa.

Hemos desarrollado recientemente el Sistema de Codificación de Intervenciones del Psicoterapeuta (PICS) (Herrero, Aulet, Alves, Rosa y Botella, 2019) que está siendo aplicado a este mismo caso y cuyo estudio parte de investigaciones previas sobre duelo y narrativa (Herrero y Botella, 2002; Herrero y Botella, 2003). Presentaremos un breve análisis de la primera sesión a modo ilustrativo. Este caso ha sido también analizado por el equipo de la Universidad de Minho, Portugal con especial atención al estudio sobre los momentos de innovación (MI) del cliente (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos, 2011).

Contextualización del caso

El presente caso de psicoterapia describe la intervención en duelo de una mujer que ha sufrido una pérdida significativa y que ha realizado un proceso de psicoterapia eficaz en la mejora de síntomas y reconstrucción de sí misma. El psicoterapeuta es un experto en activo en psicoterapia de duelo desde una perspectiva integradora, con una fuerte fundamentación en constructivismo y narrativa, reconocido internacionalmente por su contribución a la investigación en procesos de duelo, por las numerosas formaciones impartidas y por sus intervenciones como psicoterapeuta experto. El material con el que hemos trabajado y que analizamos son las transcripciones de las 6 sesiones de psicoterapia realizadas con esta cliente. Por motivos de espacio, en este artículo presentaremos tan sólo algunos de los momentos analizados. A continuación, proporcionamos información más detallada sobre los participantes.

Psicoterapeuta: Robert A. Neimeyer, doctor en Filosofía, psicólogo clínico y profesor en la Universidad de Memphis. Es psicoterapeuta en activo y supervisa la práctica de los psicoterapeutas en varios enfoques humanísticos, incluida la terapia constructivista. Es miembro de la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología y ha contribuido de forma ingente a la literatura teórica y empírica sobre temas como la psicoterapia constructivista y los procesos de psicoterapia de duelo. Es editor de la revista *Death Studies* y *Journal of Constructivist Psychology*. El Dr. Neimeyer participa en conferencias y talleres a nivel nacional e internacional y ha recibido, entre otros, varios premios por sus contribuciones a la investigación sobre la muerte y el dolor. El Dr. Neimeyer utilizó un enfoque constructivista narrativo en su intervención psicoterapéutica con la cliente Deborah.

Participante y cliente en el proceso de psicoterapia: Deborah es una mujer

de 40 años que, 2 años antes de la psicoterapia perdió a su madre, a quien había cuidado durante su enfermedad. Deborah continúa con un intenso anhelo por la ausencia y falta de apoyo de su madre. En la terapia describe sus dificultades para poder realizar tareas diarias y un sentimiento de disminución de propósito y significado así como la necesidad de reconstruir una parte de su propia identidad. También manifiesta problemas y tensiones con sus hermanos adultos en la casa que compartían con su padre enfermo en el momento de realizar la demanda.

Duelo y narrativa

El enfoque narrativo en los procesos de duelo permite comprender como la pérdida puede contribuir al sentimiento de fragmentación de la propia historia de vida, siendo ésta percibida con un “antes” y un “después” de la pérdida o muerte de un ser querido. En este sentido, la intervención terapéutica focalizada en la narrativa del paciente pretende ayudar a fortalecer el sentido de continuidad de la propia vida (versus fragmentación) mediante la integración de dicha pérdida en la historia personal. Para ello, los pacientes se enfrentan con la tarea de tener que reconstruir sentido, significados, y la propia visión de sí mismos para poder explicar su historia “con” la pérdida (Herrero y Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2019; Neimeyer, Herrero y Botella, 2006).

El recorrido que describiremos a continuación permite historiar el desarrollo de la psicoterapia. Para ello, pondremos el énfasis en los aspectos más relevantes que suceden en cada sesión desde un punto de vista narrativo.

Descripción del proceso psicoterapéutico: resumen y análisis de las sesiones

Sesión 1 - Invitación a escribir cartas

Con la mirada en blanco y frecuentes lágrimas a lo largo de la sesión, Deborah describe cómo era su relación con su madre antes de su fallecimiento: se convirtió en su cuidadora principal a medida que la salud de su madre se iba deteriorando y cuidar de ella fue importante porque la hacía sentir que podía “estar allí para ella”. Desde su muerte, Deborah continúa sintiendo un fuerte anhelo -evidente en su tono de voz deprimido y monótono- por estar con ella FÍSICAMENTE y le está costando FUNCIONAR en el día a día (tiene pérdidas de memoria, le cuesta concentrarse y realizar tareas domésticas, perdió su trabajo...). En esta primera sesión, también relata que con frecuencia rompe a llorar en lugares públicos y está constantemente preocupada por la ausencia de su madre y su consecuente duelo. La relación con sus hermanos es complicada; según la cliente, éstos manifiestan el duelo de una manera muy diferente a ella, algo que interpreta como “desapego”. Cuando acude a psicoterapia, se siente sola e incomprendida por familiares y amigos.

Al final de la sesión, el terapeuta le propone una técnica narrativa frecuente en el trabajo en duelo desde una perspectiva narrativa: escribir una carta a su madre (Neimeyer, 2012). El valor que dicha técnica aporta a la estrategia de intervención

tiene que ver con la CONTINUIDAD DE ALGÚN TIPO DE RELACIÓN SIMBÓLICA CON LA PERSONA FALLECIDA y no con el cierre o despedida de esta persona. Concretamente, la propuesta de carta se introduce en los 10 últimos minutos de esta primera sesión e implica establecer contacto con su madre para explicarle cómo se encuentra ella ahora que su madre no está, expresar sus necesidades actuales y REABRIR ASÍ LA CONVERSACIÓN QUE QUEDÓ INTERRUMPIDA CON LA MUERTE.

T: *Me pregunto (...) si tú podrías escribirle una carta a ella acerca de cómo es tu vida ahora y acerca de lo que necesitas ahora. Casi como intentando reabrir la conversación con ella que quedó cerrada con su muerte. Me pregunto ¿cómo sería para ti? ¿Cómo te suena esta idea?*

Tal y como resulta evidente en este fragmento, al final de la indicación el terapeuta se interesa por conocer la opinión de la cliente respecto a la técnica propuesta con el objetivo de asegurarse de que dicha técnica tiene sentido para ella. Para facilitar el proceso y ayudar a Deborah a realizar esta carta, el terapeuta la ayuda a comenzarla, aportándole ideas como la forma de dirigirse a su madre:

T: *¿La llamabas mamá? ¿o de qué manera la llamabas?*

Una vez esclarecido este aspecto, el terapeuta interviene para facilitar la primera frase de esa carta:

T: *Querida Berdley [apodo cariñoso]? (...) me pregunto... si fueras a empezar este tipo de carta, ¿cuál sería la primera frase de esa carta?*

C: *Supongo que la echo de menos.*

T: *¿Qué es lo que extrañas más de ella?*

C: *Ella escuchaba*

T: *ya, tú siempre me escuchabas. Tú eras la que escuchaba. ¿Qué escuchaba ella que no escuchaban los demás?*

C: *ella siempre animaba. Ella me dijo que yo iba a estar bien.*

Al principio Deborah se muestra dudosa, pero a medida que el terapeuta le da sugerencias puede observarse como acaba accediendo y valorando los aspectos positivos de este tipo de ejercicio narrativo. En la última intervención puede observarse como el terapeuta utiliza la voz de la paciente en su intervención. A continuación, llegando al final de la sesión, el terapeuta propone a Deborah continuar con esta carta y añade una nueva indicación: ESCRIBIR UNA CARTA DE RETORNO COMO SI FUERA SU MADRE QUIEN RESPONDE A SU CARTA.

T: *Deborah, me pregunto si este podría ser el principio de una carta que podrías completar por ti misma: Querida Berdley, te echo de menos, tú me escuchabas, tú me animabas, tú siempre me dijiste que estaría bien. ¿Correcto? Podría haber otras cuestiones sentidas que siguieran a esto. Y entonces me pregunto, puesto que veo que ella era quien te decía estas cosas, quien te escuchaba, si sería posible **escribir una carta de ella dirigida a ti, para continuar la conversación.** (C: Sí) De igual modo que has escrito a John [hermano] de su parte, ahora escribir de su parte para ti. ¿Cómo te llamaba ella?*

Nótese en este fragmento como el terapeuta introduce la idea de CONTINUIDAD DEL VÍNCULO (CONTINUIDAD DE LA CONVERSACIÓN) e invita a escribir esta segunda carta empezando del mismo modo que la vez anterior: facilitando la forma en que ambas se llamaban la una a la otra para generar apodos cariñosos que ayuden en la elicitación de sentimientos. De nuevo, y siguiendo el mismo patrón, el terapeuta comprueba la forma como la cliente recibe la instrucción:

T: *Entonces, una carta del tipo Querida Debbie podría seguir y probablemente rescatar algunas de las cosas que estabas diciendo e intentando restaurar esta conversación que es tan importante y que ha quedado interrumpida por su pérdida (C: bien). ¿Cómo te hace sentir eso?*

Deborah responde “asustada” y el terapeuta explora qué parte de ello la asusta más:

T: *¿Cuál es la parte que asusta?*

C: *Es doloroso.*

T: *Sí, sí. En el caso de que sea demasiado doloroso, ¿qué podrías hacer para tratar de manejar el dolor? Porque evidentemente, estas no son palabras fáciles de escribir. Así que si necesitas tomar algún tipo de respiro, ¿cómo lo harías?*

Durante el siguiente turno de habla, la cliente anticipa formas como podría manejar ese dolor. En su penúltima intervención, tanto la cliente como el terapeuta refuerzan EL SENTIDO DE ESCRIBIR AMBAS CARTAS. Resulta evidente que, a pesar de las dificultades iniciales expresadas por la cliente, para ella tiene sentido incorporar esta técnica como forma de trabajar su bloqueo en su proceso de duelo:

C: *(...) suena como si fuera una buena idea. Y sería una forma para mí de ser capaz de reconectar con ella, (T: reconectar con ella) (...) reconectar con algunos de los pensamientos y cosas que ella podría haber tenido (T: sentir esos pensamientos de nuevo) De modo que puedo estar en un lugar más positivo.*

T: *uhuh. Es algo así como que la reconexión con ella puede reconectarte a ti con los pensamientos positivos que realmente eran alentadores, y estas maneras que ella te dio una vez en forma de palabras físicas (C: sí) Tener estas palabras dentro de ti sería algo sanador. Me gusta esa idea.*

Nótese por el final de la sesión, como el terapeuta logra con sus intervenciones que la cliente haga suya la técnica, le encuentre un sentido y vea consecuencias positivas como resultado de llevarla a cabo. En esta primera sesión, puede comprobarse el establecimiento de una buena alianza a partir del vínculo emocional que se establece entre terapeuta y cliente, el acuerdo en objetivos y en las tareas propuestas para la siguiente sesión.

Sesión 2 - Primera carta “Querida mamá: te echo de menos”

Deborah comenta cómo está intentando restablecer la relación con algunos de los miembros de su familia, así como aspectos de su día a día; comparte un sentimiento de RESENTIMIENTO hacia su madre que se explica por haber sido ella

la pequeña de la familia y haber recibido menos atención; está intentando dar UN NUEVO SENTIDO A SU RELACIÓN CON SU MADRE. En esta sesión, Deborah se presentó vestida de forma más arreglada y formal (en contraste con la apariencia más descuidada y desanimada de la semana anterior), estableciendo un mayor contacto visual y con sonrisas y carcajadas espontáneas; en esta segunda sesión, ella y el terapeuta reflexionan sobre cómo el HABER ESCRITO LA CARTA A LA MADRE LA HA AYUDADO. Deborah considera que no debía centrarse en reproches sino en decirle lo mucho que la extraña y los elementos que ahora valora de la relación que tenían. La carta parece estar más centrada en TRANSMITIR GRATITUD Y DARLE A LA MADRE UN NUEVO LUGAR en el “más allá” desde el que sigue cuidando y velando por ella y por su familia. La sesión también se centra en hablar sobre LOS ASPECTOS QUE NO FUNCIONAN EN SU VIDA DIARIA Y EN RESALTAR LOS CAMBIOS QUE POCO A POCO VAN APARECIENDO: duerme más, está buscando reencontrarse con cosas que disfrute haciendo, aprendiendo de los errores del pasado, o empezando a cuidarse físicamente otra vez. El terapeuta VALIDA esta posición nueva y REFUERZA el hecho de que la clienta esté abierta al cambio y a recibir ayuda.

Durante los primeros minutos de la sesión tanto paciente como terapeuta intercambian aspectos sobre la tarea de escribir la carta y hacia el minuto 10 el terapeuta pide a la cliente si querría compartir su carta, leyéndola lentamente y con objeto de prestar atención a dicha tarea durante esta segunda sesión. Reproducimos la carta a continuación:

C: Por supuesto: ‘Querida mamá, mi querida Berdley (apodo cariñoso). Te echo de menos. Es duro sin tu guía y ánimo. Estoy haciendo lo que me dijiste que hiciera hace casi 26 años y terminando mi grado. Estoy escribiendo a tu hijo John. Es muy duro para mi funcionar. No he trabajado [hace dos años]. Rezo a Dios estar haciendo aquello por lo que estoy destinada a hacer en este momento de la vida. Cómo echo de menos tus palabras de sabiduría y la forma en la que siempre me decías que mantuviera el buen trabajo. Sé que estás en un lugar mejor y sé que te veré de nuevo. Te mando el abrazo más grande e intento ser la persona que criaste para ser. (T: mm). Mi oración es para que este vacío de pensamiento desaparezca y sea capaz de concentrarme en el regalo que Dios me hizo de tener una madre como tú durante 43 años. Sé que nos estás siguiendo mientras tu amor vive en todo nosotros. Sólo deseo que los demás miembros de nuestra familia tuvieran algo de la empatía, fe y confianza con la que tan amablemente nos enseñaste. Hasta que nos encontremos de nuevo, abrazos y besos, tu hija y amiga, D.

T: oh dios mío, Tu hija y amiga. Tu hija y amiga. Es una carta tan amorosa. Y repleta de tanta gratitud y generosidad de espíritu en relación con ella. ¿Qué parte de la carta fueron más emocionantes para ti de escribir? ¿Hubo palabras en concreto o frases que a medida que encontrabas tuvieran un significado especial?

En esta primera intervención tras la carta puede observarse una respuesta validadora del terapeuta no sólo por reforzar la cuestión amorosa de la misma sino por utilizar los constructos que, previamente en sesión, la paciente había utilizado para referirse a su necesidad para con su madre y su duelo (“gratitud” y “generosidad” en lugar de resentimiento). Además, el terapeuta añade una intervención en este mismo turno de habla en la que explora las emociones durante la tarea y los momentos de pico emocional y significados implícitos.

Durante el resto de la sesión, la cliente expone la historia de resentimiento y el terapeuta explora acerca de la misma y de la contribución de ello a la complicación de su duelo. En esta segunda sesión, la cliente enfatiza haber estado escribiendo mucho y muestra un cambio:

C: He estado en ese camino [se refiere al camino que implica el cambio que buscaba] (T: has estado en ese camino) sabes, no he tenido ese sentimiento abrumador de que necesito parar lo que esté haciendo (T: uau) y hacer algo distinto. Es algo autodestructivo sabes...

Durante el resto de la sesión, se identifica este ciclo vicioso, se trabaja el contenido de la carta y se relacionan los cambios con la persona en la que Deborah se está convirtiendo.

Sesión 3 - Mamá: te devuelvo tu legado y te pido permiso para ser yo. Carta de aniversario tras la muerte de la madre y conversación con la madre en la silla vacía

La tercera sesión comienza con la clienta señalando que hace poco ha sido el ANIVERSARIO DE LA MUERTE de su madre y esto la ha hecho sentirse más triste de lo habitual. POR INICIATIVA PROPIA, DEBORAH UTILIZA DE NUEVO LA ESTRATEGIA DE ESCRIBIR UNA CARTA (puesto que le fue bien después de la primera sesión) para gestionar ese sentimiento. En esta sesión, la paciente explica que ESCRIBIR LE HA PERMITIDO REFLEXIONAR sobre el hecho de que en estos últimos años SE HA CENTRADO TANTO EN REPRODUCIR EL MODELO Y SER COMO SU MADRE QUE SE HA OLVIDADO DE LO QUE ES SER ELLA MISMA Y OCUPARSE DE SÍ MISMA. Esta TOMA DE CONCIENCIA sobre su propia (falta de) identidad ayuda a Deborah a COMENZAR CAMBIOS EN SU VIDA - recuperar los estudios y un nuevo trabajo a tiempo parcial - y en la forma en que se relaciona con familia y amigos. Volver a sentirse productiva le resulta gratificante y reflexiona en cómo ESCRIBIR LAS CARTAS LE HA AYUDADO A HACER ESTE “*insight*” y pasar de un sentimiento de profunda tristeza a otro más de nostalgia por la ausencia de su madre. Un ejemplo de refuerzo que da el terapeuta a lo positivo que resulta para la cliente el hecho de escribir puede encontrarse en la siguiente intervención justo al inicio de la sesión (minuto 4):

T: así que cuando miras atrás, lo que se hace evidente para ti es que tenías este tipo de necesidad obsesiva de que los demás se ajustaran a tus necesidades y a la forma en la que tú estabas sintiendo y pensando sobre su pérdida. (C: correcto) Y de alguna forma al escribir sobre esto, tomando

perspectiva 2 años y 2 meses después, empezaste a dejar ir parte de esta necesidad obsesiva?

El terapeuta formula en forma de interrogación su interpretación sobre la virtud de la escritura puesto que poner palabras a lo que le estaba sucediendo parece estar contribuyendo a un distanciamiento y toma de conciencia que la paciente advierte como positivos.

Una vez más, el terapeuta invita a la paciente a leer de forma lenta la carta que ha escrito. Deborah la lee justo a continuación, a los cinco minutos de haber empezado la sesión:

C: De hecho, lo escribí ayer en su aniversario. (T: mhm) Querida mamá, siempre fuiste el “ama de llaves” para los problemas familiares. Tenías instinto para saber qué hacer en cada situación. Tenías el don de ser todo para todos en nuestra familia. Siempre te aseguraste de que nos sintiéramos amados y especiales. Desde que te has ido de este mundo, he tratado de ser tú dentro de nuestra familia. (T: mhm) Te estoy devolviendo tu legado. Nuestra familia no lo acepta, ni me han pedido que complete el hueco que se hizo con tu marcha. Tenías un defecto y era que te preocupabas mucho por nosotros. Yo cogí esta característica negativa de preocupación por la familia. (T: ahh) Esto es algo con lo que me he excedido hasta el punto de que a menudo no sé qué se supone que debo hacer. (T: mm) Así que esto es lo primero que debo practicar. No puedo ayudar a alguien a menos que pidan ayuda. Necesito dejar de lado las dificultades de otras personas y entender que para ayudar a otros necesito dejar mi propia negatividad para progresar en el trabajo escolar o cualquier cosa en la que estoy trabajando. Sobre todo, necesito reconocer que las personas son quienes son y no puedo convertirlas en las personas que me gustaría que fueran. Mamá, te estoy pidiendo permiso para ser yo. Voy a permitirme estar bien con quien yo soy. Necesito practicar con mi propia individualidad, tener fe en que estaré bien conmigo misma. Tengo toda la maravillosa sabiduría que me enseñaste, y una de esas cosas es el poder de la oración. Con amor, tu hija y amiga, D.

Esta nueva carta, iniciativa de la paciente se da como resultado de la necesidad de escribir tras una fecha que suele ser significativa en un proceso de duelo: LA FECHA EN LA QUE MURIÓ LA PERSONA QUERIDA. Una vez más, la técnica narrativa de la carta se muestra como beneficiosa en el proceso de elaboración de un duelo puesto que permite MANTENER VIVA LA CONVERSACIÓN SIMBÓLICA CON LA PERSONA FALLECIDA PARA CERRAR TEMAS QUE HUBIERAN QUEDADO ABIERTOS TRAS LA SEPARACIÓN. En este caso, la clave se encuentra en la necesidad de permiso que la cliente necesita de su madre para reconstruir su propia identidad y ser ella misma sin sentir culpabilidad por no seguir actuando como lo hubiera hecho su madre. De nuevo, el terapeuta reacciona validando la dulzura y el afecto que contiene la carta así como la conexión con la madre. En esta sesión se trabaja en el refuerzo de la identidad de la cliente

con intervenciones como la siguiente:

T: *entonces, parece que al dejar de ser ‘mamá’, hiciste espacio para convertirte en Deborah otra vez, volviendo a ser quién eras, quién has sido y también tratando de llegar a ser quien tú quieres ser.*

Durante la primera mitad de la sesión, la paciente relaciona esta carta con la primera carta que escribió, tomando conciencia de la persona que quiere dejar de ser, el círculo vicioso en el que quedaba atrapada, la persona en la que quiere convertirse y la aceptación de que su madre no volverá. Se da una primera aceptación real de la muerte así como un efecto en la reconstrucción de su identidad.

Aproximadamente a mitad de esta sesión, el terapeuta propone a Deborah una VARIACIÓN DE LA TÉCNICA DE LA SILLA VACÍA, en la que LE SUGIERE SENTARSE EN UNA SILLA DISTINTA PARA “SER SU MADRE” DE MODO QUE ÉL PUEDA TENER UNA CONVERSACIÓN CON ÉSTA SOBRE DEBORAH y los cambios que está experimentando:

T: (...) *Tuve una idea, ya que estábamos hablando de esta noción de umm casi de obtener el permiso de mamá para estos cambios que quieres hacer. Y la idea era que **me preguntaba si podríamos tener una conversación aquí en la que pudiera entrevistar a tu madre brevemente** sobre la persona en la que se está convirtiendo su hija D. ¿Te resultaría interesante?*

Después de una pequeña muestra de duda, la cliente accede y a lo largo de la conversación el terapeuta va anotando palabras o frases significativas sobre cómo la cliente REFUERZA aspectos del cambio (como por ejemplo que necesita ser ella misma y tratar de quedarse más con los aspectos positivos de las cosas). Así mismo, VALIDAN aspectos que ella ya mostraba, como la preocupación y la atención por los demás, pero desde una perspectiva más adaptativa y funcional. Un ejemplo de como el terapeuta ayuda a Deborah a distinguir aquello que desea mantener de aquello que desea dejar atrás se pone de manifiesto en la siguiente INTERVENCIÓN DEL LÁPIZ MÁGICO, mientras conversa con ‘su madre’:

T: *Claro, y realmente quieres lo mejor para Deborah. Y si tuvieras una especie de lápiz mágico, con una punta en un extremo y un borrador en el otro, ¿cuáles serían algunos de los rasgos positivos que escribirías para que ella continuara adelante con su vida, rasgos que realmente vinieron de ti?*

C: *una comprensión amorosa de sí misma*

Este concepto lo elaboran a continuación durante el resto de la conversación de la ‘madre’, conversación que cierra el terapeuta de la siguiente manera:

T: (...) *¿Tienes algún tipo de palabras de cierre para ella en este momento? Sabiendo que podría haber conversaciones futuras entre vosotras, seguramente las habrá, pero para esta parte de la conversación, ¿algún pensamiento final?*

Nótese como el terapeuta deja abierta la posibilidad de continuidad del vínculo a la vez que trata de cerrar este diálogo y establecer alguna forma de despedida con la madre, mientras se asegura de no dejar nada relevante por decir en este momento. Las palabras de cierre de la madre, por boca de Deborah, son las siguientes:

C: *Creo que debería encontrar algo con lo que esté totalmente feliz y no preocuparse por las pequeñas cosas. (T: mhm) Que si hay alegría, todo lo demás estará bien.*

T: *bien. Gracias por dejarme conocerte Pat, ha sido un placer, te importa si vuelvo y hablo con Deborah unos minutos más.*

C: *Creo que eso sería bueno! [risas]*

Después de unos 10 minutos de conversación con la madre, el terapeuta pide a la cliente que regrese a su silla y ambos comentan la entrevista y la experiencia, mientras el terapeuta lee a la paciente algunos de los fragmentos que ha anotado. Deborah llora emocionada, explica sentirse bien con las palabras que está recibiendo y se reafirma en los elementos de cambio y transformación.

Durante la parte final de esta sesión, Deborah insiste en la idea de seguir escribiendo palabras que su madre le habría dicho como forma de interiorizarlas y hacerlas suyas, algo que el terapeuta valida:

C: *Es realmente el camino en el que estoy. De hecho, es por eso que estoy terminando mi carrera, (T: mhm) eso es lo que siempre me dijo, nadie puede alejarte de la escuela. (T: mhm) Si aprendes algo, es tuyo para siempre. (T: sí) y uh, especialmente si tienes un pedazo de papel, ya sabes, (T: sí) Es una especie de triunfo, (T: es un triunfo) a pesar de que ella no está aquí, (T: es un triunfo) un triunfo para ella también.*

T: *un triunfo para ella también. Lo estás haciendo por los dos. Y estás aprendiendo algo que puedes llevar con ella incluso aquí trabajando conmigo, ¿verdad? (C: sí) Y tienes un tipo diferente de papel para llevar contigo ¿correcto? No es una carrera [ambos se ríen] no está tan bien enmarcado como ese título que pondrás en tu pared algún día, pero...*

C: *Esto es algo que puedo escribir, porque son palabras sabias. Y estoy segura de que esto habría sido algo similar a lo que mi madre habría dicho.*

T: *Sí sí!*

C: *Y es una buena herramienta para practicar cuando quiera sus palabras, que las tengo.*

T: *Que hermosa idea. Cuando quieras sus palabras puedes tenerlas. Y la escritura es una especie de ejercicio que las pone a disposición y las pone a tu disposición. (C: mhm) ¿Estarías dispuesta a escribirlas y puede que a encontrar que otras palabras se sumen a esas palabras? tal vez sea como es o tal vez evolucione pero ¿podrías traerlo y compartirlo conmigo la próxima vez?*

C: *Sí, creo que será una buena idea y un buen ejercicio (T: sí) y me mantendrá en el cambio positivo que se ha estado formando en mi vida estas últimas semanas.*

T: *Sí, realmente yo también lo siento como una transformación, y solo estoy eh, me siento muy privilegiado, muy honrado de estar tan cerca de ti en esto. Ya sabes, siendo audiencia de este cambio que estás provocando,*

un testigo de ello. ¿Tienes alguna pregunta final para mí en este momento de esta conversación?

De nuevo, la sesión se cierra validando el cambio, reforzando la escritura como una buena herramienta terapéutica y asegurando que la paciente no desea añadir nada más que sea relevante en este punto.

Sesión 4 - Fecha de aniversario del cumpleaños de la madre, sueños en duelo y escaneo interno

Deborah empieza comentando lo ocupada que está en relación a su nuevo trabajo y seguimiento de sus estudios; sin embargo, el hecho de que la fecha del CUMPLEAÑOS DE SU MADRE se aproxime hace que este mes esté siendo duro para ella; relata seguir teniendo algunos momentos en blanco (menos), y explica tener frecuentes SUEÑOS con su madre. En un proceso de duelo, los sueños suelen tener su aparición y sirven a diversos propósitos (Worden, 1997) como ayudar a asimilar la pérdida o a reflexionar sobre su significado. Se comentan aspectos de la técnica practicada en la sesión anterior y cómo ella es más consciente de lo que está cambiando, especialmente en cuanto a su excesiva preocupación por los demás. El hecho de que su madre “*le diera permiso*” en la sesión anterior para hacer estos cambios parece tener mucho que ver con el alivio de su pesar:

C: Era, era una forma de, um identificación. Primero, tuve que identificar que estaba haciendo estas cosas, (T: uhuh) y luego cuando las escribí y reconocí y las hice realidad, me dio la idea de que podía dejarlas ir. En muchos sentidos, no creo haber visto eso, (T: wow) Ni siquiera vi que estaba haciendo todas estas cosas hasta que um, seguimos hablando sobre el tema o daba una respuesta negativa a algo maravilloso que hubiera hecho. (T: uhuh) ya sabes um.

A lo largo de la sesión también comentan estrategias que Deborah pone en marcha para evitar caer en viejos “vicios” y maneras en que ella intenta equilibrar lo que siente y los cambios que está experimentando. Hablan sobre el “vacío” que solía experimentar (y que ahora ha disminuido) y el terapeuta realiza una técnica cercana a la meditación a la que denomina “*escaneo interno*”. Con ello pretende identificar elementos físicos que estaban presentes y ya no están, otros que puedan seguir más residuales y algunos aspectos positivos que hayan aparecido y merezcan atención. Ambos relacionan el vacío con la ausencia física y los momentos que nunca podrán volver a suceder y cómo, para llenarlo, Deborah empieza a centrarse en el elemento más ESPIRITUAL y emocional de lo que queda de su relación con la madre. Se rescatan ASPECTOS POSITIVOS DE LA RELACIÓN CON LA MADRE y tras la técnica comentan la experiencia.

Sesión 5 - Rituales, sueños, autoafirmación, espiritualidad y evaluación de objetivos

La quinta sesión comienza recordando y comentando la experiencia de la técnica la sesión anterior y el impacto que ello tuvo en el periodo entre sesiones.

La cliente comenta que a medida que se acerca EL CUMPLEAÑOS DE SU MADRE se siente más triste y discuten la forma en cómo lidia con ello llamando a una de sus hermanas mayores, con la que tiene mejor relación, o llevando flores a la tumba de su madre (RITUAL). En esta sesión, Deborah se está reposicionando en su relación con sus amigos y su hija y está siendo importante para ella empezar a decir “no” en algunas situaciones. Deborah expone de nuevo otro SUEÑO vinculado con su madre; en este caso, lo interpreta como la forma en que su madre le decía que estaba bien. Esto abre un espacio en la sesión para hablar de algo más espiritual centrado en las creencias de Deborah y en cómo éstas la están ayudando a elaborar su proceso de duelo y su relación con los demás en términos de generosidad y ayuda. Al final de la sesión, el terapeuta recupera los objetivos terapéuticos que se habían acordado al principio y le plantea a la cliente cómo le gustaría enfocar la última sesión. De este modo, propone a Deborah reflexionar sobre los cambios que ha ido experimentando y que han ido discutiendo desde la primera sesión y le pide que ANOTE estas ideas para comentarlas en la próxima sesión. La penúltima intervención del terapeuta en esta sesión es una intervención de nuevo de carácter narrativo basada en la técnica de los CAPÍTULOS DE VIDA (Neimeyer, 2002), especialmente indicada para la intervención en un proceso de duelo:

T: Sí, y por supuesto, ya sabes, eso vendrá a veces, ¿no? Porque habrá pena. No es un libro cerrado. (C: no) Es un libro que estás aprendiendo a abrir y cerrar, y a moverte por diferentes capítulos y, literalmente, estás añadiendo contenido a ese libro ¿no? (C: sí) con la escritura que estás haciendo. Um, y tal vez con el cumpleaños de tu madre a la vuelta de la esquina, sería un momento natural para la reflexión, (C: mhm) ¿sabes? Algo así como ‘mamá, ¿cómo me estoy ahora relacionando yo contigo y tú conmigo? ¿Cómo está cambiando eso? ¿correcto?

C: Suena bien.

T: Suena bien. Veo esa sonrisa sí. Bueno, tengo muchas ganas de escuchar lo que resulte de ello y de ver lo que resulte de ello y tal vez leer lo que resulte de ello.

C: Bien.

Este cierre abre la transformación a los diferentes sentidos (escuchar, ver, leer) empujando y ampliando el cambio hacia distintos niveles de sensaciones a la vez que resulta agradable para la cliente. El resultado de esa reflexión pretende reforzar el posicionamiento de la cliente respecto a su madre y mantener la relación simbólica y espiritual entre ambas.

Sesión 6 – Mamá, puedo ser yo y mantener tu espíritu vivo

La última sesión comienza con una REFLEXIÓN profunda por parte de la cliente sobre el gran CAMBIO que ha hecho desde la primera sesión. Se siente mejor, sin esos bloqueos, y se ha dado cuenta de que gran parte del problema pasaba porque INTENTABA SER SU MADRE COMO FORMA DE MANTENERLA VIVA. Este significado ex-

plicaría la “resistencia al cambio” de la paciente. Tal y como indica Rando (2012) explorar el significado del “no cambio” en el proceso de duelo resulta fundamental para comprender el bloqueo. En palabras de la paciente:

T: *Bueno Deborah, bienvenida una vez más, y supongo que una última vez en la que tenemos la oportunidad de ver cómo este proceso está yendo para ti esta semana y también echar una mirada atrás hacia dónde hemos estado y hacia adelante hacia dónde te estás moviendo.*

C: *Mmm, creo que ha ido excelente. Um uh, he notado un cambio en mis emociones, no he estado teniendo, uh, ya sabes, tengo tristeza, pero solía tener momentos en los que quedaba en blanco, y ni siquiera sabía qué hacer a continuación, (T: cierto, sí) y (...) y (T: correcto) simplemente ahora no está sucediendo en mi vida y creo que, reflexionando, creo que esto me ha ayudado inmensamente, ya sabes (T: huh), ser capaz de identificar el problema. Ni siquiera me había dado cuenta de que estaba tratando de ponerme en los zapatos de mi madre cuando empezamos. Solo pensaba que estaba siendo la cuidadora (T: uhuh) y que estaba haciendo las cosas que quería hacer. Y el (T: uhuh) cuando alumbramos esa luz con un poco más de profundidad, vi que estaba tratando de, sabes, cómo de **mantener viva a mi madre siendo lo que era ella para las personas de mi familia.***

T: *Wow, (C: Entonces) **Estaba tratando de mantener viva a mi madre siendo lo que era para mi familia.** (C: mhm) Y ese enfocar la luz directamente en ello realmente parece que comenzó a cambiarlo para ti.*

C: *Cierto, también me ayudó a um mejorar um asociarlo con el hecho de que ella se fue, (T: sí) que soy capaz de mantener los rasgos que son buenos y no tengo que mantener todo o ser ella, **sigo pudiendo ser yo y mantener su espíritu vivo** y bien. hmm es realmente genial.*

T: (...) *Está muy bien dicho. **La idea de que puedes ser tú misma y conservar a tu madre.** (C: mhm) Pero de la misma manera, también dijiste algo así como, que **reconoces que ella se fue y puedes decir eso sin las lágrimas apareciendo y sin sentir ese bloqueo.***

Tal y como puede observarse con la primera intervención del terapeuta, éste conecta pasado, presente y futuro. En esta sesión, Deborah puede aceptar que su madre ha muerto y que le queda todo aquello que le enseñó en vida; es consciente de que ha pasado de fijarse sólo en lo que “ya no está” para fijarse TAMBIÉN EN LO QUE QUEDA; ello ha repercutido en positivo en su relación con familiares y amigos. Psicoterapeuta y cliente REFLEXIONAN sobre los momentos de la terapia que han sido de más ayuda como, por ejemplo, el de PERMITIRSE SER ELLA MISMA para poder avanzar, sentirse más libre y relajada. Hablan sobre esta “NUEVA Deborah” (en el presente: la persona en quien se ha convertido) y sobre su futuro (hacia dónde va). Deborah es ahora capaz de verbalizar que su madre ha muerto sin llorar desconsoladamente y sostiene tener ganas de aferrarse a lo bueno para seguir construyendo en base a ello; explica lo importante que es para ella el hecho de no sentirse desbordada

por los sentimientos de tristeza y, a pesar de que acepta que a veces aún se siente triste, ese desborde emocional se “*ha disipado*”, como si A TRAVÉS DE LAS CARTAS, LAS CONVERSACIONES Y LOS SUEÑOS SU MADRE HUBIESE CONTRIBUIDO A ELLO. Esto la reconforta y la ayuda a resituarse en esta “NUEVA RELACIÓN”. En esta última sesión, se refuerzan las nuevas estrategias y herramientas de las que ahora dispone para seguir adelante, gestionar los momentos de tristeza y sentir seguridad en sí misma.

Deborah es capaz ahora de hablar con ilusión de su nuevo trabajo, sus estudios y los proyectos que tiene en mente.

De este modo, pasado, presente y futuro recuperan una continuidad narrativa que había sido fragmentada con la pérdida aun sin integrar en la propia historia de vida.

Análisis de la primera sesión según el sistema de codificación de intervenciones del psicoterapeuta (PICS)

Disponemos de un análisis exhaustivo de las 6 sesiones basado en el PICS. Sin embargo, por razones de espacio, resumiremos brevemente algunos resultados de la aplicación a la primera sesión por su interés en términos de establecimiento de vínculo al inicio del proceso y algún comentario final sobre la evolución de las categorías durante el mismo.

El PICS (Herrero, Aulet, Alves, Rosa y Botella, 2019) es un sistema de codificación formado por 4 grupos de intervenciones del terapeuta. Los dos primeros grupos están enfocados al establecimiento del contexto psicoterapéutico y los dos últimos lo están hacia los procesos:

- 1) **CONTRATO DISCURSIVO:** intervenciones del terapeuta que establecen las reglas que guiarán la relación con el cliente: diferenciación de roles, socialización del cliente en la perspectiva terapéutica; enfoque en los temas; establecimiento de objetivos...
- 2) **FACILITADORES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA:** intervenciones terapéuticas que mejoran el apoyo y aceptación hacia el cliente: promover comodidad; clarificaciones, empatía...
- 3) **FACILITADORES DEL DISCURSO DEL CLIENTE:** formas cómo el terapeuta utiliza el lenguaje para ayudar al cliente a conocer mejor y expresar el problema: escucha activa, metáforas, parafraseo, preguntas...
- 4) **LIBERACIÓN DE DISCURSOS RESTRICTIVOS:** intervenciones que pretenden ayudar al cliente a distanciarse del problema y encontrar alternativas más adaptativas: validación de nuevas perspectivas del problema, reconocimiento de necesidades o deseos del cliente, formulación de una teoría que dé sentido a lo que le sucede...

Durante la *primera sesión*, el terapeuta introduce la primera técnica narrativa -la carta- al final de la sesión, como propuesta de tarea. En el periodo de tiempo en el que el terapeuta le plantea la técnica a la cliente se puede apreciar que los dos grupos del PICS que más utiliza (Figura 1) son el Grupo 1 y el Grupo 3, seguidos

del Grupo 2.

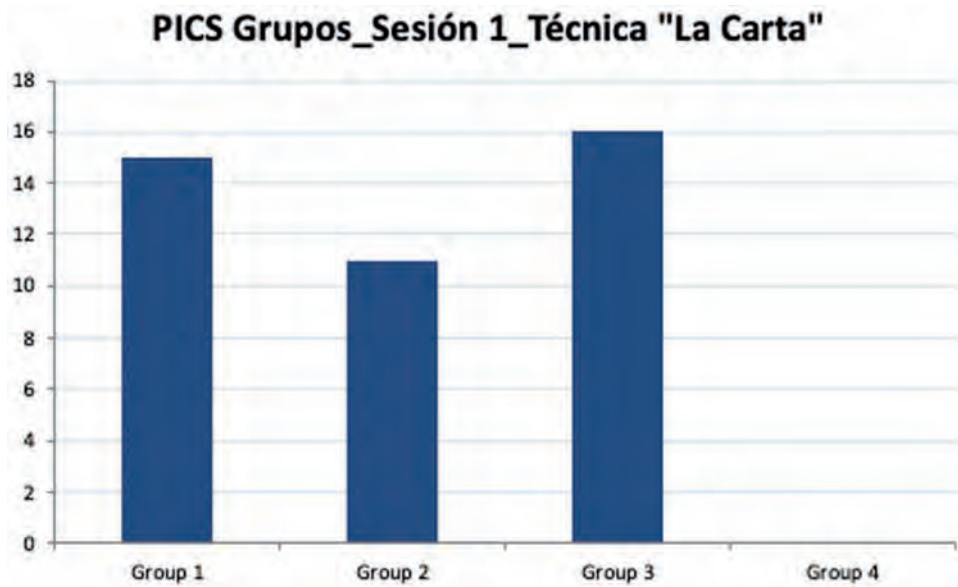


Figura 1. Frecuencia de uso para cada Grupo del PICS durante la técnica de la sesión 1.

Los resultados analizados en la sesión completa muestran que aunque los grupos 1, 2 y 3 se usan en una tasa alta durante toda esta sesión, la frecuencia más alta de uso para los tres está concentrada hacia la segunda mitad de esta sesión. Es muy interesante señalar que el grupo 4 está ausente en esta primera sesión. Esta es una tendencia interesante que se puede explicar si consideramos que al comienzo de la sesión la cliente presenta el problema y el terapeuta, principalmente, realiza aclaraciones y preguntas para motivarla a que explique más. Pero a medida que avanzan, el terapeuta aumenta el nivel de intervención para establecer las bases de la relación y los objetivos terapéuticos. Si observamos los tipos de categorías que están más presentes, esta última consideración se confirma cuando el terapeuta interviene principalmente con: a) *Enfoque temático* (G1) para ayudar a la cliente a reducir los problemas, estructurar la información y las demandas; b) *Aclarar / Confirmar* (G2) que se entendió a la cliente; y c) *Preguntas* (G3), como un recurso para ayudarla a concentrarse y reflexionar sobre su propio discurso. En esta sesión también se observa, pero con una frecuencia menor, el uso de: i) *Negociación de objetivos* (G1); ii) *Proporcionar confort, Uso de empatía y Validación del discurso de la cliente* (G2), claves para establecer una relación para el proceso terapéutico; y iii) *Parfraseo* (G3), cuyo objetivo es ayudar a la cliente a hacer su discurso más inteligible.

En particular y en relación a la técnica narrativa utilizada en esta sesión, observamos pues que los dos grupos que más utiliza el terapeuta son el G1 "Contrato

discursivo” y el G3 “Facilitadores del discurso del cliente”.

Cuando se considera en análisis de las 6 sesiones, puede observarse como a medida que éstas avanzan el G4 aparece como más fuerte. Ello es muy coherente puesto que el cambio se produce y valida a medida que avanzan las sesiones.

Conclusiones

Nuestro objetivo en el trabajo con este caso ha sido el análisis exhaustivo de las intervenciones del psicoterapeuta para poder así contribuir a la investigación de procesos en psicoterapia y narrativa: comprender qué y cómo hace un psicoterapeuta veterano, experto en duelo y narrativa, para ayudar a una paciente que acude a psicoterapia con un duelo no resuelto y cómo contribuye a que la cliente pueda realizar cambios significativos en tan sólo 6 sesiones.

Este caso permite evidenciar cómo las intervenciones narrativas facilitan el trabajo de integración de la pérdida en la propia historia de vida, la reconstrucción de la propia identidad después de la pérdida y el mantenimiento del vínculo simbólico con la persona fallecida.

Referencias bibliográficas

- Gonçalves, M., Ribeiro, A., Mendes, I., Matos, M. y Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Herrero, O., Aulet, A., Alves, D., Rosa, C. y Botella, L. (2019). Psychotherapist Interventions Coding System (PICS): A systematic analysis of rhetoric mechanisms in psychotherapy. *Narrative Inquiry*, 29(1), 157-184. <https://doi.org/10.1075/ni.18035.her>
- Herrero, O. y Botella, L. (2002). La reconstrucción dialógica en un caso de duelo: Mecanismos pragmático-retóricos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 13(49), 47-76. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/726/s/la-reconstruccion-dialogica-en-un-caso-de-duelo-mecanismos-pragmatico-retoricos-en-psicoterapia/category/3/>
- Herrero, O. y Botella, L. (2003). La pérdida del paraíso: Efectos y reconstrucción en un caso de duelo. En A. García (Ed.), *Sobre el morir y la muerte* (pp. 129-158). Tenerife, España: Universidad La Laguna.
- Herrero, O. y Neimeyer, R. A. (2006). Duelo, pérdida y reconstrucción narrativa. En L. Botella (Ed.), *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (38-51). Barcelona, España: Edebé. <https://doi.org/10.1340/RG.2.1.3874.6649>
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona, España: Paidós.
- Neimeyer, R. A. (2012). Correspondence with the Deceased. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy: creative practices for counseling the bereaved* (259-261). Nueva York, NY: Routledge.
- Neimeyer, R. A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43(2), 79-91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>
- Neimeyer, R., Herrero, O. y Botella, L. (2006). Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 127-145. <https://doi.org/10.1080/10720530500508738>
- Rando, T. (2012). Is it okay for you to be okay? En R. A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy: creative practices for counseling the bereaved* (pp.149-151). Nueva York, NY: Routledge.
- Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós.

MORAL CHARACTER, MORAL AGENCY AND THE GENRES OF THE REPRESENTATION OF OTHERS ⁽¹⁾

David Epston

Co-Director, The Family Therapy Centre. Auckland, New Zealand

How to reference this article:

Epston, D. (2019). Moral Character, Moral Agency and the Genres of the Representation of Others. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), págs 171-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.325>

Abstract

This article is an Address given in San Antonio, Texas where some ways of approaching conversations that highlight people's moral character in relation to the Problem that harasses them are discussed.

Several stories are offered to help reflect on people's ability to see themselves as worthy of their own respect and the respect of others. Such moral respect not only allows what we might call "moral agency" but also allows us to exercise it more freely.

Conversations about people's "wonderfulness" and conversations that begin with virtues, not problems, are ways to subvert the dominant representations that the problem offers.

It is about recovering people's lives from everything that stripped them of what I will call "their moral character".

Possibly, in tune with what has been called the preferred identity, people prefer to be represented in terms of their moral character, their moral virtues. This also has to be made manifest in what we call counter-documents and a set of therapeutic letters is offered to exemplify this. Perhaps the present article can be seen as a counter document, where the need to rescue the moral virtues of people is made manifest, even before speaking of problems.

Keywords: *narrative therapy, moral agency, preferred identity, conversation, counter document.*

Resumen

El presente artículo es una conferencia ofrecida en San Antonio, Texas donde se plantean algunas formas de acercarse a conversaciones que destaquen el carácter moral de las personas en relación con el Problema que las acosa.

Se ofrecen varias historias que ayudan a reflexionar acerca de la capacidad de las personas de verse a sí mismas como dignas de su propio respeto y del respeto de los demás. Tal respeto moral no sólo permite lo que podemos llamar "agencia moral" sino también poder ejercerla más libremente.

Las conversaciones acerca de las "maravillosidades" y las conversaciones que comienzan con las virtudes y no con los problemas, son modos de subvertir las representaciones dominantes que el problema ofrece.

Se trata de recuperar las vidas de las personas de todo aquello que las despoja de lo que voy a denominar "su carácter moral".

Posiblemente, en sintonía con lo que se ha venido denominando la identidad preferida, las personas prefieren ser representadas en términos de su carácter moral, sus virtudes morales. Esto también tiene que quedar de manifiesto en lo que llamamos contradocumentos y se ofrecen un conjunto de cartas terapéuticas para ejemplificar esto. Quizás el presente artículo pueda ser visto como un contradocumento, donde se pone de manifiesto la necesidad de rescatar las virtudes morales de las personas, incluso antes de hablar de los problemas.

Palabras clave: *terapia narrativa, agencia moral, identidad preferida, conversación, contradocumento.*



To deliver a Plenary Address to such an august body I assumed a responsibility to think beyond what I had thought about so far. I did so to show my gratitude as I have taken your invitation to address you as an honour. And I confess I lost several month's sleep wondering how I might live up to that.

So let me sketch my intentions for this address. I want to introduce you to the vocabularies and ideas I will be drawing from in contemporary scholarship-philosophy, sociology, anthropology and a smattering of literary studies. For that reason, some of what I may have to say may be unfamiliar but I hope by the end of my address, that will no longer be the case. I am going to speak of moral character, moral agency and genres of representation of the other. But more importantly I will tell you the story of how I came to such concerns, those seemingly chance events that afterwards you might say you were destined to realize. That somehow or other you were prepared for it. What the scientist Louis Pasteur referred to in 1854 as 'the prepared mind'. Pasteur wrote in this regard: "Have you ever observed to whom accidents happen because in the fields of observation, fortune favours the prepared mind?"

My story, or perhaps stories, have to do with some of the accidents that happened to me and how my mind was prepared for them and how this led me to consider how those who seek our assistance might be represented in a way that hearten them to engage the vicissitudes of their lives- what we my refer to as 'Problems' by virtue of their moral character. And with what results because I will admit to you I was surprised as you may be to hear what I have to say.

First let me tell you about Maureen, aged nine and her mother, Beverley who consulted my colleague David Marsden in Los Angeles.

"Maureen's step-grand-father had died of a heart attack only days after visiting Maureen and her family after which her world grew precarious. For six months and counting, she had not been able to stop thinking about his last visit, plagued by the idea that he might be alive today if only she had paid closer attention. Surely there must have been warning signs. Of late, she had become increasingly pre-occupied with the health of others- her grandmother, her mother, and her younger sisters. Maureen went to bed most nights accompanied by troubling thoughts and awoke in the morning to a sense of dread. In recent weeks, she had taken to calling her mother at work to make sure she was alright unable to wait for her safe arrival home. She had begun to collect momentos of her family such as ticket stubs and receipts so if they died, she would have keepsakes of them".

Here are some abstracts from the transcript of their meeting. Please join me in getting to know Maureen and Beverley and their moral deliberations about loss, love and ethics and consider their moral character in relationship to the 'Problem'.

"David: Has worry been weighing you down?"

Maureen: I guess.

Mother: She is a sensitive child. She is the eldest and most vulnerable in some ways. I told her Nana has a cold. It's nothing. She and her Nana are very close in

spite of the fact that my mother lives in Chicago. They email and we are going back in spring to visit. Mo (nickname for Maureen) is the most excited.

David: Beverley, is Maureen's deep feeling for her Nana part of her sensitivity?

Mother: Oh, there is no question about that.

David: I wondered if that was the case. Beverley, can you tell me more about her sensitivity before Worry came in to the picture?

What was her sensitivity like?

Mother: The first thing that comes to mind is how much she has always cared for everyone especially her two younger sisters.

David: Is it possible that Worry has been taking advantage of her Sensitivity of late? Before Worry showed up, did you think of her sensitivity differently?

Mother: Yah, I thought of it as a gift in some ways.

David: If it is a gift and not meant for Worry's purposes, for what purpose might it have been intended?

Mother: For love!

David: What brings tears to your eyes as you consider Maureen's capacity to love?

Mother: It's just her capacity for love. She is my special girl.

David: Maureen, are you especially gifted at loving?

Maureen: Yah.

David: How good are you at loving your nana and your sisters?

Maureen: Really good!

David: And how do you get to be so good at loving?

Maureen: Because I was born close to Valentine's day. Isn't that right Mommy?

Mother: That's right honey. February 10th. You are a valentine baby!

David: Were you touched by love from the very beginning?

Maureen: I already knew how to love before I was born.

David: If you could, would you give away some of your sensitivity?

Maureen: You can't give it away!

David: But what if you could? Imagine you had three wishes, would you use one to be less sensitive?

Maureen: No!

David: Why not? Isn't it harder this way?

Maureen: Yah!

David: Would it be better to care a little less and in that way, still care but Worry wouldn't be able to sneak in if something hard happened?

Maureen: No, it's better to care.

David: Even if it hurts sometime.

Maureen: Yes, because if you care more about people, they care more about you.

David: If you care more, how do you bear it when you lose someone?

Maureen: I don't know.

David: Does Maureen take after you? Does caring a lot run in your family?

Mother: She does take after me matter of fact. It is not the easiest road, I can tell you!

David: And how have you lived with your sensitivity through the years?

Mother: I'd have to think about that. I wish I could give her an easy answer.

David: I appreciate your honesty, Beverley, and I have to admit that I do not have the answer myself. Maureen, I want to ask you but I don't know if it is fair to ask a nine year old such a question but anyways, here goes. Is it worth it to care so deeply?

Maureen: Yah!

David: Can you try to explain it to me? What makes it worth it?

Maureen: I don't know..it's just better to care.

David: Is your grandfather watching you from above?

Maureen: Mommy says he's in heaven.

David: Is it possible that he feels your love all the way from Los Angeles to heaven?

Maureen: He can feel me.

David: Do you think he knows what you are going through?

Maureen: Yah!

David: What do you think he understands?

Maureen: That I miss him.

David: Why is it worth to care as much as you do? To have the gift of sensitivity when it comes at such a price?

Maureen: Because it is better to love.

David: Beverley, do you agree with your daughter? That this is the bottom line. That it's all about love even if there is a cost?

Mother: Yes it is. She's my girl³".

Do you wonder what might have been prescribed for her if in the most recent round of the Diagnostic Statistical Manual, such grief had been successfully declared to have been a diagnostic entity with well marketed pharmacology to pacify her? Would she, her mother and David been able to engage in a discussion of her moral character in relation to the Problem that was besetting her? And for Maureen to care instead of wishing away her sensitivity to others? Would it have been possible for Beverley to have reason to now revalue it as a gift she was bestowing on her beloved eldest daughter when she was reassured it was all about love, even if there is a cost?

After meeting with a very scholarly family in Oaxaca in Mexico in 2004, Margarita Boom wrote me an email telling me that the interview had had an extraordinary effect on all her family members when she sent around to them a transcript of the interview. Her proposed title for a book chapter she intended to write about this was- 'Reclaiming the Dignity and Honour of Our Ancestors', a family which had been disgraced by the humiliations of her father's mental health crises and recurrent hospitalizations⁴. These were not entirely familiar terms to an English

speaker like myself and perhaps that as much as anything else caught my attention.

However, on reflection Michael White and I had been concerning ourselves about something very similar from our very first conversations in the early 80s. In fact, I found those Latin terms ‘honour’ and ‘dignity’ uncanny. By this time, we had encountered the American philosopher, Hilde Lindeman Nelson’s term, ‘respect-worthiness’, a word in fact that she had invented for her specific purposes. It had not previously existed in the English language. By that she meant “the capacity for a person to convince themselves and others firstly that they were worthy of their own respect and secondly of others”⁴. She went on to argue that such moral respect not only allows moral agency but also to exercise it more freely⁵.

This allowed me to return to the very beginnings of narrative therapy, especially when I chanced to come across at the Auckland Central Library Thomas Kuhn’s *History of Scientific Revolutions*³ which Michael and I were reading as well as many others in the early 80s. I decided to reread it. Kuhn proposed that every ‘paradigm shift’ in science at any rate was consumed by a ‘puzzle’ which would be inventors set out to solve or at least unpuzzle. I thought to myself, “What was our puzzle?”. I thought this would be hard to answer but it didn’t take very long at all for me to seek and find the puzzle. I am going to refer to it as a ‘crisis of representation’ which emerged in the social sciences in the 70s and was driven since then by feminist, queer, cultural studies and indigenous critiques of the ‘representation of the other’. Both Michael and I found the dominant modes of representation that dominated our professions as offensive, degrading, humiliating and above all else stripped the person concerned of what I am going to refer to as ‘their moral character’.

In fact, recently I met a woman, now aged thirty-nine, at an undergraduate Social Work program here in New Zealand where I lecture. She approached me to inform me that she had met Michael once and me twice twenty-nine years ago and it was because of those two meetings that she had enrolled for the degree. I recalled Marie as a ten year old suffering from anorexia and when I met her, her parents and two older brothers, a hospital admission had been scheduled in three days time. Her family had arranged an urgent appointment with me to see if such a prospect could be averted. As it turned out, she commenced eating immediately upon leaving my office. In fact, they had gone directly from there to a nearby chain restaurant. I met her and her family one month later and Michael White who had been visiting me in Auckland accepted my invitation to join us.

This is what she told me all those twenty-nine years later.

I knew that because I could get over this with my family’s help, I could help others. But first I wanted to find a wonderful partner and two wonderful children that we now have. Now that they are almost ready to go to high school, it is now time for me to do what I determined do all those twenty-nine years ago. And I remember every question you asked, especially the ones about how caring and giving my granny was and how I might be taking after her and I guess I am. And I guess that’s why I am here today.

She told me her parents wished me well and wanted me to know that they had saved to that day my letters as well as Michael's letter. Can you imagine my enthusiasm to recover these letters? I had to wait several months as her parents were travelling overseas. This only whetted my appetite.

I want to read to you my second letter to her parents dated March 20, 1985.

Dear Don and Cheryl:

I am writing to indicate to you both my respect for you as parents. I still believe that you provided the conditions for Marie to face up to and overcome the anorexic life style she was rapidly heading for. You deserve my congratulations. This of course does not mean there might be the odd hiccup in the future. This is to be expected. But I have supreme confidence in you both to deal with anything that comes your way. Your daughter is fortunate to have such wonderful parents and it comes as no surprise to me that she herself is fully aware of this.

I am honoured to know you and your family who has tackled such a Problem that can cost young women some or all of their lives.

Fond regards,

David.

If I hadn't realized before, this vindicated how such conversations contribute to young people's philosophies of being.

Before I proceed, I am going to ask you to tolerate for a minute or two a very personal inquiry which I doubt, when you awoke this morning, you thought you might be considering at my address or at any other of the workshops you will be attending at this conference.

Imagine this if you will:

You have lived a very long life...70 or 80 years or more. Over these years you have achieved much of what you had aspired to do, according to the purposes you had for your life. You know that the time that remains to you is short although you are not experiencing any pain or suffering at all. You are determined that you will advise those who will organize your funeral how you wish to be known by those you expect to attend your funeral- immediate family, close friends and colleagues. Let me put it another way- how you wish the life you have lived to be represented. You know only too well there are very few modes or genres of representation. Would you prefer those you select to speak about the living of your life according to your moral character, your moral virtues? Or would you rather prefer to arrange for a post-mortem psychiatric assessment that will be read aloud as a representation of your life? If you are like me, you will find this a very easy choice. You will want to be represented in terms of your moral character, your moral virtues. Why is this so when we as professionals represent the people that consult us in a very specific and particular genre of representation. This form of representation which has markedly grown in its influence over the last fifty years makes little or no reference to matters of moral character or moral virtues, the terms you and I would have wished to be

known by. From hereon, I will refer to this mode of representation as ‘pathologizing’ and the one you chose for your funeral and obituary as ‘characterizing’.

By the same token, have you ever thought to know those who consult you in the same way you would seek at the end of your life to be represented and known? And if you were to do so, would they come to know themselves any differently than they might have otherwise?

I know Michael White and I were at pains to resolve such a conundrum and come to know them in the same terms and by similar means to how we might want to be known. For them to be in Hilde Lindeman Nelson’s coined phrase- ‘respect-worthy’ rather than blameworthy or shameful. By the time, we had encountered the American feminist philosopher, Hilde Lindeman Nelson’s term, ‘respectworthiness’, a word in fact that she had invented for her specific purposes. It had not previously existed in the English language. By that she meant ‘the capacity for a person to convince themselves and others firstly that they were worthy of their own respect and secondly of others⁵⁷’. She went on to argue that such moral respect not only allows moral agency but also to exercise it more freely (Nelson, 2001).

Let me quote from Whitaker and Cosgrove’s (2015) *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Reform*. This book emanates from the Edward J. Safra Center for the Study of Ethics at Harvard University. And in it, the authors quote Sam Crisp who wrote a review of the DSM5 as if it was a novel.

This is what he writes:

This is a story without any of the elements that are traditionally held to constitute a setting or a plot. A few characters may make an appearance but they are nameless spectral shapes, ones that wander in and out of view as the story progresses briefly embodying various illnesses before vanishing as quickly as they came. A sufferer of major depression or of hypochondriasis might eventually be revealed to be the same person but mostly the boundaries between diagnoses keep the characters apart from one another. The idea emerges that everyone’s illness is somehow their fault, that it comes from nowhere but themselves, their genes, their addictions or inherent insufficiency. We enter a strange shadowland where for someone to engage in prostitution isn’t to do with intersecting environmental factors, gender relations, social class, family and social relationships but a conduct disorder. If there is a normality here it is near catatonia. The DSM5 has no definition of happiness other than the absence of suffering. A normal individual in this book is tranquillized, bovine-eyed mutely accepting everything in a sometimes much in the way about it. The vast absurd excess of passion that forms the raw matter of art, literature, love and humanity are too distressing. It is easier to stop being human and plod on as a heaped collection of diagnoses with the body vaguely attached (p. 137).

The philosopher Aristotle, who lived from 384-322 BC, in Book 1 Chapter 9 in his study of Rhetoric proposed two parallel modes of representation: the Base

and the Noble, by which he intended to distinguish between 'virtue' and 'vice'. He wrote:

We now have to consider virtue and vice, the noble and the base. These are objects of either praise or blame. The noble is that which is both desirable for its own sake and also worthy of praise. If this is a true definition of the noble, it follows that virtue must be noble since it is both a good thing and also praiseworthy. The forms of virtue are justice, courage, temperance, patience, munificence, magnanimity, morality, gentleness, prudence and wisdom. (Aristotle, 1984, p. 47).

I now want to turn to medical anthropology and literary theory before we proceed any further to introduce you to other distinctions between 'characterizing' and 'pathologizing'. I am referencing here E.M. Forster in his classic *Aspects of the Novel* published in 1956. According to Forster, "flat characters in their purest form are constructed around a single idea or single quality" (what we might refer to as a diagnosis). "When they are identified as such, flat characters never waver; they do exactly what you expect them to do, no more and no less". "Flat characters", Forster notes, "can be described in a single sentence. Round characters by contrast possess multiple qualities, shadowy ambiguities and outright contradictions. Most importantly, round characters are capable of change unlike flat characters" (Forster, 1956).

I realize now that this dilemma of these conflicting modes of representation-'pathologizing' draws only upon on one's vices and flattens one's character if not stripping it naked to a mere caricature. By contrast, 'characterizing' draws upon one's virtues to engage with one's vices and according to Aristotle is always the moral of the story.

Let us consider another distinction which I also hope will serve my purposes as well. Here I am drawing on Arthur Kleinman, psychiatrist, anthropologist, Prof of Social Health and Global Medicine and Psychiatry at Harvard University.

He writes in his classic text, *The Illness Narratives*: "The contribution of professional orthodoxy to inadvertently heighten the passivity and demoralization of patients and their families is all too common".

He argues furthermore: "Not only to the effects of illness demoralize, the treatments themselves demoralize" (Kleinman 1989).

Arthur Frank, the Canadian sociologist and himself a cancer sufferer, then went on to distinguish between 'demoralization' and 'remoralization' (Frank, 2004). 'Demoralizing' for Frank was the dehumanizing experience of being admitted to a hospital feeling they were being reduced to an object of medical inquiry and treatment. In narrative terms these people with fears and woundedness found themselves renamed in the hospital inquiry by way of diagnosis and treatment. "Remoralization", he says, "refers to the process by which patients regain their humanity, particularly by being central to the story they were part of". Let me put it another way: They are a character in their own life, instead of being deleted,

instead of being turned in to a nobody or a never body.

So let me tell you how fortune favoured my prepared mind in 1994. On previous flights travelling from Detroit to Boston, the flight seemed over before it had begun. I am used to twelve hour flights from Auckland to Los Angeles and the same duration on my repatriation. Nothing could have been further from my expectations on this particular winter's day. The first sign that all was not well was the continual delaying of the flight and learning from my fellow passenger that there was a blizzard up and down the East Coast of the United States. And that Boston was at the heart of it. Some hours later, we boarded the airplane to be told that we would not be taking off until Boston airport could inform us we had a designated snow-cleared runway. Apparently the crews there were only able to keep one runway open and they did not want planes circling the airport for fear of a collision. In the most upbeat voice you could possibly imagine, a flight attendant announced we were going to have fun in the meantime. They had obviously trained for such an eventuality. I was soon to learn how different it is to sit for several hours in an airplane on the ground than to when it is flying and how many people get claustrophobic fears as a consequence. After an hour or so, the knuckles of the passenger seated next to me started turning white from holding on to her hand rests so tightly as well as I could hear her begin over-breathing. I rushed to her rescue by engaging her in a conversation to distract her and myself to our circumstances. Well, we did finally reach Boston Airport eight hours later than the scheduled arrival time.

During this period of time I had worried myself sick about arriving so late as I knew my sponsor was expecting 100+ attendees at my two day long workshop that would begin nine in the morning the next day. Still arriving at my colleague's home at about ten pm, I presumed that now all would be well. However, almost immediately the 'bad' of my flight turned to a 'worse'. My colleague, Sallyann asked me to phone Linda from her supervision and training group who had arranged for a family to join me in a live interview the next day. "It's a psychiatric emergency!" she told me. In the nicest possible way, I enquired about such arrangements as I remembered nothing about them. Sallyann went to her computer and returned soon after with a hard copy of an email explicitly requesting she arrange a live interview early on the first day of the two day workshop. I pleaded with Sallyann that this would be impossible. "I am wreck! A psychiatric emergency! I am not up to it!" Sallyann sympathetically suggested I phone Linda right away.

Before I did, I retired to the toilet to vomit and if I could avoid that to give myself a moment or two to consider my predicament. Almost immediately I had a flash of inspiration. I phoned Linda asking her not to tell me what the Problem was until she heard my proposal. Why? Because if I heard the Problem, I knew I would have felt the urgent requirement to respond to it the next morning. My proposal was that given my stressful flight and my anxiety about arriving at all, I could only count on myself as "50% of a therapist". I requested she submit the following proposal to the family. That since we had two days scheduled for the workshop and I am 50%

of a therapist, would they be willing to come two days instead of the one? And that by the end of the two days they would have experienced 100% of a therapist. Linda returned my call not long afterwards and said that the family appreciated my situation and that arrangement would be fine with them.

My relief was short lived because now I would have to figure out how I would get through an hour long interview without knowing what the Problem was. How could I make this interview highly pertinent to a family in the midst of a 'psychiatric emergency' as well as 100 plus attendees who had come expecting to witness a live interview? No one could possibly stretch the social pleasantries of getting to know one another over that hour long meeting.

It is well known that in such circumstances, 'necessity is the mother of invention!' If ever if I was required to invent something quickly, tonight was the night. Tomorrow at ten am would be its testing ground. There was not much time but my exhaustion ushered me to what seemed a deep sleep. However, I awoke with a resolution to my dilemma. How about getting to know them by getting to know them 'against' the Problem rather than 'with' the Problem? Essentially I chose an inquiry that by implication would ask them what they collectively had to bring to bear to the matter at hand- the 'psychiatric emergency'? What histories could be made available that could very likely be at odds with the pathologizing histories that would be commonplace in an interview such as this? I formulated my question as this:

'Suzie(aged thirteen), can I get to know you outside of the Problem so we all get to know what you have got going for you that you can put against the Problem that is besetting you? And tomorrow we will find out everything there is about the Problem? I will be asking you about your talents, abilities, your moral character and generally what people think is wonderful about you'.

Attempting to meet the exigencies of their situation the best way I could think of, I had no idea at the time how radical such a proposal would turn out to be. In some ways, I was turning the conventional order of the 200 plus year convention of the assessment interview which usually has two stages: 'What is the Problem?' and 'What do we do about it?' backwards or upside down. Here I was asking first: 'What have you got to put against the Problem' with 'What is the Problem' to follow. One father commented aloud near the end of such an interview several years later: "David you are telling the story backwards!". I had no idea that this would lead to anything other than merely getting through the day. However my personal circumstances serendipitously forced me to think otherwise and come up with doing something I had never done, nor considered doing, ever before. In retrospect, I think of it as an unusual natural experiment. But there was more to come that made this an extremely unusual experiment.

On meeting we negotiated what must have seemed a very unusual arrangement and the family gave their wholehearted consent for me to proceed. I now had ahead

of me an hour long interview in which the way had been ethically cleared to reveal what they had to put against the Problem. Essentially this was to be their side of the 'match up' with the as yet unknown Problem, that is unknown Problem to me; they knew it only too well. But now they had the right to go first and the Problem came second. This would for some of us be akin to when a sports commentator before the game 'matches up' the competing teams and on the basis of this might predict the outcome. I was determined to lavish every possible means at my disposal to represent this family as a worthy adversary for the 'psychiatric emergency' they were facing which, let me reassure you, was as yet entirely unknown to me. But as a consequence of this strange first meeting, the family was no longer facing such a Problem with their heads bowed in shame or anticipated 'social defeat'. Now they might return the gaze of the Problem, seeing themselves through their family's restored dignity and honour. Might they see themselves differently through such an interview format? To be honest, what was of most concern to me was just getting through this hour long interview and giving myself another day to recover my wits. To my delight, this meeting turned out to be entirely different than my forebodings. Serendipitously, I had chanced upon the means I had been seeking to get to know people as 'respectworthy' rather than pathological. Each member of this family was able to impress themselves upon me in ways that would have been impossible through a conventional interview format. I came away thinking how fortunate and honoured I was to know each and every one of them. Solidarity had been engendered between us rather than splintering them in to individual parts according to the individualizing bias of clinical interviews.

In some ways, this hour long interview was somewhat akin to what the legendary Harvard sociologist, Sara Lightfoot Lawrence refers to as 'the art and science of portraiture' (Lawrence & Davis, 1997).

This is how she describes it:

I wanted to create a narrative that bridged the realm between science and art merging the systematic and careful description of good ethnography with the evocative resonance of fine literature. I wanted the written pieces to convey the authority, wisdom and the perspectives of the subject but I wanted them to feel they although it may not look like them, but somehow managed to reveal their essence. I wanted them to experience the portrait as both familiar and exotic so that in reading them, they would be introduced to a perspective they would not have considered before. And finally I wanted them to feel seen, fully attended to, recognized, appreciated, respected and scrutinized. I wanted them to feel both the discovery and the generosity of the process as well as the penetrating and careful investigation (Lawrence & Davis, 1997, p. 37).

The remedy for me was to structure a time and place and absolutely divide what the person and their family might bring against the Problem and the Problem and what it had brought in its turn to the family. I reordered the usual order of the

clinical interview in acknowledgement of my exhaustion and divided it up in to two separate meetings considering that each meeting was constituting one half of a typical hour long meeting. With this I summed up with what I believed to be half of the first interview, 'Well, we now know what you have individually and collectively to put against this Problem that is besetting you. But tomorrow I will learn all there is to know about the Problem'. I can recall just how much I was anticipating this second half of the meeting. Whatever the Problem was, I felt it shrinking as the family's dignity and honour increased. My anticipation was interrupted later that day with Jane, the mother, phoned to say they had to cancel the Sunday meeting as an uncle had died and they had to leave to drive several hour's drive north to be on hand for the funeral.

Many in the audience were concerned about what had transpired and there was considerable debate. Given the contentious nature of these interviews- the one they had attended and the one the family had cancelled, it was very fortunate that Linda had already scheduled an appointment at seven pm on the following Monday. Remember the interview had taken place at ten am on Saturday. What happened? The psychiatric emergency was their 13 year old daughter's conviction when she awoke on school days that she was blind and consequently unable to see and thereby unable to attend school. Over this period of time, several consultations with ophthalmologists had yielded nil diagnoses. Her diagnosis was 'conversion disorder'. On Monday, she awoke and without further adieu went off to school. Her mother was completely satisfied with this outcome. The emergency was over. I suspect if the second half of the interview had actually taken place, I would not have been able to grant such an effect to merely half of what I had intended-an hour long interview regarding what was wonderful about each and every one of them. But there was much more to come but now my mind was well prepared!

Not too long after having returned to New Zealand, Marie rang me in tears to forewarn me what I might expect when I met her husband, Jim and her eleven year old son, Billy. Billy was in serious trouble in just about every arena of his life. He had been kicked out of his school class, after his teacher had previously taken to shunning him by either having him face the back wall or turning away from him on any other occasion. Jim, by the same token, had renounced Billy as his son and was now considering writing him out of his will. The Auckland Regional Authority, which provides public transport, was also going to the extraordinary lengths of taking legal action against him to deny him the right to travel on their buses. How could a young person be in quite so much trouble? Marie was so perplexed and distressed by the very telling of Billy's 'trouble' that she began to sob inconsolably. I tried to reassure her as best I could that 'nothing was impossible' when at last she asked if I thought Billy was 'a hopeless case'.

Meeting them at my front door was odd. As Marie led her 'family' inside, Jim and Billy avoided each other as best they could, and again in my waiting room. I led them to my interview room. Jim rushed in ahead of everyone else and started

scrutinizing the paintings on my wall. No one had ever deliberated over these paintings with such connoisseurship before. Marie followed, distressed and humiliated, taking her seat and then began to plead with Billy who was reluctant to enter my room. Finally, he did, sitting where his mother indicated by her side, but couldn't meet my eyes, or anyone else's. It was only after Billy had committed himself to his seat that Jim immediately turned away from scrutinizing the paintings and deliberately seated himself so he couldn't 'see' Billy.

As is my custom, I commenced our meeting with as much hospitality as I could, given the pall that had fallen over the room. "Look, I don't want you to think I don't consider Billy's trouble as a matter of great concern". I then turned towards Billy and said: "However, Billy, if I were you, I wouldn't want to meet a stranger my age through the trouble the 'trouble' has got you in. Jim and Marie, do you mind if I get to know your son through how you knew him before he got tangled up in all this trouble?". Billy, for the first time, raised his downcast eyes to meet mine and stared at me, somewhat bemused, through his Harry Potter glasses. Both Jim and Marie, not knowing quite what to expect, gave their consent for me to proceed with my enquiries.

I turned first to Marie. "Marie, what would you like me to know about Billy that proves to you that you are a wonderful mother, or at least the kind of mother you dreamed you would be when you were pregnant with Billy?". That caught Marie off guard and seemed to break her out of her dejection. Her response took some time and consideration. But when she did, she mentioned his kindness. "Could you tell me one story about Billy's kindness that would be worth 100 stories? That from such a story I would really understand what you mean when you say he is kind". She responded quickly, telling a story of how when some Kosovar refugee children came to his school, he had gone out of his way to befriend a class-mate, despite the barriers of language. And he had even gone so far as to invite this boy home to meet his family. Her disconsolation now gave way to some measure of pride.

I refused to leave the matter there. Turning to Jim, I asked: "Jim, is he by any chance a chip of Marie's block?". His smile, tinged with pride, told me I had guessed right. Responding to my enquiries, he told of all "the lame dogs" she had cared for, including an elderly neighbour for whom she provided meals on a daily basis. When I asked Marie if it was an accident that Billy showed such kindnesses to his Kosovar class-mate, she was willing to admit that that was unlikely. In fact, when I asked Jim, he said that it would have been entirely predictable that Billy should grow up showing such kindness, having witnessed his mother's caring ways day in and day out.

It was early in the year and hot. Jim was wearing a very short sleeved t-shirt. Noticing a tattoo of a military regiment on Jim's shoulder, I asked if he had been in the military. In fact, he had and took great pride in his current involvement with young people in the Sea Cadets.

"Jim, do you drink down at the Returned Serviceman's Club every now and

again?”. He did. “You know when your mates are bragging about their sons and it comes around to your turn, what would you brag about Billy before he got into so much trouble?”. Admittedly, he pondered my question for some time before replying: “His creativity!”. “Jim, by any chance did he inherit that from you?”. Jim was pensive and then shook his head, before some sort of gleam of recognition came to him. “Not from me, but from my brother. You won’t believe this, but he makes his living as a potter and sculptor selling ceramic sheep shit!”.

“What?”. I asked, but immediately considered the 50,000 million sheep in New Zealand, roughly how many sheep pellets a sheep produces per day and how the Ministry of Research and Development might consider turning these into a very fast buck. I speculated about this and everyone laughed. Jim brought me down to earth on this get rich quick scheme for New Zealand. “No, he lives in rural England and people buy these ceramic sheep pellets as some sort of joke. And you know it brings in enough money for him to be a sculptor”. Well, we all to admit that this certainly bore all the hallmarks of creativity, and by now even Billy was joining in the fun. I then pursued the earlier matter regarding Billy, but once again referencing my questions to Jim. “Jim, how does Billy take after his uncle in terms of family creativity?”. Jim no longer shunned Billy, but spoke kindly of the story-telling and paintings that he had been doing since he was ‘just a toddler’. “Have you saved any of his early works?”. I asked. Jim looked chagrined as he told me that in his repudiation of.

Billy, for the first time, interjected and what he had to say first confused and then stunned us into a momentary silence. He said: “Let’s go home. This is over. I have just stopped all my trouble. There will be no more of it”. Marie and Jim both turned towards Billy, looking as if they were hearing things, and continued to stare at him. I tried to save the day by asking Billy what he could possibly mean by making such assertions. “Billy, are you trying to have your mother and father believe that you have renounced trouble? After all, Billy, there is not much more ‘trouble’ an eleven year old could get into from what your mother told me over the phone. By the way, what ‘trouble’ did you get into to have the Auckland Regional Authority taking you to court? A court case surely must be costing them thousands in lawyer’s fees. Billy, tell me, how far did you travel on a bus and how often?”. He told me he bussed to school every day. “How far?” I asked. “About a mile and a half,” he said. “Billy, how much ‘trouble’ can you get into in a mile and a half?”. I asked. “Screaming!” he told me. Marie nodded her head to reassure me that Billy could and did scream. Billy looked at me as if I wasn’t getting his point. “Yah, it’s over, I’m not going to do it anymore”. I turned to Jim and Marie: “Surely, Billy has got quite a job on his hands to prove to both you and his school-teacher that he means it?”. They agreed that this would be quite an undertaking on Billy’s part. “Billy, do you think everyone will just take your word for it, or do you think you will have to prove it to them?”. Billy admitted that it was certainly unlikely that either his father or his school-teacher would believe him, although he thought he

had a better chance with his mother.

I then asked Billy if he was serious, would he be willing to write a letter to that effect to the teacher who had recently expelled him. I assured him that I would be only too happy to give him a hand preparing it. "Billy, I'll ask you questions and type up your letter. Marie and Jim, would you be willing to act as witnesses to such a document?". Billy willingly joined in such a project; his parents were still baffled, but agreed to go along with it.

We came up with a long list of measures he was willing to take to 'put pressure on myself' rather than 'putting pressure on his teachers'. And if he failed the pressure he was now only too willing to endure, he stated what amends he would make.

I am happy to report that when we met one month later for our last meeting that his new teacher, in a letter to our meeting, declared him entirely unproblematic.

It read as follows: "I have seen no evidence of problems whatsoever. I am enjoying his company in Room 15 and finding his academic work well up to standards".

When I asked everyone of them to give me account of this, Marie told me that "this is the most wonderful thing that has ever happened in my life". Jim concurred saying "it was as if someone turned on the light!"; consequently he had dropped his case with his lawyer to drop Billy out of his will. But Billy had the last word in our discussion and it was certainly a thoughtful one.

"Turning twelve changed me. I said to myself-why don't I make the best of this term so I can leave a good reputation behind me when I go to high school next year". I never really learned what the Problem had been. It just seemed too beside the point to even ask (Epston, 2009).

So far, I had found by these two 'natural experiments' that establishing the moral character of the young person and genealogically relating it to the family, culture and community they came from, had meant far more to the Problem than I could have guessed or even anticipated. In the case of Billy, the Problem seemed to vanish instantaneously whereas in the case of Katie, the 13 year old, it seemed to disappear overnight. Day in, day out over the next ten years, I experimented with the prospect of actively finding ways to engage young people's 'wonderfulnesses' as expressed in their talents, abilities, visions, morals, commitments, family traditions but in general using the Aristotelian term, their virtues in developing some sort of engagement with the Problem.

In the time that remains, I would like to tell you about Jan and Ron and their ten year old daughter, Kelly.

Jan and Rob were beside themselves with concern that their 10 year old daughter, Kelly had "an obsessive-compulsive disorder". They based this on the fact that she was spending hours on end in the toilet and requiring them to buy toilet paper by the case lot. All their efforts to talk her out of the problem, let alone out of the toilet, failed as she would become "hysterical" if they tried to interfere with what they referred to as "her rituals". Their concerns were shared by Kelly's school-teacher who had beseeched them to "get some help for her before it is too

late". Also because this was a one toilet family, when Kelly took up residence in the toilet and would not come out no matter what, her parents were becoming extremely inconvenienced and had to get a bucket for their use at such times. But this was a mere frustration compared to their concerns for what was becoming of their kindly but "sweet hearted" daughter.

I learned of a recent occasion when Kelly's girlfriends came over on a Saturday afternoon to hang out together. For a shy girl, Kelly cherished these occasions when she was able to entertain her friends on her home ground. Her mother told how she literally was "beside herself" an hour or two before they were to arrive, peering out the window or continually asking her mother for an update on the time. Jan, in particular, loved overhearing Kelly and her girlfriends "chirping away in her bedroom or tv-room like a box of birds". She admitted to just keeping out of their way and sight as she derived so much pleasure from doing so. At such times, her fears about Kelly's future were allayed. However, what Jan had put so much hope came to a sad and seemingly dead end almost overnight. Even with her girlfriends on hand and ready to play, Kelly was required to retire in to the toilet. Her girl-friends, after waiting what seemed an inordinate amount of time, called their parents to come and pick them up. Her girlfriends were then reluctant to come and Kelly was now as reluctant to invite them. No amount of parental encouragement could change her mind. She was adamant that she would never invite them over ever again. Jan and Rob were heartsick over what they saw as "our last hope for Kelly coming right" and they reluctantly had to admit that "this is beyond us". They had exhausted every possible remedy they could think of and others could recommend, internet searches, nutritional approaches, and good old-fashioned soul-searching.

The meeting began with Jan dutifully informing me that I should not expect Kelly to say anything at all. "You don't speak to strangers, do you darling?". Kelly seemed relieved by her mother absolving her of any responsibility to speak for herself. That was in no way inconvenient as we began with the wonderfulnesses inquiry. However, Kelly was willing to nod 'yes' or 'no' to indicate her agreement or disagreement of any claims made by her parents as to her wonderfulnesses.

This is an abstract from a transcript of the conversation that occurred about forty-five minutes in to our first meeting together after Jan and Ron brought the loss of her girl-friends to my attention. Kelly sat with her head bowed and her hands laying over her lap, appearing to me like a repentant sinner which was a very poor match for her parents who looked to me so pained that they were unable to do anything to palliate her suffering. But by now, I was no longer a stranger as Kelly would respond to my queries.

David: Kelly, what did you think of the problem shutting you away in the toilet and having your girl-friends miss out on the fun you usually have when you have a play-date together?

Kelly (looking humiliated and speaking in a disconsolate tone): I don't know.

David: Say you were on your own playing with your girlfriends, what do you

think would have happened?

Kelly: We would have had fun.

David: What kind of fun would you have? play-fun, talk-fun, joking-fun, or just plain 10 year old girl-fun?

Kelly (she now appeared to be coming out of trance, especially when she smiled while responding): 10 year old girl-fun.

David: I am so much older than you. What do 10 year old girls get up to these days to have fun?

Kelly: I don't want to talk about it (looks disconsolate again after her spirits seemed to rise at the beginning of this sequence of questions).

David (giving Kelly a time-out, I turned to her parents): Jan, what kind of fun would you have expected Kelly and her girl-friends to have?

Jan: I can't tell you in words how much fun they might have had but they would be chirping away like a box of birds.

David: What kinds of birds, Jan?

Jan (laughing): canaries, budgies, perhaps even tuis (footnote as this is a NZ bird).

David: As Kelly's mum, did it do your heart good to overhear this 'box of birds' chirping away under your roof?

Jan: Boy, did it ever!

David: How about you Rob?

Rob: For me it was more than their chattering; it was their laughter. We don't hear Kelly laugh very often so it did my heart good to hear her and her mates laughing out loud.

David: Kelly, do you mind me asking you if this Problem killed your joys with your girl-friends?

Kelly: What do you mean?

David: Do you not know what a 'killjoy' is? Jan and Rob, do you know what a 'killjoy' is?

Rob (readily coming to my rescue): Yah, sure! A killjoy is someone who hates people having fun and I guess 'kills their joys'.

David: That sounds about right but should we look it up in the dictionary? (I consult the Oxford Concise Dictionary which I have handy for just such purposes). Here it is: "One who spreads gloom over social enjoyment". What do you think, Kelly?

Kelly (somewhat more engaged as this conversation has now taken an unexpected tack): Yah, I suppose so.

David: By the way everyone, is that a good way to refer to this Problem? Or can you think of a more apt description?

Jan: That's really good David!

Rob: Spot on...I'd say!

David: How about you Kelly?

Kelly: I suppose that's right.

David: If after giving it some thought over the next week or two you come up with something better, will you email me and let me know?

Kelly: Okay.

David (returning to the wonderfulness of caring for others that was very elaborated, firstly her practice of it and then, its genealogy): Kelly, I know your mum and dad have just told me with such respect and regard about your wonderfulnesses, especially that you have the virtue of caring for others, including those younger than yourself and smaller than yourself like cats, dogs, goldfish right down to spiders despite the fact that so many people, even adults, are freaked out by spiders. And the story they told how you went along with your young cousin, Amelia, when she had to go to the outdoor toilet when you were camping on the beach last summer and rescued all the spiders and freed them outside so no harm would come to them.

And I learned that your care and love for others have been passed down from your grannies on both your mum and dad's sides of the family. Both grannies are well known for lending anyone in need a helping hand at their churches and in their neighbourhoods. Your mum and dad said this caring missed out their generation but you are an exact chip off your grannies' blocks. I am not so sure I should take their word for that as they seem pretty caring parents to me.

Why I am mentioning this is I am feeling sorry for a 'killjoy' Problem as it must be full of gloom and not have a clue about having any sort of fun. In fact, as your dad suggested, this Problem seems to hate people having fun like you and your girlfriends. Can you imagine what it must be like for your Problem to only know gloom and doom? Kelly, do you in any way feel sorry for this 'killjoy' Problem?

Kelly (now speaking with a newfound measure of authority): I guess so. No fun at all would be no fun. And to kill other people's joys isn't good.

David: That's for sure. Would you be willing to lend the 'killjoy' Problem a hand and help it have some fun?

Kelly: I suppose so but how do you do that? (she had nodded her head to the left and her query was quizzical rather than querulous).

We had a lengthy discussion about how she and her parents toilet-trained their dog, Martha by showing her where to go and where not to go. And that had worked out just fine. And how she lent her younger cousin, whose parents were staying over, a hand to help Jan make some chocolate-chip cookies. What seemed common to each story of coming to the aid of another was 'showing' the person/animal companion in need how to do something. We arrived at a pedagogy of 'showing' more than 'telling'. Or at least 'showing first' and 'telling later'. Everyone contributed to this discussion although Kelly did come to the fore but Rob and Jan were always on hand to back her up with their own accounts of lending a hand to someone in need. Here we were adumbrating the engagement Kelly and her family might have with such a Problem but here rather than toilet-training it, she might instead show it how to have fun.

From our wonderfulnesses inquiry, I had also been informed that her Auntie Sarah was regarded “as a laugh a minute”. Jan and Rob were sure that if she tried to have a career as a stand up comedian, she could have made a go of it. Sarah was a primary school teacher. Whenever Auntie Sarah got together with Kelly, no matter how reticent or worried she had been beforehand, they both were soon “falling about laughing” with Kelly in fact laughing louder than her aunt.

On further jocular inquiry, we concluded that although the ‘killjoy’ Problem did “get around”, it mainly seemed to live in the toilet. And I suppose that told us where she might best undertake her mission to lend the Problem a hand.

Now we began transmogrifying these wonderfulnesses in to a family practice, with Kelly obviously taking the lead. We all agreed that living in the toilet was not the most likely place for anyone or any Problem to meet friends and have some fun together. By the same token, we concurred that toilets were pretty lonely places because generally you used them one at a time.

David: Kelly, do you think we just have to go where the Problem lives? That we can hardly expect it to come out in the lounge for you to lend it a hand and show it how to have a good time?

Kelly: I suppose so.

David: Rob and Jan, how many people do you estimate could fit in to your toilet?

Rob (getting the gist of this conversation and by now, the parents’ pained expressions were long gone): Three of us but it might be a tight fit.

David: Is it possible to invite Auntie Sarah and squeeze her in to the fun-making?

Jan: She actually lives in Tauranga (a three hour drive to the south-east).

David: If she knew everything we had been talking about, do you think you could call her on the phone and she could tell some jokes to you three and the ‘killjoy’ Problem. This way you would be feeding two birds with one worm. Do you know that saying, Kelly?

Kelly (somewhat perplexing but trying to get it): Dunno.

David: Don’t worry about it. I just made it up. But let me tell you what I mean by it. You could catch up with your auntie and laugh yourself silly and at the same time show the ‘killjoy’ Problem that life is all not doom and gloom. Would you be willing to lend the Problem a hand so it doesn’t have to go through it’s life as a kind of ‘misery guts’?

Jan (somewhat anxious awaiting Kelly’s response): Will you do it darling?

Kelly (smiling with what I guessed was anticipation of the task ahead of them): Okay!

Jan and Rob said they would have no problem making the arrangements and finding a suitable time for showing the problem fun and connecting with Auntie Sarah. As Rob said about his sister: “Wherever and Whenever Sarah is around, there is sure to be some fun and jokes!”.

We had some discussions of her style of humour and how that “Irish sense of humour’ went back generations all the way to Kilkenny. Rob regaled us with some

really hilarious tales that were part and parcel of his family's history. The one I remember to this day was about a legendary great-uncle who went around one night after a night in the local pub and nailed all his neighbour's outdoor toilets shut.

Perhaps like you, reader, I couldn't wait to meet them next time. Sarah indeed had been hilarious and I suspect she had gone all out to show the Problem not only how to have a good time but to bust everyone's sides laughing. And Kelly was far more animated than I had ever seen her telling me all about it.

David: Kelly, can you guess if the 'killjoy' Problem has lightened up a bit since you and your family are showing it your Irish humour? What do you think?

Kelly: I think so.

David: Why do you say that? Has the Problem been able to go out of the toilet and get around a bit more and perhaps meet some other Problems it could befriend? There are sure a lot of Problems around these days, aren't there?

Rob: Sure are!

Jan: And you know, David, Kelly is having a lot more fun too.

David: Kelly, now that the Problem isn't living in the toilet all the time and kill-joying your fun, do you find you don't have to spend so much time in there keeping the Problem company? Have you heard the saying: 'Misery loves company'?

Kelly: No.

David: Jan or Rob, can you explain that saying to her?

Jan: What it means, I think, is misery doesn't like fun company, it just likes miserable company.

David: Kelly, have you been showing the Problem how to be fun company by having some fun and showing it how you do it so it can follow in your footsteps?

Kelly: Was bemused and well as confused by my query but Jan and Rob were quick to point out a myriad of examples of their daughter getting out and around a lot more and regaining some of her old friends and indeed, making a few new ones. I could tell from the look on their faces that they were experiencing considerable relief from this turn of events. They had had three or four what we referred to as 'comedy shows' as they called them in the toilet. I wondered aloud if the next step was a mixture of showing and telling. Of course, everyone wondered about how to go about this.

Kelly, since you love cats and dogs so much, when I was in the Auckland Central Library, this book just popped right up in front of me, almost as if it wanted me to take it out. When I looked at the title, I realized why. It is *The New Yorker Book of Dog Cartoons*.

We all decided that although a funny 10 year old like Kelly could understand quite a few of them, it might have to be a family affair to figure the jokes out so Kelly could tell the 'killjoy' Problem so "it could get the joke". They decided to head back to the toilet on regular occasions, especially if the 'killjoy' Problem "just wasn't getting it" to show and tell the joke to it. It might need some explanation as it was very likely that some jokes might go over the Problem's head. And some cartoons

might have to be saved for a while until the Problem grew up and understood more. I had to admit we had a lot of fun looking at some of the cartoons and figuring out what was so funny about them. Kelly was relieved to learn that there were some 'New Yorker Book of Cat Cartoons' if she felt sorry for cats being made so much fun of in the New Yorker dog cartoons. She acknowledged a preference for dogs but stated categorically that she also loved cats. Jan said she would pop in to her local library to either get or order the cat cartoon book as she was worried like I was that the dog cartoons were somewhat prejudiced about cats.

We continued to meet monthly to review how Kelly was doing lending the 'killjoy' Problem a hand. She was doing such a good job of it that the Problem had been downgraded from a 'killjoy' to 'worries' at our fourth meeting together. Kelly came up with the name this time without much hesitation.

Jan, now seemingly delivered of her burdens, spoke of her daughter in a very different tenor. "We are seeing this year which sport Kelly really likes. She is really enjoying tennis and doing very well at it. From my point of view, it is really lovely to see. She is so enthusiastic and although the worries are a little bit bad, they are nothing like they were. And we tend to forget just how far you have come, Kelly. I think she has done very well! (looking towards Ron who nods his head in the affirmative). Now her friends are coming over again and she goes to the toilet and comes out again". Kelly, who was highly engaged in our conversation, took over without any hesitation: "I probably come out of the toilet quicker when I am having fun out of the toilet. I just go to the toilet when I need to go". To further enquiries of mine, she asserted that "I think it is really annoying when the worries are trying to annoy me when I want to go outside and play". In a spirited conversation, I asked: "Given that the worries were taking up a lot of your time and bothering you, does that mean you are having more fun and the worries are no longer killing you joys?". She assured one and all that was definitely the case. "Do you think they were punishing you for something?" "Yah, kind of". Jan chimed in with..." "And they make you say 'I can't..I can't do this!' all the time, don't they? Whereas we all know you can!". "Jan, do you have any suspicions why the worries don't want Kelly to express all her abilities and talents to the full?". Jan replied: "I think they are lying to her". "I don't know about you but it looks to me like the worries are getting afraid of her. Can you see any signs of her worrying the worries?". Rob eagerly joined us: "The fact that she is playing tennis, having her friends around and getting out and around surely must mean the worries are getting worried". Turning to Kelly, I wondered aloud: "Do you think you might have to lend the worries a hand again to coach them on how to be calm, cool and collected?". Kelly grinned indicated that this might be something to put on her 'to do' list. "Kelly, if there was 100% of your life, what percentage would you say was fun-filled and what percentage was worry-filled?". "Yeah, it's kind of half of the time its good and half of the time it's bad so it is getting a lot better than what it was. And when I get tired, they tell me I am not making any progress and I can't do this". "Say before

you were going to bed one night, have you ever told the worries off? I remember your mum telling me that she was very angry that the worries were stopping you reading". "Well with the reading, it is getting better, because 'Oh no, I want to keep reading. The book is too exciting!'. Everyone laughed uproariously. "And that is the same when I am having fun. I want to have more fun!". Jan requested Kelly tell me about when her friend, Rosy, visited recently. She happily launched herself in to her account: "My friend, Rosy and I were playing Pictionary and I went to the toilet and I got out pretty quickly. And then we just carried on playing". "Did this have to do with your preference for fun and friendship? Did this have to do with you teaching the worries to have more fun? Or a bit of both?". "Maybe. I think it was more the fun because Rosy and I were playing and having fun". "Did the worries still try to make you worry?". "Well, I think they tried. Even when I am having fun they still try to make me worry and not come out".

"What did you do so they don't kill the joys you were having with Rosy?". "I think I might have been ignoring them a little bit so there were still there telling me I should use more toilet paper. But I didn't listen to them because I just wanted to get out and play. Because that is what I do. I will be thinking what I can do when I get out kind of. So that it will be FUNNNNN when you get outside quickly". I summarized all the above as our meeting was coming to an end. At the end of my summary which everyone sanctioned as a fair record of events, I asked Kelly:

"If the worries knew you like Auntie Sarah knows you and your mum and dad know you, do you think it has got the wrong person, a possible case of mistaken identity, when it thinks you are a worry-wart but your dad thinks of you 'as full of life now' and your mum thinks of you as 'a sporty girl'? Who do you think knows you better- Auntie Sarah, your dad, your mum or the worries? Who do you think loves you the most?". She turned and met her parents' eyes, all of which were tearing up: "They do!". "Do you think you also might have to lend the Problem a hand about being a loving friend and daughter?". Once again, she smiled at the prospect of yet another humanitarian mission.

Several months passed by and we met one last time to wrap up. In a detailed discussion, Kelly, thanks to her charitable nature, had decided the 'killjoy' Problem was no longer a killjoy and the worries were no longer so worrisome.

David: Kelly, now that the 'killjoy' Problem has retired from killing your joys and your family's joys, do you think you should tell the Problem off for doing what it used to do? Or do you think you should forgive it.

Kelly (answering without her usual time given to consideration): No, I want to forgive it.

David: Kelly, why do you want to forgive the Problem. After all it had spoiled a fair bit of your eight year old, nine year old and ten year old girl fun, had it not? At least that is what your mum and dad told me when we first met.

Kelly: It didn't know what it was doing. It didn't really mean it.

David: Really! You don't say! Jan and Rob, have you heard that before.

Jan/Rob(as bemused as I was) No!

Kelly: I have forgiven it. How could it have known any better? It just didn't know how to have fun.

David: Kelly, do you think a day will come when this retired Problem will say thanks to you for lending it a hand?

Kelly (grinning): Yah, I suppose so!

We all parted company in the best possible good humour, especially after we all agreed that if there was a time in the future when a problem tried to 'kill anyone's joys', they would just have to teach it a lesson similar to this one. And if that didn't work, we would reconvene and 'have a good laugh' together (Marsden, Epston, & Markham, 2016).

Leonard Cohen, poet and musician, was awarded the Prince of Asturias Prize for Literature in Spain by the king and queen in 2011. He delivered an address entitled 'How I got my song'. Within it, he tells how he found his voice.

He tells the audience:

You know of my deep association and confraternity with the poet, Federico Garcia Lorca. I could say when I was a young man, an adolescent I hungered for a voice but I could not find a voice. It was only when I read, even in translation, the works of Lorca, I understood there was a voice. It was not that I copied his voice; I would not dare. But he gave me permission to find a voice, to locate a voice, that is to find a self is not fixed, that struggles for its own existence. And as I grew older, I knew that instructions came with this voice. What were these instructions? Never to lament casually. And if one is to express the great inevitable defeat that awaits us all, it must be done within the strict confines of dignity and beauty (Cohen, 2011).

I believe that we are charged with the same ethical instructions. If we are to assist those who seek our assistance, it must be done in the same strict confines of dignity and beauty so that when they face the vicissitudes of life, a time when anyone would want to have available to them their moral character, they should not have been stripped of it naked.

I am just going to finish with an account of David, a twelve year old boy whom, when I first met him, had acquired a diagnosis of anorexia nervosa. He brought this document to declare at the tenth and last session. This is what he had written and read aloud:

Apology From Anorexia To Myself:

I am writing this apology to myself because even though I might dream about it, even though I thoroughly deserve it, even though you had stolen every pleasure I had in my life, I know you are so heartless, so shallow, so ruthless that you would never have the compassion or decency to make the apology for so long you have owed me. So I have written it for you. Here it is:

Here it is:

David, I am sorry that I have stolen your life from you. I am sorry for

turning every pleasure you once had in your joyful life in to an unbearable torture from you pleasure to eating to your good company and to your sport. I made you hate yourself and see fault in everything you were and did. I took away your happiness and turned everything in to a horrible ordeal. I sapped all your strength turning you in to a lifeless body without a soul. I deprived you of all the tastes you enjoyed and stole 15 kilogrammes from you turning you in to an unhappy skeleton. I lied to you telling you I would make you happy and an overall better person. When you did what I said, I was ruthless and pushed your face in to the mud making you hate yourself and blame yourself for things I had tortured you in to doing.

It is obvious it would be impossible to fix what I have done to you but I will do all I can to fix what I have done. You deserve this apology and more. I am truly sorry.

Yours anorexia.

Thank you.

Notas:

1. This Keynote Address was delivered 19th June, 2015 in San Antonio, Texas at the ClarityCon Mental Health Summit.
2. Pasteur, L. (1854). Lecture, University of Lille.
3. This is excerpted from Chapter 1, pages 5-17 of Marsden, Epston and Markham(2016)
4. An English version of 'Reclaiming the Honour of Your Ancestors' is available at Narrative Therapy Archives at www.narrativeapproaches.com
5. Personal correspondence (2008).

References

- Aristotle (W. Rhys Roberts, translator) (1984). *The Rhetoric and Poetics of Aristotle*. New York, NY: Modern Books.
- Cohen, L. (2011). Award Collection Speech. In *Princess of Asturias Awards*, Fundación Princesa de Asturias, Oviedo, Spain.
- Epston, D. (2009, October). Putting Pressure on Yourself to Put Pressure on the Problem. *Context*.
- Forster, E. M. (1956). *Aspects of the Novel*. London, United Kingdom: Mariner Books.
- Frank, A. (2004). Moral Non-Fiction: Life Writing and Children's Disability. In P. J. Eakin (Ed.), *The Ethics of Life Writing* (pp. 174-194). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kleinman, A. (1989). *The Illness Narratives: Healing, Suffering and the Human Condition*. New York, NY: Basic Books.
- Lawrence-Lightfoot, S. & Davis, J. H. (1997). *The Art and Science of Portraiture*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Marsden, D., Epston, D., & Markham, L. (2016). *Narrative Therapy in Wonderland: Connecting with Children's Imaginative Know-how*. New York, NY: Norton.
- Nelson, H. L. (2001). *Damaged Identities, Narrative Repair*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Whitaker, R. & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury and Prescriptions for Reform*. London, United Kingdom: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9781137516022>

POTENCIANDO LA REAUTORÍA DE LOS ADOLESCENTES ADOPTADOS: EL PATITO QUE APRENDIÓ QUE NUNCA FUE FEO

PROMOTING RE-AUTHORING IN ADOPTED ADOLESCENTS: THE DUCKLING THAT LEARNED THAT IT WAS NEVER UGLY

Ger Cabero, Sandra

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4439-9266>

Pacheco Pérez, Meritxell

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Barcelona, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1665-1425>

Solórzano Fàbrega, Elisabet

FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull/ Hospital Parc Taulí de Sabadell-CDIAP. España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9927-3871>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ger Cabero, S., Pacheco Pérez, M. y Solórzano Fàbrega, E. (2019). Potenciando la Reautoría de los Adolescentes Adoptados: El patito que aprendió que nunca fue feo. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 195-207. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.326>

Resumen

La adolescencia de los hijos adoptivos supone un reto para las familias. Además de la transición que supone en sí misma la adolescencia, el hijo adoptivo necesitará recuperar el sentido de autoría de su vida, o quizás vivenciarlo por vez primera. Necesitará integrar una historia de origen llena de interrogantes, carencias, pérdidas y rupturas, con la historia vivida y narrada con su familia adoptiva. El adolescente adoptado necesitará entramar una narrativa de identidad coherente y posibilitadora que le permita proyectarse al futuro y hacerlo con seguridad. Contrariamente a las intervenciones que estigmatizan o patologizan al adoptado por su conducta, la intervención narrativa que ilustramos mediante un caso nos permite el re-entramado narrativo coherente de la experiencia vivida y la recuperación del sentido de autoría de la propia vida a la vez que el fortalecimiento del sentimiento de pertenencia a la familia de adopción. El hijo adoptivo parte de una historia de carencias y vulnerabilidades, pero en él también están las fortalezas y recursos que le van a permitir re-narrarse en una identidad preferida.

Palabras clave: *Terapia narrativa, adolescente, adopción, conversación de reautoría, narrativas de vida.*



Abstract

The adolescence of adopted children is a challenge for families. In addition to the transition that adolescence entails in itself, the adopted will need to regain the sense of authorship of his life, or perhaps experience it for the first time. He will need to integrate a birth story full of questions, narrow circumstances, losses and ruptures, with the story lived and told with his adoptive family. The adopted adolescent will need to enter into a coherent and enabling identity narrative that allows him to project himself into the future and do it safely. Contrary to the interventions that stigmatize or pathologize the adoptee for his behavior, the narrative intervention that we illustrate through a case example allows us the coherent narrative re-woven of the lived experience and the recovery of the sense of authorship of one's own life while strengthening the feeling of belonging to the adoption family. The adopted starts from a history of deficiencies and vulnerabilities, but there are also the strengths and resources that will allow him to re-narrate himself in a preferred identity.

Keywords: Narrative therapy, adolescent, adoption, re-authoring conversation, life narratives.

La adolescencia suele definirse como un periodo de transición, entre la niñez y la edad adulta, aunque tiene también entidad propia. Se define principalmente por los retos que el menor en esta edad está llamado a afrontar para ir logrando su madurez biológica, psicológica y social. A nivel psicológico y social sigue vigente la relevancia que Erikson (1968) daba a los procesos de construcción de la identidad en la adolescencia, considerando el desarrollo de la identidad como la principal tarea evolutiva en esta etapa de la vida (e.g., McLean, Wood y Breen, 2013). Los desarrollos más actuales consideran los procesos narrativos en la base de la construcción de la identidad (e.g., Habermas y Köber, 2015) y entienden al ser humano como un narrador de historias por naturaleza, y que estructura su identidad a partir de las narrativas que construye sobre sí mismo. Tanto desde el constructivismo relacional (Botella, Corbella, Gómez, Herrero y Pacheco, 2005; Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004) como desde la teoría del *self* dialógico (e.g., Hermans y Dimaggio, 2004) la construcción saludable del sí mismo incluye la flexibilidad, la multivocalidad y se entiende la búsqueda de la coherencia personal como un proceso relacional e intrínsecamente humano que nunca finaliza.

Mucho antes del surgimiento del *narrative turn* (Bruner, 1990; Howard, 1991; Polkinghorne, 1988; Sarbin, 1986) que se dio a finales de los ochenta- inicios de los noventa en psicología y que implicó dejar de lado la metáfora computacional y empezar a enfatizar el papel de la construcción de significado para explicar la conducta humana, Erikson (1968) ya destacaba la relevancia del contexto relacional, así como la dimensión temporal en el logro de la identidad:

“el joven, para experimentar la plenitud, debe sentir una continuidad progresiva entre lo que ha llegado a ser durante los largos años de la infancia y aquello en lo que promete convertirse en el futuro anticipado; entre lo que él cree ser y lo que percibe que otros ven en él y esperan de él” (p. 68).

Es la sincronía y la diacronía que McAdams (2001) y, posteriormente, otros autores, como Vieira y Henriques (2014) y Habermas y Köber (2015), destacan como cualidades del *self*, que se construye en la cotidianidad del presente y a lo largo de la vida. En el presente es fácil percibir la integración sincrónica de los acontecimientos a través de las distintas situaciones del día a día, pero la integración diacrónica, la percepción de continuidad del *self* a lo largo del tiempo, no es tan evidente y suele percibirse más fácilmente cuando algún hecho la pone en cuestión.

En condiciones de igualdad de dinámicas relacionales en la familia, el adoptado vive este proceso de construirse narrativamente con muchas más complejidades que el hijo que vive con su familia biológica. Independientemente de la integración sincrónica, es más difícil percibir la integración diacrónica cuando ha habido cambios importantes a una edad tan temprana, aunque, claro está, dependerá mucho de cómo se haya trabajado a nivel familiar la transición del hogar preadoptivo a la familia adoptiva y de si, en la familia adoptiva, la comunicación sobre los orígenes del niño se ha producido de manera clara, honesta, y adaptada a las necesidades del menor en cada momento. Además, la información de la que el adolescente

adoptado dispone sobre su pasado es muy distinta a la de la que dispone el hijo biológico. El adoptado, y muy particularmente si procede adopción internacional, la mayor parte de ocasiones tiene nula o escasa información sobre su pasado. A veces la información que tiene sobre su pasado incluye contenido contradictorio con las vivencias posteriores a su adopción. Incluso en ocasiones hay un cambio de nombre, en muchas un cambio de país. Y lo habitual es que el niño llegara a ser adoptado porque sus vivencias incluían acontecimientos traumáticos, trato negligente o como mínimo, múltiples carencias ya sea a nivel biológico, psicológico, social, relacional, o a todos los niveles. Recordemos que la adopción es una medida de protección a la infancia por lo que para poder ser aplicada el menor tiene que provenir de una historia que precise dicha protección.

Son muchos los retos y riesgos que la familia adoptiva tiene que enfrentar, relacionadas con las situaciones vividas por el niño, pero también con las que la familia en su totalidad puede contribuir a reparar o, por el contrario, a mantener o agravar. Grotevant, Ross, Marchel y McRoy (1999) en su definición operacional de riesgo acumulativo en los niños adoptados, los clasificaban en tres grupos: (a) el riesgo por la historia de la familia de origen, incluidos los antecedentes médicos y psicológicos, (b) riesgo prenatal (escasos cuidados del embarazo, bajo peso al nacer, exposición prenatal a drogas o alcohol) y (c) riesgo preadoptivo (abuso, negligencia, largo tiempo de institucionalización...). La investigación al respecto muestra que las características de los menores adoptados, así como su conducta después de la adopción, vienen condicionadas por variables relacionadas con los factores de riesgo asociados a la adopción y también con factores de protección como la resiliencia y las habilidades relacionales (Ger, 2016; Palacios y Brodzinsky, 2010). Todos estos factores afectarán al desarrollo físico y psicológico del menor, a su capacidad de aprendizaje, de vinculación, de adaptación e integración, así como también al desarrollo de su autoestima y a la formación de su identidad (Barcons, Abrines, Brun, Sartini, Fumadó y Marre, 2014; Juffer y Van IJzendoorn, 2007; Reinoso y Forns, 2012).

Por su parte, Simmel, Barth y Brooks (2007) estudiaron el impacto de los factores de riesgo tempranos en el funcionamiento posterior de los hijos adoptivos, concluyendo que el abuso sexual, la negligencia y los hogares de acogida múltiples eran los factores de riesgo más predictores de la mala conducta. El impacto de dichos factores se hace más evidente en la adolescencia que en la infancia, posiblemente porque la afectación a nivel neuronal afecta a su vez a ciertas habilidades básicas que no son evidentes hasta la adolescencia (Zeanah, Gunnar, McCall, Kreppner y Fox, 2011) y porque, además, el adolescente tiene la tarea específica de construir la base de su identidad (Erikson, 1968) y el adolescente adoptado tiene muchos más elementos a considerar en la construcción de su narrativa de vida y algunos de ellos aparentemente contradictorios.

Además, numerosos estudios coinciden en encontrar en los adolescentes adoptados un mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos y alteraciones de con-

ducta, en comparación con adolescentes no adoptados, destacando los problemas externalizantes (Keyes, Sharma, Elkins, Iacono y McGue, 2008), que se presentan aproximadamente 2.3 veces más en adolescentes adoptados que en no adoptados, tasas más altas de hiperactividad o conductas desafiantes (Barcons, Fornieles y Costas, 2011; Bimmel, Juffer, van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2003; Fernández-Molina, del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011; Verhulst, Althaus y Versluis-Den Bieman, 1990), además de dificultades emocionales y de apego (Barcons et al., 2014; van den Dries, Juffer, van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2009). Así, los adolescentes adoptados están sobrerrepresentados en los servicios de salud mental, siendo su presencia en dichos servicios entre 2.5 y 6 veces mayor de la esperada (Fernández et al., 2014).

Pero hablemos también del mayor factor protector de los hijos adoptados: la familia adoptiva. Hoy sabemos que la adopción cumple con su función de mecanismo de protección a la infancia, puesto que la mayoría de menores presentan una buena adaptación psicosocial pasado un tiempo desde su llegada a la familia adoptiva (Ger, 2016). Así, las variables relativas al sistema familiar, pueden moderar los factores de riesgo iniciales de los menores y ejercen una gran influencia en su evolución y adaptación (Kriebel y Wentzel, 2011).

Por lo tanto, como hemos visto, la familia adoptiva afronta diversos retos y especialmente en la adolescencia es importante que los padres adoptivos sepan crear un ambiente que facilite a su hijo/a la exploración de los temas relacionados con la adopción y sus orígenes, de manera que pueda entender qué significa ser adoptado y pueda gestionar psicológicamente su doble conexión a dos familias e integrarla coherentemente en su narrativa de vida. La investigación nos aporta datos que avalan las buenas relaciones familiares en las familias adoptivas (Bernedo, Fuentes, Fernández-Molina y Bersabé, 2007; Palacios y Sánchez-Sandoval, 1996) e incluso estudios como el de Bernedo, Fuentes y Fernández (2005, citado en Sánchez-Sandoval, León y Roman, 2012) indican que las familias adoptivas perciben menor grado de conflicto con sus hijos que las familias no adoptivas.

Por otro lado, y siguiendo con la comprensión de la dinámica familiar de las familias adoptivas, algunos estudios destacan la influencia mutua entre los problemas de conducta de los menores adoptados y otras dimensiones implicadas en la dinámica familiar. Se hallan relaciones familiares más complicadas cuando los menores presentan más problemas de comportamiento, mostrando éstos un mayor distanciamiento emocional hacia los padres (Palacios y Sánchez-Sandoval, 1996) y niveles más bajos de adaptabilidad familiar (Sánchez-Sandoval et al., 2012). También está demostrada la influencia de los problemas de conducta en los menores en el aumento de los niveles de estrés parental de los padres adoptivos, así como en el nivel de cohesión familiar percibida por estos (Ger, 2016). Aun así, la poca investigación que disponemos sobre las dinámicas familiares muestra que la presencia de problemas de comportamiento influye en las relaciones familiares, a pesar de que la mayoría de las familias adoptivas presentan altos niveles de co-

hesión y adaptabilidad.

Por todo lo antedicho, y en consonancia con la función reparadora de la parentalidad adoptiva (Pacheco, Garcia, Ger, Sallés y Boadas, 2012), como Kriebel y Wentzel (2011) concluyeron: “un entorno cuidador con alta capacidad de respuesta e implicación puede contrarrestar los efectos nocivos del riesgo para los menores adoptados” (p. 7). Pero no podemos caer en la trampa de atribuir todos los factores de riesgo a la adopción, y al hijo adoptivo, y todos los factores protectores a la familia. Eso facilitaría que el adolescente adoptado se identificara con la metáfora de “ser salvado” por la familia adoptiva, que todo lo tiene que poder. Colocaría al menor en posición permanente de víctima y a la familia adoptiva en posición de *superfamilia* que a menudo deviene en una carga demasiado dura de llevar para muchas de las familias que nos consultan. Podemos ayudar al adolescente adoptado y a su familia a que todos ellos, conjuntamente, o por separado, puedan, aún y reconociendo el pasado doloroso del menor, co-crear argumentos de identidad posibilitadores, centrados también en los recursos y capacidades del adolescente adoptado.

El menor adoptado necesita re-narrarse, incrementar la coherencia de su narrativa de vida, dentro y entre sus distintos episodios, de modo que el sentimiento de autoría se vea incrementado y el personaje protagonista quede reforzado. El sentido de continuidad del *self* y el de autoría están relacionados y ambos contribuyen a la coherencia de las narrativas de vida (Gonçalves, 2002). Una narrativa de vida es coherente cuando relaciona los acontecimientos con su contexto, entre ellos y con la personalidad y el desarrollo del individuo, de modo que presente una vida coherente y significativa (Köber, Schmiedek y Habermas, 2015). Desde que Baerger y McAdams (1999) contrastaron empíricamente la relación entre bienestar y coherencia narrativa, hay un cuerpo creciente de investigación en esta área (e.g., Habermas y de Silveira, 2008; Waters y Fivush, 2015) que nos lleva a potenciar la coherencia narrativa en nuestros consultantes a través del proceso de reautoría de su narrativa de vida.

Potenciando la reautoría en adolescentes adoptados

Ilustración a través de un caso

A continuación, ejemplificaremos, a partir de un caso, el uso de las conversaciones de reautoría para desarrollar argumentos alternativos para la propia identidad. Para garantizar el anonimato del caso se han modificado algunos datos de la paciente y de su familia.

Naisha (16 años), acude a terapia a demanda de sus padres debido a diversos problemas de conducta que se vienen dando con frecuencia (mentiras, desobediencia, bajo rendimiento escolar, explosiones de ira, consumo de tabaco y alcohol, muy mala relación con su hermana pequeña, entre otros). Se detectan dificultades de aceptación de sus diferencias étnicas (color de piel y estatura), así como de sus

orígenes (quiere cambiarse el nombre para que nadie le pregunte de donde es y se niega a hablar de su pasado previo a la adopción).

Naisha nació en la India y fue adoptada con 4 años. Actualmente vive con sus padres y su hermana de 14 años (adoptada posteriormente también en la India, pero no son hermanas biológicas). Sus padres adoptivos relatan una infancia feliz y una adaptación sin dificultades, aunque destacan que siempre ha tenido un carácter fuerte. Según ellos, los problemas empiezan hace aproximadamente un año y van en aumento. Están muy preocupados por el comportamiento de Naisha, ya han visitado otro terapeuta con anterioridad y según ellos el problema no ha hecho más que empeorar.

Ella está de acuerdo en ir a un psicólogo puesto que reconoce que tiene una autoestima muy baja, a lo que atribuye a que no le gusta su físico, ni su nombre (está enfadada porque sus padres al adoptarla no le pusieron uno “normal”) y no quiere ser adoptada. Cuenta también que en los últimos meses ha vivido un par de experiencias de trato discriminatorio: la primera por parte de desconocidos en un transporte público y la última a la salida del colegio, por su físico. Expresa malestar también con su familia, se siente poco integrada (sobre todo en la familia extensa) y muy diferente a nivel físico, de carácter y también intelectual (ha presentado dificultades escolares desde primaria y posteriormente se le diagnosticó dislexia, ha necesitado algunas adaptaciones curriculares en secundaria y aprueba los cursos con muchas dificultades).

Se detectan también dificultades en la relaciones con los chicos, presenta dificultades para establecer vínculos por miedo a ser abandonada (“no quiero enamorarme porque me da demasiado miedo que me hagan sufrir. No soportaría que me abandonaran”. “Necesito que me demuestren exageradamente que me quieren, de hecho, por más que hagan, nunca me demuestran que me quieren lo suficiente”). En cambio, en las amistades se muestra muy complaciente y siempre dependiente de al menos un amigo u amiga.

Se realiza la evaluación a través de: Autocaracterización (Kelly, 1955/1991), índice del libro de tu vida (Neimeyer, 2012) y SENA (Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco y Del Barrio, 2015). En este último destacan por un lado las elevadas puntuaciones en: índice global de problemas (T=63), índice global de problemas conductuales (T=66), problemas de control de la ira (T=65), problemas familiares (T=96) y problemas de regulación emocional (T=67). Por otro lado destacan las bajas puntuaciones en: índice de recursos personales (T=35) y autoestima (T=27).

En la primera sesión se cita a Naisha y a sus padres. Nos llama la atención la primera descripción que realizan éstos de Naisha: *“es egoísta, egocéntrica y manipuladora, no piensa en nadie más que en ella, es capaz de hacer lo que sea para salirse con la suya. Nos da miedo que su problema derive de su genética, aunque nosotros nos hemos equivocado malcriándola”*. Se observa que a menudo, en la familia (también la extensa) se cuestionan qué origen pueden tener determinados

comportamientos de Naisha, dejando claro que no puede haberlos “copiado” de ninguno de ellos y dejando abierta la hipótesis de que procedan de su familia biológica o de sus genes.

Por su parte, Naisha en la autocaracterización se describe de la siguiente manera: *“Naisha ya no sabe quien es, se ha vuelto una borde y se hace la chungu porque desconfía de los demás. Cuando siente confianza es muy simpática y es ella misma. Desde hace tiempo sufre mucho, no se quiere a sí misma, es pesimista y le da todo igual. Se siente invisible en su familia, haga lo que haga, nunca está a su nivel, nunca será tan buena, tan lista ni tan perfecta como ellos. Ella bebe, fuma, liga con todo el mundo, no estudia y solo saca malas notas, contesta mal y dice trolas. Las otras madres la ven una mala influencia para sus hijas, pero ya le da igual todo”*.

¿Cómo es la historia o narrativa que se cuenta Naisha? Tal y como plantean White y Epston (1990) en la fase inicial del proceso buscamos cuáles son las características del problema, qué lo mantiene y las relaciones de las personas. Pronto nos damos cuenta de que una serie de eventos ligados en una secuencia a través del tiempo de acuerdo con un tema dieron lugar a una narrativa repleta de: “siempre me abandonan”, “no valgo lo suficiente”, “voy de chungu para que todo me de igual”. Las historias que se cuenta y que le cuenta el entorno la llevan a creer, tal como ella lo describe, que es un patito feo. Los diversos sucesos que han tenido lugar en los últimos tiempos la han llevado a identificarse con la historia del patito feo que no encaja en ningún lugar: diferente a todo su entorno, no se siente querida, ni integrada, no es feliz, se aísla y sufre. Esta es su historia dominante, problemática. En su entorno, especialmente familiar, se identifican también conclusiones de identidad problemática. A partir de las conductas de Naisha, sus padres y familiares la definen de forma muy etiquetada. La familia está muy saturada por el problema, lo que contribuye a aumentar en la adolescente el sentimiento de no pertenencia a la familia.

Se plantea un trabajo individual con Naisha y algunas sesiones conjuntas con los padres, puesto que sus historias están saturadas por el problema y esto influye en sus percepciones (White, 1997), de manera que todo lo que observan y recuerdan coincide con su historia dominante y no prestan atención a otras informaciones. Con ellos se busca potenciar otras historias de Naisha y sus potencialidades, y así, poco a poco éstos van asignando nuevos adjetivos y capacidades aumentando su autoestima familiar y potenciando el vínculo familiar. En las primeras sesiones familiares se externaliza el problema hablando de “la chungu”, aunque Naisha también habla del patito feo y su cáscara. En el trabajo para la exteriorización del problema se llega a la conclusión que cuando Naisha se siente como un patito feo se esconde en su cáscara para no mostrar su sufrimiento y sale “la voz chungu” para defenderse atacando. Desde el problema, Naisha se plantea: “nadie me quiere, ¿por qué tengo que hacer algo por ellos?”. A través de la externalización se transformó en: “el sufrimiento se ha interpuesto entre mi familia y yo, de manera que el respeto

y la comunicación son casi inexistentes”.

Juntos se les invita a reflexionar sobre el problema e indagar sobre la relación dolorosa actual que se ha establecido entre la familia y el problema: *¿Cómo es la vida en su casa cuando no está el problema?* Se reflexiona conjuntamente sobre como el problema influye en Naisha y en su familia. Paralelamente, en las sesiones con Naisha se explora qué efectos tiene esta narrativa en su vida, de qué manera afecta a su sentido del yo, a sus relaciones con los demás, a su toma de decisiones, etc.

A continuación, en terapia se buscan narrativas o argumentos alternativos que ayuden a Naisha y a su familia a ver que sus relatos dominantes están sesgados y no engloban la totalidad de su experiencia. Se buscan historias, momentos, acciones o pensamientos que queden fuera del relato dominante, que lo cuestionen o entren en contradicción con la narrativa saturada del problema (White y Epston, 1990). Descubrimos que Naisha no siempre se ha sentido un patito feo. A nivel familiar también se trabaja para que entre todos puedan encontrar eventos alternativos a “la chunga” y entre todos sacan a la luz muchas de sus potencialidades.

A Naisha le resultó impactante pensar acerca de cómo sería su vida sin el sentimiento de patito feo y su cáscara, así como oír de sus padres qué valoraban de ella si no tenían en cuenta el problema: *“¿Me dejáis flipada! Pero entonces, ¿como puede ser que no me llegue nada bueno de vosotros ni a vosotros de mi?”*. A raíz de eso, tuvo la iniciativa cuando llegó su cumpleaños de pedirles hacer algo especial a solas con su padre y algo con su madre. De manera que con su padre fueron a escalar “un día de padre e hija” (hace algunos años compartían esta afición) y con su madre pasaron “un día de madre e hija” en un spa, y luego fueron a comer y de compras juntas.

Estos eventos variaron el relato problemático, se le ayudó a reflexionar acerca de éstos: *¿Es la primera vez que eres capaz de hacer esto?, ¿es un nuevo acontecimiento o algo significativamente diferente?, ¿qué lo hizo posible? ¿Qué dice de ti?* Intentamos a través de las conversaciones dar al evento un significado (ver Figura 1).

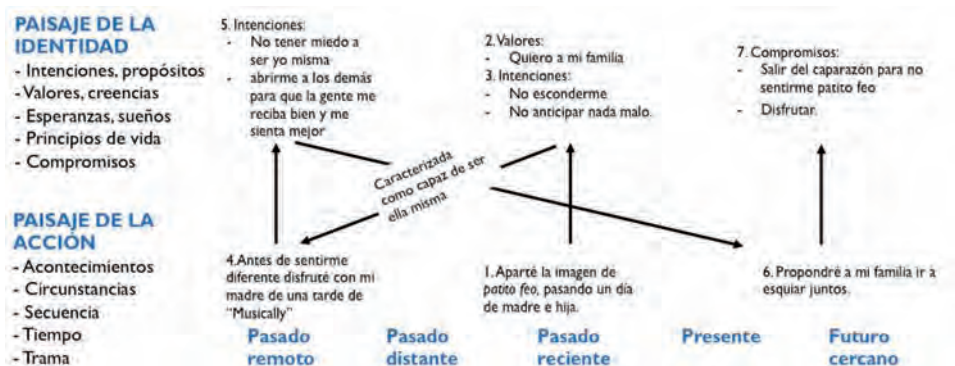


Figura 1. Mapa de la conversación de reautoría con Naisha.

Naisha afirmó que en los acontecimientos relatados se sintió querida, acogida, integrada, y con similitudes y muchas cosas en común con los miembros de su familia. Lo relacionó con un relato del pasado, una tarde divertida que pasó junto a su madre creando videos musicales de ambas. Esto nos permitió trabajar el paisaje de la identidad con las intenciones de ser ella misma y abrirse a los demás. Como resultado Naisha sugirió la idea de plantear a su familia compartir un día de esquí los cuatro juntos.

Una vez bien descrito y comprendido, se trabajó para establecer estos acontecimientos como nuevos y lograron adquirir significado, lo que contribuyó a activar la curiosidad de Naisha y de su familia y en sesiones familiares se intentó vincular estos resultados extraordinarios o únicos con otros eventos, tratando de vincularlos en un argumento alternativo hacia un tema (Carey y Russell, 2019). A partir de aquí, por ejemplo, accedió a salir con su hermana una noche a un concierto y se lo pasaron bien juntas descubrieron que comparten más cosas de las que creía (“a veces no es tan *friqui* como pensaba”).

Un solo evento no es significativo, necesitamos vincular los resultados únicos con otros eventos para vincularlos en un argumento alternativo (Carey y Russell, 2019). Para ello, potenciamos las conversaciones de re-autoría. Vamos de las preguntas del paisaje de la acción (¿Qué crees que hizo posible esto? ¿Dónde quedó tu cáscara? ¿Como preparaste estos acontecimientos?, ¿qué pensabas en ese momento que lo hizo más fácil?, ¿qué recursos usaste?, ¿qué nombre les darías?) a las preguntas del paisaje de la identidad (¿Qué dicen de ti como persona que hayas podido salir de tu cáscara? ¿Qué nos dicen estos eventos sobre tus sueños y propósitos?).

A través de las preguntas del panorama de acción Naisha pudo detallar el relato completo del evento y ante las preguntas del paisaje de la identidad Naisha respondió que era consciente que el sufrimiento la hacía vivir en una cáscara y quería probar a ser ella misma. Expresó que a menudo tiene miedo a ser abandonada, por eso siempre desconfía de los demás y le cuesta mostrarse con naturalidad. Se dio cuenta que sobre todo necesita poner a prueba a sus padres, necesita que le reafirmen continuamente su amor incondicional.

Naisha accedió a comentar todas estas cuestiones en una sesión con sus padres. En ésta, además, pudo hablar de la adopción y de sus dudas acerca de su pasado. Sus padres siempre se han mostrado abiertos a hablar de sus orígenes pero nunca han tomado ellos la iniciativa, siempre habían esperado a que su hija preguntara y entonces le daban las respuestas a sus preguntas. En esta sesión, comentando su pasado y los motivos por los que fue abandonada, sus padres le explicaron que sus padres biológicos habían ido a visitarla con frecuencia hasta el día de su adopción; para ellos eso no era un abandono. Esto tuvo nuevamente un gran impacto para Naisha y su autoestima (“hasta ahora había pensado que habían dejado tirada, ahora pienso que quizá les costó dar ese paso”). Se les recomendó que siguieran hablando acerca de todos estos aspectos, así como del contexto social de su país de origen, puesto que Naisha tenía dificultades para hacerse a la idea de cuáles son

los motivos que pueden llevar a abandonar a un hijo, motivos que no tienen nada que ver con los que ella se había imaginado hasta ese momento.

Al final de este trabajo terapéutico con Naisha y su familia, decidimos conjuntamente celebrar un ritual de celebración del cambio. Desde pequeña Naisha tiene un don por el dibujo y le gusta dibujar cómics y relatos. Como celebración del cambio Naisha se animó a crear un pequeño cuento ilustrado de su historia, que pudo compartir con toda su familia y amistades.

Hemos visto como a partir de las conversaciones de reautoría con Naisha, ella afronta de manera proactiva su vida y toma un papel activo en la conversación con sus padres sobre sus orígenes y las circunstancias de su adopción. Ya no es más la chica que se encierra en un patito feo puesto que esto ya no tiene sentido para ella. Afronta y conversa desde la seguridad del saberse amada y valorada, amable y valiosa, al fin y al cabo.

Conclusiones

A través de las conversaciones con Naisha y su familia hemos organizado y otorgado conjuntamente un sentido a sus experiencias. Las conversaciones de reautoría abren el espacio para poder considerar argumentos de identidad alternativos, más posibilitadores. La estructura narrativa es el entramado en el que mejor pueden manejarse dichos argumentos, incluso cuando surgen inicialmente como aparentemente contradictorios. Las conversaciones de reautoría, por lo tanto, contribuyen a la formación de narrativas de vida más posibilitadoras y en las que el adolescente adoptado puede darse mayor valor a sí mismo a la vez que trabajar el sentido de pertenencia y de identidad familiar, en condiciones de igualdad. Ni salvadores, ni salvado, construyendo conjuntamente alternativas a los posicionamientos rígidos, negativos, opresores. Hemos visto en el trabajo realizado con Naisha y su familia que, si se dan el contexto para abrir la conversación hacia temas y posicionamientos hasta entonces ausentes pero implícitos, ésta se abre. Parte de este contexto tiene que ver con considerar a todos los miembros de la familia en igualdad en condiciones en cuanto a su capacidad para generar cambio a partir de la conexión con aspectos de la identidad más posibilitadores, que ya existían pero que estaban oprimidos por la narrativa dominante de la familia. Naisha ha dejado de narrarse como alguien que no valió, ni vale, lo suficiente y que, por lo tanto, necesitaba esconderse, para pasar a reescribir su vida desde la proactividad y el valor de sí misma.

Hemos visto también como la terapia narrativa se adapta perfectamente a las necesidades y a la cosmovisión del consultante y es idónea para trabajar las características específicas de la adopción, principalmente las posibles contradicciones y/o pérdidas o rupturas en la narración entre distintos capítulos de la vida de nuestros consultantes. Además, el proceso de reautoría en co-autoría también con los miembros de la familia fortalece la identidad familiar, así como el sentido de pertenencia del adoptado a su familia adoptiva. El adoptado no puede identificarse con su familia por rasgos físicos comunes porque lo habitual es que no los

haya, y todavía más cuando se trata de adopción internacional. Así que el hecho de narrar y re-narrar experiencias significativas y positivas en común favorece la co-construcción de narrativas de vida de la familia que incrementan el sentimiento de pertenencia a esta. El patito aprendió que nunca había sido feo, y tampoco necesitaba ser un cisne; simplemente se permitió ser Naisha y su familia pudo darle la bienvenida de nuevo.

Referencias bibliográficas

- Baerger, D. R. y McAdams, D. P. (1999). Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being. *Narrative Inquiry*, 9(1), 69–96. <https://doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>
- Barcons, N., Abrines, N., Brun, C., Sartini, C., Fumadó, V. y Marre, D. (2014). Attachment and adaptive skills in children of international adoption. *Child and Family Social Work*, 19(1), 89–98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00883.x>
- Barcons, N., Fornieles, A. y Costas, C. (2011). International adoption: assessment of adaptive and maladaptive behavior of adopted minors in Spain. *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 123–132. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.10
- Bernedo, I. M., Fuentes, M. J., Fernández-Molina, M. y Bersabé, R. (2007). Percepción de las estrategias de socialización parentales en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 19(4), 596-601.
- Bimmel, N., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of Internationally adopted adolescents: a review and meta- analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(2), 64-78. <https://doi.org/10.1080/10673220303955>
- Botella, L., Corbella, S., Gómez, A. M., Herrero, O. y Pacheco, M. (2005). A personal construct approach to narrative and postmodern therapies. En D. Winter y L. L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy: Advances in theory, practice and research* (pp. 69-80). Londres, Reino Unido: Whurr Publishers. <https://doi.org/10.1002/9780470713686>
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 119-136). Nueva York, NY: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781412973496.d10>
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Carey, M. y Russell, S. (2019). Re-Autoría: algunas respuestas a preguntas comunes (Traducción de Marta Campillo y Gerardo Marín). Recuperado de <https://dulwichcentre.com.au/spanish-narrative-therapy-resources/>
- Efran, J. S. y Lukens, M. D. (1985). The world according to Humberto Maturana. *Family Therapy Networker*, 9(3), 22-25, 27-29, 72-75.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York, NY: W. W. Norton & Company.
- Fernández-Molina, M., Del Valle, J. F., Fuentes, M. J., Bernedo, M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Fernández, A., Erkoreka, L., Vivanco, E., Landa, M., Sesma, E., Pérez, L.,... y González, M. A. (2014). Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. *Anales de pediatría*, 80, 21-21. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.02.023>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco M. A. y Del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Ger, S. (2016). *L'adaptació familiar en l'adopció internacional* (Tesis Doctoral, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/350316>
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao, España: DDB.
- Grotervant, H. D., Ross, N. M., Marchel, M. A. y McRoy, R. G. (1999). Adaptive behavior in adopted children: Predictors from early risk, collaboration in relationships within the adoptive kinship network, and openness arrangements. *Journal of Adolescent Research*, 14(2), 231–247. <https://doi.org/10.1177%2F0743558499142005>
- Habermas, T. y de Silveira, C. (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence: Temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology*, 44(3), 707–721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.707>

- Habermas, T. y Köber, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23(5), 664–674. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.920885>
- Hermans, H. J. M. y Dimaggio, G. (2004). *The dialogical self in psychotherapy. An Introduction*. Nueva York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203314616>
- Howard, G. S. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, crosscultural psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 46(3), 187–197. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.3.187>
- Juffer, F. y Van IJzendoorn, M. H. (2007). Adoptees do not lack self-esteem: A meta-analysis of studies on self-esteem of transracial, international, and domestic adoptees. *Psychological Bulletin*, 133(6), 1067–1083. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.133.6.1067>
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs: Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Routledge (Trabajo original publicado en 1955).
- Keyes, M. A., Sharma, A., Elkins, I. J., Iacono, W. G. y McGue, M. (2008). The mental health of U.S. adolescents adopted in infancy. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(5), 419–425. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.5.419>
- Köber, C., Schmiedek, F. y Habermas, T. (2015). Characterizing lifespan development of three aspects of coherence in life narratives: A cohort-sequential study. *Developmental Psychology*, 51(2), 260–275. <https://doi.org/10.1037/a0038668>
- Kriebel, D. K. y Wentzel, K. (2011). Parenting as a moderator of cumulative risk for behavioral competence in adopted children. *Adoption Quarterly*, 14(1), 37–60. <https://doi.org/10.1080/10926755.2011.557945>
- McAdams, D. P. (2001). The Psychology of Life Stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McLean, K. C., Wood, B. y Breen, A. V. (2013). Reflecting on a Difficult Life: Narrative Construction in Vulnerable Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 28(4), 431–452. <https://doi.org/10.1177/0743558413484355>
- Neimeyer, R. A. (2012). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. Nueva York, NY: Routledge.
- Pacheco, M., García, L., Ger, S., Sallés, C. y Boadas, B. (2012). Retos y estrategias de intervención en la post-adopción: una propuesta integradora. *Revista de Psicoterapia*, 23(90/91), 149–174. Recuperado de: <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/retos-y-estrategias-de-intervencion-en-la-postadopcion-una-propuesta-integradora.html>
- Palacios, J. y Brodzinsky, D. M. (2010). Review. Adoption research: trends, topics, outcomes. *Internacional Journal of Behavioural Development*, 34(3), 270–284. <https://doi.org/10.1177%2F0165025410362837>
- Palacios, J. y Sanchez-Sandoval, Y. (1996). Relaciones padres hijos en familias adoptivas. *Anuario de Psicología*, 71, 87–105.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Nueva York, NY: S.U.N.Y.
- Reinoso, M. y Forns, M. (2012). Adaptación psicosocial en niños adoptados internacionalmente: percepción personal y parental. *Anales de Pediatría*, 76(5), 268–278. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.08.001>
- Sarbin, T. R. (1986). *Narrative Psychology. The storied Nature of Human Conduct*. Westport, CT: Praeger.
- Sánchez-Sandoval, Y., Leon, E. y Roman, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente. *Anales de psicología*, 28(2), 558–566. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.128711>
- Simmel, C., Barth, R. P. y Brooks, D. (2007). Adoptive foster youths' psychosocial functioning: A longitudinal perspective. *Child & Family Social Work*, 12(4), 336–348. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00481.x>
- van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410–421. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.09.008>
- Verhulst, F. C., Althaus, M. y Versluis-Den Bieman, H.J. (1990). Problem behavior in International adoptees: I. An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 94–103. <https://doi.org/10.1097/00004583-199001000-00015>
- Vieira, A. G. y Henriques, M. R. (2014). A construção narrativa da identidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 163–170. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100018>
- Waters, T. E. A. y Fivush, R. (2015). Relations between narrative coherence, identity, and psychological well-being in emerging adulthood. *Journal of Personality*, 83(4), 441–451. <https://doi.org/10.1111/jopy.12120>
- White, M. (1997). *Narratives of Therapists Lives*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, NY: Norton.
- Zeanah, C. H., Gunnar, M. R., McCall, R. B., Kreppner, J. y Fox N.A. (2011). VI. Sensitive periods. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 147–162. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00631.x>

DIÁLOGO ABIERTO: UNA APROXIMACIÓN NARRATIVA A UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA CON MALESTAR CONYUGAL

OPEN DIALOGUE: A NARRATIVE APPROACH TO A CASE OF COUPLE THERAPY WITH CONJUGAL DISTRESS

Lourdes Artigas Miralles

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1529-1421>

Anna Vilaregut Puigdesens

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8284-2954>

Berta Vall Castelló

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6869-6903>

Clara Mateu Martínez

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4355-8536>

Jaakko Seikkula

Facultad de Psicología, Universidad de Jyväskylä, Jyväskylä, Finlandia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Artigas, L., Vilaregut, A., Vall, B., Mateu, C. y Seikkula, J. (2019). Diálogo Abierto: Una Aproximación Narrativa a un caso de Terapia de Pareja con Malestar Conyugal. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 209-224. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.327>

Nota:

La preparación de este artículo ha contado con el apoyo del *Fons Social Europeu* y de la *Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Co-neixement* de la *Generalitat de Catalunya* (2016FI_B2 00108).

Fecha de recepción: 10 de junio de 2019. Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lourdesam0@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Lourdes Artigas Miralles, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Cister, 34, 08022, Barcelona, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



Resumen

Investigaciones previas han encontrado patrones comunicativos específicos en parejas que lidian con la depresión, específicamente cuando la depresión está asociada con problemas conyugales. Este hecho puede conllevar a que las parejas presenten dificultades para desarrollar una comunicación colaborativa en las sesiones, lo que supone un verdadero reto para los terapeutas. Este estudio exploratorio examina desde un enfoque dialógico la dominancia y el tipo de diálogo establecido en una pareja que lidia con la depresión y que presenta un bajo ajuste diádico. Las respuestas de los terapeutas fueron exploradas para identificar cuáles fueron las más efectivas al propiciar una actitud colaborativa. El método utilizado para analizar el diálogo fue el Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC). Los resultados sugirieron cualidades del diálogo ilustrativas del malestar conyugal presente en la pareja. Se identificaron respuestas terapéuticas a través del diálogo que pueden resultar eficaces si se mantienen a lo largo de la sesión para reducir la hostilidad en la pareja. Se discuten algunas implicaciones clínicas surgidas de los resultados.

Palabras Clave: Depresión, Terapia de Pareja, Aproximación Narrativa, Aproximación Dialógica, Diálogo

Abstract

Previous investigations have found specific communication patterns in couples dealing with depression, specifically when depression concurs with conjugal conflicts. The presence of these patterns can reflect the couples' difficulties to engage in collaborative communication during their sessions, posing a real challenge for therapists. This exploratory study uses a dialogical approach to examine issues of dominance and quality of dialogue in a couple dealing with depression and presenting a low level of dyadic adjustment. The therapists' interventions were explored in order to detect the kinds of responses that were most effective at enhancing a collaborative attitude in therapy sessions. The method used to analyze the dialogue was Dialogical Investigations of Happenings of Change (DIHC). Results on dialogical qualities were illustrative of the relational dynamics of the couple. The findings indicated that certain therapists' responses, within the dialogue, could be useful in reducing the hostility between the couple, as long as the responses are maintained over the course of the session. Some research and clinical implications that emerge from the results are discussed.

Keywords: Depression, Couple Therapy, Narrative Approach, Dialogical Approach, Dialogue

Introducción

En el campo de la terapia de pareja y familia ha existido un gran interés en conocer cómo los aspectos relacionales se manifiestan en las diversas problemáticas, así como en la propia terapia. El foco de atención en los procesos interpersonales está presente en los trabajos pioneros de la terapia experiencial de Satir (1964), así como en el modelo sistémico de terapia familiar de Minuchin (1974) y el grupo de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), seguidos por los enfoques contemporáneos de la terapia narrativa (Combs y Freeman, 2016; White y Epston, 1990).

En las últimas tres décadas han surgido nuevas formas postmodernas de pensar en la psicoterapia que cuestionan muchos de los supuestos en los que se ha basado esta disciplina a través de su historia. Este cuestionamiento ha resultado en el desarrollo de prácticas terapéuticas referidas como colaborativa, discursiva, dialógica, conversacional, centrada en soluciones, reflexiva y narrativa (Andersen, 1991; Anderson, 2009; Anderson y Goolishian, 1988; Gergen, 2009; Hoffman, 2002; Shawver, 2005; Stern, 2003; Strong y Paré, 2004). Cada uno de estos términos subraya algún aspecto importante de estos abordajes ya que éstos ven la terapia como un proceso conversacional o discursivo. Las palabras que utilizamos no «reflejan» lo que pensamos o sentimos, sino que le dan forma en gran medida a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias (Anderson y Goolishian, 1988; Seikkula, Karvonen, Kykyri, Penttonen y Nyman-Salonen, 2018).

Como sugirió Anderson (2009) el pensamiento posmoderno es construido a partir de las teorías del construccionismo social, de la hermenéutica y de la narrativa, y constituye un amplio espectro bajo el que caben muchas corrientes teóricas distintas pero interrelacionadas. Los supuestos que comparten los enfoques terapéuticos antes mencionados desempeñan un papel esencial en la postura filosófica que asume un terapeuta: *la forma de ser* de una persona particular, incluyendo lo que pensamos, hablamos, actuamos, orientamos, conectamos y respondemos *con* el otro (Hoffman, 2002; Shotter, 2010).

Para estas prácticas relacionamente responsivas, relaciones y conversaciones son inseparables y se influyen mutuamente (Anderson, 2009). La “relación colaborativa” se refiere a cómo nos orientamos nosotros mismos a ser, actuar y responder para que otra persona comparta el compromiso y exista una acción conjunta. Shotter (2010) sugirió que todos vivimos en acciones conjuntas: conociendo e interactuando unos con otros en formas relacionamente responsivas. Como seres relacionales que nos influimos mutuamente, nuestros seres no pueden separarse de los sistemas de relaciones de los que formamos parte (Bakhtin, 1981).

Asumiendo que existen diversas prácticas narrativas, dialógicas y colaborativas basadas en asunciones que sugieren más una filosofía de terapia que propiamente una teoría (Anderson, 2009; Combs y Freeman, 2016), este estudio se basa en un enfoque dialógico (Olson, Laitila, Rober y Seikkula, 2012; Seikkula y Olson, 2016). Desde esta perspectiva, las respuestas que los terapeutas brindan en la conversación

con la pareja en tratamiento son consideradas elementos esenciales en la creación de un nuevo lenguaje común para describir el sufrimiento del paciente, dando una nueva expresión a un fenómeno que, de lo contrario, es interpretado sólo a través de los síntomas (Kuhlman, Tolvanen y Seikkula, 2013; Rautiainen y Aaltonen, 2010; Seikkula, 2002; Seikkula y Trimble, 2005).

Partiendo de la premisa que somos seres relacionales que no podemos separarnos de las experiencias que vivimos, existe evidencia empírica que muestra un patrón consistente de interacción entre los conflictos entre los miembros de una pareja y la gravedad y evolución de la depresión (Davila, Karney, Hall y Bradbury, 2003; Vilaregut, Artigas, Mateu y Feixas, 2018). Algunos estudios han analizado cómo la depresión influye en la comunicación entre los miembros de la pareja (Gabriel, Beach y Bodenmann, 2010) así como se ha demostrado que las parejas con un miembro deprimido se comunican con mayor negatividad, a través de críticas, demandas negativas y de rechazo, lo cual puede aumentar el malestar (Artigas, Mateu, Vilaregut, Feixas y Escudero, 2017; Halford, Owen, Duncan, Anker y Sparks, 2016). Concebimos los patrones comunicacionales y la depresión como un proceso cíclico, partiendo de la presuposición que la depresión influye en la forma de comunicarse, así como que una transición a una comunicación más abierta, positiva, y basada en la aceptación mutua, puede tener efectos facilitadores para la recuperación (Seikkula y Trimble, 2005; White y Epston, 1990).

Dentro del enfoque dialógico emerge el método de análisis incorporado en este estudio, *Dialogical Investigations of Happenings of Change* (DIHC; Seikkula, Laitila y Rober, 2012; Seikkula y Olson, 2016), en concreto su traducción y adaptación al español, el Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC; Vall, Seikkula, Holma y Laitila, 2017). De forma coherente con el pensamiento posmoderno, incorpora la visión del diálogo como co-creación de significados. El Método IDC permite analizar cómo los múltiples participantes se comunican en las sesiones terapéuticas mediante el diálogo a través de dos dimensiones que aportan información relacional: dominancia y calidad de diálogo. En referencia a la dominancia, se toma en cuenta en el diálogo en cada uno de los siguientes aspectos: quién habla más en la conversación –dominancia cuantitativa–, quién introduce nuevos temas –dominancia semántica–, así como quién influye en las acciones comunicativas y regula los turnos de habla –dominancia interaccional–.

En referencia a la calidad del diálogo, se distinguen dos tipos de diálogos: aquellos que son realizados de una forma dialógica y aquellos otros que son realizados de una forma monológica. En el diálogo dialógico, cada intervención se lleva a cabo en interacción con las intervenciones previas y posteriores de los demás interlocutores. Cuando en terapia existe la polifonía de voces entre los múltiples participantes, fruto de sus experiencias vitales, y ninguna de las voces domina la otra, se produce un diálogo dialógico (Bakhtin, 1981). Por el contrario, las intervenciones en un diálogo monológico expresan los propios pensamientos sin una adaptación a los interlocutores, las preguntas son planteadas de forma que

presuponen la elección de una alternativa y hay voces que dominan a las otras (Seikkula et al., 2012; Seikkula y Trimble, 2005).

El Método IDC se ha aplicado a la terapia familiar para tratar la psicosis (Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012), en terapia de grupo para hombres que han ejercido maltrato en contra de sus parejas (Rasanen, Holma y Seikkula, 2012), en terapia de pareja para situaciones de violencia doméstica (Vall, Seikkula, Laitila y Holma, 2016; Vall, Seikkula, Laitila, Holma y Botella, 2014), y en terapia de pareja para tratar problemas relacionales (Laitila et al., 2018). Estos estudios indican que: (a) la dominancia semántica e interaccional de los pacientes está vinculada a resultados terapéuticos favorables en la terapia familiar para el tratamiento de la psicosis (Seikkula, 2002), así como en la terapia de grupo para hombres que han ejercido maltrato (Rasanen et al., 2012); (b) en terapia de pareja, los hombres presentaron más dominancia cuantitativa e interaccional al inicio del tratamiento, mientras que las mujeres tendían a tener un mayor control sobre los temas discutidos (dominio semántico) que sus cónyuges (Vall et al., 2016); y (c) la dominancia interaccional por parte de los terapeutas puede ser una respuesta efectiva para gestionar el flujo de la conversación (Laitila et al., 2018; Seikkula, 2002; Vall et al., 2016). Durante las sesiones iniciales, las parejas pueden permanecer atrapadas en un ciclo disfuncional de interacción, y cuando los terapeutas ejercen una dominación interactiva pueden ayudar a romper este ciclo (Sprenkle, Davis y Lebow, 2009).

Este estudio de caso tiene el propósito de explorar cómo la comunicación es co-construida mediante el diálogo terapéutico en una pareja que empieza el proceso con un bajo ajuste diádico, siendo éste un indicador obstaculizador del pronóstico de la terapia. En un estudio precedente, se comprobó que las cualidades del diálogo fueron distintas en dos parejas que presentaban diferente ajuste diádico y resultado terapéutico (Artigas, Vilaregut, Feixas, Mateu, Seikkula y Vall, en prensa). Eso sugirió la importancia de profundizar en el análisis de casos que, como el presente, pueden suponer mayor reto para los terapeutas. Esta información tiene valor clínico ya que pretende descubrir cómo los terapeutas pueden desarrollar formas de dialogar en terapia con tal de propiciar una mayor actitud colaborativa (Heene, Buysse y Van Oost, 2005).

Nuestro estudio pretende responder, por un lado, a cómo la calidad del diálogo y la dominancia se manifiesta en una pareja que presentaba un bajo ajuste diádico como indicador de dificultad en el manejo terapéutico y, por otro lado, a cuáles son las respuestas de los terapeutas a través del diálogo que pudieron contribuir a una actitud colaborativa durante las sesiones.

Método

Contexto

El caso seleccionado para el presente estudio forma parte de un proyecto de investigación en terapia de pareja para la depresión de la Universidad de Barcelo-

na, en el cual las parejas participantes realizaron voluntariamente un tratamiento protocolizado de Terapia Sistémica de Pareja siguiendo las directrices de Jones y Asen (2000) en centros públicos de salud de Barcelona (España).

Participantes

Pareja

María y Amancio (nombres ficticios), ambos de 62 años, llevaron a cabo diecisiete sesiones de tratamiento con una periodicidad quincenal. María llevaba en tratamiento psiquiátrico desde hacía 34 años debido a su sintomatología depresiva. La mujer era la menor de cuatro hermanos. Tenía un año cuando su madre murió. Desde pequeña, María tuvo que responsabilizarse de sus hermanos y de las tareas domésticas, ya que su padre desapareció de casa durante largos periodos de tiempo. Provenía de una familia definida en términos de carencia, desprotección y con una clara ausencia de afectos positivos. La elección de pareja se hizo en base a unas expectativas de protección, afecto y comprensión que no fueron cubiertas en su familia.

Teniendo en cuenta las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996; adaptación española de Sanz y Vázquez, 2011), la paciente obtuvo una puntuación de 25 en el pre-tratamiento y una puntuación de 32 en el post-tratamiento, considerando así que se encontraba dentro del rango disfuncional en las dos medidas realizadas y además hubo un empeoramiento de la sintomatología depresiva. Aplicando el Índice de Cambio Fiable (ICF) propuesto por Jacobson y Truax (1991) se consideró que la paciente no presentó un cambio clínicamente significativo al finalizar el proceso terapéutico, teniendo en cuenta los datos normativos españoles del BDI-II (población disfuncional: media 27.31, $DT=11.04$; población funcional: media 9.61, $DT=7.61$, fiabilidad test-retest de 0.91; Sanz y Vázquez, 2011). Las puntuaciones de los dos miembros de la pareja en la evaluación pre y post-tratamiento de la Escala de Ajuste Diádico, versión breve (EAD-13; Spanier, 1979; adaptación española de Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009) indicaron que se trataba de una pareja con una baja calidad percibida en su relación, al obtener puntuaciones siempre inferiores al punto de corte de 44 establecida en la escala.

Terapeutas

Los terapeutas trabajaban en co-terapia y tenían menos de cinco años de experiencia clínica. Todas las sesiones fueron registradas audiovisualmente y visualizadas en sesiones de supervisión con un terapeuta experto.

Evaluadores

Los datos del análisis dialógico fueron analizados por dos evaluadoras, siendo dos de las autoras del presente estudio. Las dos evaluadoras habían realizado la

formación en el Método IDC con sus creadores en la Universidad de Jyväskylä (Finlandia) a través de 50 horas aproximadas de entrenamiento. Cualquier desacuerdo surgido durante el proceso de análisis fue discutido con los creadores del Método IDC. La discusión continuó hasta que se alcanzó un consenso.

Instrumentos

El Método IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula y Olson, 2016) permite una categorización general de las cualidades del diálogo de una sesión a un nivel macro-analítico y permite identificar momentos específicos de cambio. Está formado por tres pasos diferentes. Sin embargo, en este estudio nos focalizamos sólo en el primer y segundo paso con el propósito de responder a las preguntas de investigación (para una descripción detallada del método, ver Seikkula et al., 2012):

Exploración de los episodios temáticos. Consiste en dividir el diálogo entero de una sesión en episodios temáticos. Los episodios temáticos son definidos por el tema que se discute, de modo que, si el tema de conversación cambia, el episodio temático termina y se da paso al siguiente.

Exploración de las respuestas a las intervenciones. En cada uno de los episodios temáticos detectados en el diálogo de una sesión, se explora la forma en que se responde a las intervenciones. Las respuestas a las intervenciones se categorizan según:

El participante que toma la iniciativa (quien es dominante): (1) *dominancia cuantitativa*, identificado en términos de quién habla más en cada episodio temático, en términos de números de palabras; (2) *dominancia semántica*, identificado por quién introduce nuevos temas o nuevas palabras en cada episodio temático, quién da forma al contenido del diálogo; y (3) *dominancia interaccional*, identificado en términos de quién regula los turnos de habla. No se trata sólo de identificar quién es el dominante en cada episodio temático, sino que el principal foco de la investigación es comprender los patrones de cambio en estas tres categorías de dominancia. Esta categoría es mutuamente excluyente (i.e. se puede detectar que la dominancia cuantitativa es presentada por la paciente en un episodio temático, y este hecho conlleva a que el cónyuge y el terapeuta no la presenten).

Cómo se responde a las intervenciones: *Las respuestas dialógicas* son identificadas como aquellas que incorporan lo que se ha dicho previamente y terminan con una intervención abierta, permitiendo al interlocutor comentar sobre lo que se ha dicho (Bakhtin, 1984; Seikkula, 2002, 2008). Por contraste, respuestas que incluyen los propios pensamientos e ideas sin ser adaptadas a los demás interlocutores son consideradas como *monológicas*. Las preguntas monológicas presuponen la elección de una sola alternativa, a menudo contradicen, desaprueban o critican las intervenciones de otros (Rasanen et al., 2012). Esta categoría no es mutuamente excluyente, pudo suceder que en un episodio temático la conversación evolucionara de monológica a dialógica, o viceversa. En ese caso, ambas opciones pudieron ser identificadas en un mismo episodio temático.

Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño mixto, incorporando en el análisis tanto datos cualitativos (derivados de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia) como datos cuantitativos (derivados de los porcentajes obtenidos en las categorías analizadas mediante el Método IDC).

Los datos fueron recopilados con el propósito de aplicar el nivel macro-analítico del Método IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula y Olson, 2016) partiendo de la transcripción del diálogo desarrollado entre todos los participantes, incluida la pareja y los terapeutas.

En primer lugar, se dividió la sesión analizada en episodios temáticos, para después analizar la dominancia y la calidad del diálogo (dialógico vs. monológico) en cada uno de ellos. Es decir, nos permitió identificar el participante que había presentado la dominancia y si el diálogo había sido monológico o dialógico en cada episodio temático. Una vez tuvimos identificada esta información en cada episodio temático, pudimos obtener los porcentajes en estas categorías para el conjunto de la sesión. Por ejemplo, si la mujer había presentado la dominancia cuantitativa en 6 de los 10 episodios temáticos de una sesión, consideramos que ella había presentado una dominancia del 60% en la globalidad de la sesión, presentando así la mayor dominancia cuantitativa.

Detectando la calidad del diálogo y la dominancia en cada episodio temático, pudimos comprobar episodios temáticos en los que se produjo un cambio respecto a la tendencia general de la sesión (por ejemplo, cuando una pareja que habitualmente hablaba de forma monológica lo empezó a hacer de forma dialógica). En estos momentos de cambio, analizamos inductivamente las respuestas dialógicas por parte de los terapeutas.

Las dos evaluadoras obtuvieron en el análisis un acuerdo inter-jueces inicial del 70-90%.

Resultados

Episodios Temáticos en el diálogo

La primera sesión fue dividida en 12 episodios temáticos. Los episodios temáticos pudieron ser agrupados en función de la temática general de conversación. Los temas principales de conversación fueron la depresión, la conflictiva de pareja y la dificultosa historia familiar de la mujer. La última sesión fue dividida en 10 episodios temáticos, en los que el tema de conversación general fue de nuevo la conflictiva de pareja y el proceso terapéutico.

Este paso del proceso nos permitió analizar las cualidades dialógicas que caracterizaron cada uno de los episodios temáticos que conformaron una sesión determinada. Específicamente, se evaluaron los patrones de dominancia y la calidad del diálogo (dialógico vs. monológico) para cada episodio temático identificado en la sesión. Partiendo de los resultados sobre la dominancia y la calidad del diálogo

en cada episodio temático, fue posible obtener los porcentajes para la sesión en su totalidad.

Cómo se presenta la dominancia y la calidad del diálogo

La mujer fue quien más intervino y más participó en el diálogo en la primera sesión y los terapeutas fueron quienes más lo hicieron en la última sesión, presentando la dominancia cuantitativa. En referencia a la dominancia semántica, la mujer fue quien más temas propuso para ser tratados, principalmente centrados en aspectos insatisfactorios de la relación de pareja, tanto en la primera como en la última sesión. Los terapeutas presentaron la dominancia interaccional en ambas sesiones, gestionando así los turnos de habla y las acciones comunicativas (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Dominancia: Porcentajes obtenidos en las dos sesiones analizadas.*

Dimensión analizada	Participantes	Sesión 1	Sesión 17	
		%	%	
Quién toma la iniciativa (dominancia)	Dominancia cuantitativa	Paciente	66.67	40
		Cónyuge	25	0
		Terapeutas	8.33	60
Quién toma la iniciativa (dominancia)	Dominancia semántica	Paciente	50	80
		Cónyuge	16.67	0
		Terapeutas	33.33	20
Quién toma la iniciativa (dominancia)	Dominancia interaccional	Paciente	0	0
		Cónyuge	0	0
		Terapeutas	100	100

El diálogo estuvo caracterizado por respuestas monológicas a las intervenciones previas, especialmente en la primera sesión. Este resultado indica que las intervenciones de la pareja frecuentemente cuestionaban o contradecían las opiniones o comentarios anteriores de los demás interlocutores. Por tanto, a pesar de que los terapeutas plantearon en algunas ocasiones preguntas de un modo abierto y dialógico, la mayor parte de las respuestas de la pareja fueron específicas, cerradas, y no propiciaron la creación de un diálogo co-construido junto con los demás interlocutores (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Diálogo versus monólogo: Porcentajes obtenidos en las dos sesiones analizadas.*

Dimensión analizada		Sesión 1	Sesión 17
		%	%
Cómo se responde a las intervenciones	Monológicamente	80	63.64
	Dialógicamente	20	36.36

El Fragmento 1 ilustra la necesidad de la paciente de recibir el reconocimiento del cónyuge por el sufrimiento vivido. Se percibe cómo María adquiere la dominancia cuantitativa a través de un discurso monológico, reprochando indirectamente al marido el poco apoyo recibido. El terapeuta adquirió la dominancia interaccional para ubicar la conversación en el momento presente, gestionando los turnos de habla e intentando reducir la hostilidad entre los miembros de la pareja. El terapeuta participó en el diálogo dirigiéndose a un sólo miembro de la pareja cada vez. Esta intervención directiva pareció no ayudar a crear un espacio de diálogo mutuo entre los clientes.

Fragmento 1

Última sesión, episodio temático 9: El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que el Amancio sea ahora capaz de ver lo mal que se comporta su familia con otras personas

María (M): Yo he estado enferma, acostada en la cama todos los días y a mí nadie jamás en la vida me ha preguntado “¿Qué te pasa?”. Tampoco era nada del otro mundo reconocer que lo estaba pasando mal, defenderme cuando los demás me atacaban.

Terapeuta (T): María, esto es lo que hablábamos en su momento, tú sentiste que él no te defendió, él piensa que lo hizo a su manera, pero se suponía que todo aquello para ti ya había quedado olvidado ¿No?

Amancio (A): Según cómo estabas tumbada en casa y eso hubiera sido una discusión, preguntarte a ti a veces era una discusión.

M: No, no me pondré nunca de acuerdo con él (hacia T). Pero bueno, me da igual ya.

A: Es un comentario, comentar contigo según qué cosas era una discusión constante.

M: (Mirando a T) ¿Sabes lo que pasa? Que él no me comprende, no comprende lo mal que lo he pasado. Nada más con que dijera “sí, me he portado fatal contigo, estoy arrepentido” es que eso no cuesta nada, que él cree que para él cuesta, pues vale, pues que no lo diga y ya está.

A: ¿Pero no te lo he dicho ya? ¿No te lo he dicho? (Con enfado).

T: Te lo acaba de decir, María, que se equivocó en muchas cosas.

M: ¿Tú no crees que a mí me gustaría que me hubiese defendido? Que jamás en la vida nadie me ha defendido.

Cuáles fueron las respuestas de los terapeutas como tendencia general

A lo largo de las sesiones, cuando la pareja presentaba dominancia desequilibrada y respuestas monológicas, hubieron contribuciones dialógicas de los terapeutas basadas en: (1) Centrar la conversación en el momento presente cuando se hablaba sobre la conflictiva de la pareja; (2) dirigir el discurso hacia la mujer individualmente; (3) posicionar a la mujer agente activo de cambio a nivel individual; (4) explicitar responsabilidades diferenciadas de cada cónyuge aunque sin establecer compromisos comunes; y (5) enfatizar el discurso de la pareja llevado a cabo desde una voz de enferma y desde una voz de experto y consejero. Estas respuestas de los terapeutas no permitieron que la pareja co-construyera nuevos significados sobre su problemática. La mujer fue dominante en el diálogo basando su discurso en la queja, mientras que el hombre no se implicó en la conversación.

Cuáles fueron las respuestas de los terapeutas al promover una actitud colaborativa: Momentos únicos

Analizando las sesiones momento a momento fue posible identificar instantes en que la pareja con conflictiva conyugal tuvo un cambio positivo en su forma de comunicarse. Como se ejemplifica en el Fragmento 2, en estos momentos únicos, la pareja fue capaz de co-construir una narrativa compartida, dejaron atrás las contradicciones y reproches, y en su lugar empezaron a validar el punto de vista del otro. Los momentos en que el diálogo fue más dialógico coincidieron temporalmente con una mayor participación de Amancio en la conversación, presentando así dominancias más equilibradas entre ambos.

Fragmento 2

Última sesión, episodio temático 10: Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en ciertos momentos

T: Amancio, lo que sí que es cierto es que tú la tendrías que haber defendido en el momento en el que lo necesitaba. Y que tú tendrías que haber hecho cosas por ella en el momento en el que lo necesitaba. Y no las hiciste.

A: Y no las hice, es cierto.

T: Y eso es cierto, es cierto. Y eso no se lo puede quitar nadie a ella (...) Que a ti te han faltado cosas durante 35 años, eso no te lo puede quitar nadie (a María) pero él te ha dicho que ahora lo reconoce. Tú has reconocido, se lo has dicho a ella y nos lo has dicho a nosotros, que puede haber cosas que le han faltado a ella de tu parte (A Amancio).

A: Que le han faltado, sí, sí (Mira a María, pero ella mira al frente).

T: Pero vamos a no quitarle valor al reconocimiento que él está haciendo. Él está reconociendo que se ha dado cuenta de muchas cosas, se ha dado cuenta que para ti era importante recibir su apoyo en muchos momentos y ahora está dispuesto a apoyarte, a estar contigo de otra manera, ha escuchado mucho más lo que tú necesitas y está dispuesto a estar de tu lado.

M: Pero te voy a decir una cosa, y se lo digo a mucha gente, él ha cambiado una barbaridad, ha cambiado al 100%, ahora es un cielo (dirigiéndose a T).

A: Me gusta oír eso, a mi no me lo dices (mirando a María, ambos ríen).

M: Bueno, ya te lo diré más.

T: Pues vamos a no teñir de negro ese cambio, María, vamos a no teñirlo de negro.

Analizando las respuestas terapéuticas en estos momentos, se observó que sus contribuciones fueron distintas a las presentadas en muchos otros episodios temáticos. Estas nuevas respuestas fueron: (1) Hablar a la pareja con la voz de equipo terapéutico; (2) no responder a la voz de consejero y experto del hombre, la cual propiciaba que la mujer hablara como enferma y víctima; (3) proponer posiciones alternativas a la pareja, la mujer como persona capaz de superar las adversidades vividas en su familia y el hombre como figura de apoyo para ella; (4) establecer similitudes en el diálogo de ambos, en lugar de posicionarlos como diferentes y alejados; (5) destacar los recursos y fortalezas de la pareja, en lugar de centrar el discurso en sus desacuerdos. Otras respuestas detectadas en momentos de cambio fueron: (6) enfatizar la corresponsabilidad que la pareja tenía para lograr una mejoría; y (7) dirigir el discurso hacia ambos cónyuges simultáneamente.

En estos momentos, ya no fue la paciente quien tenía el poder de la conversación, sino que el diálogo fue mucho más equitativo. Esto supuso una flexibilización de la jerarquía interna de la pareja, debido a que ya no fue la mujer quien hablaba sobre la depresión, sino que momentáneamente había intercambios más simétricos. Como respuesta homeostática posterior, María volvió a adquirir el poder de la conversación hablando de forma monológica como víctima y sufridora, y ante este hecho, los terapeutas no prosiguieron con las respuestas que habían sido efectivas en términos comunicativos.

Discusión

Este estudio de caso se ha centrado en explorar cómo la dominancia y la calidad del diálogo se manifiestan en una pareja que presentaba un bajo ajuste diádico al inicio del proceso. Además, se exploró el papel que sus cualidades del diálogo podrían tener en su actitud colaborativa durante las sesiones.

El bienestar relacional puede desempeñar un papel importante para ayudar a las parejas a colaborar durante las sesiones de terapia (Halford et al., 2016). La angustia marital del caso analizado podría haber incitado a la paciente a culpar al cónyuge tanto por los problemas experimentados como por su insatisfacción respecto a la relación, lo que llevó a cierta conflictividad durante las sesiones y a la dificultad de mantener una actitud colaborativa (Anderson y Johnson, 2010; Heene et al., 2005).

A pesar de que este estudio no permite plantear una relación causal entre la comunicación colaborativa en terapia y la satisfacción relacional en parejas, enfatizamos la necesidad de que los terapeutas desarrollen contribuciones con el fin

de transformar los patrones disfuncionales de interacción entre los miembros de una pareja en interacciones de apoyo mutuo (Jones y Asen, 2000). Creemos que una serie de factores, tanto dentro como fuera del contexto de la intervención psicológica, pueden influir en los resultados de un proceso terapéutico. Por lo tanto, es imposible concluir que las cualidades del diálogo pueden ser suficientes por sí mismas para explicar los resultados terapéuticos o para ilustrar el grado de satisfacción relacional dentro de una pareja. Sin embargo, la exploración del diálogo en este estudio nos ha permitido analizar aspectos de la dominancia y del diálogo que pueden contribuir favorablemente a los cambios en patrones relacionales en las parejas y, por el contrario, otras características que pueden representar obstáculos para estos cambios (Seikkula y Olson, 2016; Rasanen et al., 2012).

Hemos identificado cómo la dominancia fue expresada en una pareja con elevada conflictividad desde el inicio del proceso terapéutico. La paciente ejerció la dominancia cuantitativa y semántica, con excepción de la última sesión, donde fueron los terapeutas quienes presentaron la dominancia cuantitativa. El ejercicio del poder por parte de la paciente fue algo ‘invisible’ a partir del control de los temas tratados (Vall et al., 2016), aunque también la paciente construyó una narrativa centrada en reproches a su cónyuge en relación con las diversas áreas conflictivas de su relación, proporcionando evidencia de la conexión entre la depresión y el conflicto relacional (Davila et al., 2003). La dominancia interaccional ejercida por los terapeutas sugiere la necesidad de intervenir constantemente en la conversación terapéutica para reducir y manejar el conflicto entre los miembros de la pareja. Esto confirma los hallazgos anteriores que indican que el dominio interaccional por parte de los terapeutas puede ser una estrategia para poner fin a una escalada de conflictos que tiene lugar en la conversación de una pareja (Seikkula, 2002; Sprenkle et al., 2009; Vall et al., 2016).

La calidad del diálogo también fue ilustrativa de las dinámicas relacionales presentes en la pareja. La comunicación se construyó a partir de intervenciones básicamente monológicas, sobretudo en la primera sesión de la terapia. Como habían sugerido Rautiainen y Aaltonen (2010), cuando la sintomatología depresiva está asociada con problemas relacionales, la narrativa de la persona que sufre depresión a menudo se contradice con la narrativa del cónyuge, y viceversa (Kuhlman et al., 2013). En línea con hallazgos previos, el espacio terapéutico deviene una oportunidad esencial, a la vez que un verdadero reto terapéutico, para contribuir a que las parejas con alta conflictividad desarrollen formas constructivas de comunicar sus necesidades y peticiones, a través de discursos necesariamente dialógicos, que se complementen y enriquezcan circularmente (Rasanen et al., 2012; Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012).

El análisis mediante el Método IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula y Olson, 2016) ha permitido identificar episodios temáticos específicos en los cuales la pareja fue capaz de realizar un cambio momentáneo en la tendencia general de la sesión en cuanto a la dominancia y calidad del diálogo. Esta parte del análisis nos ofrece

sugerencias clínicas útiles sobre cómo los terapeutas podrían intervenir a través del diálogo para permitir cambios comunicativos positivos en las parejas que llevan sus desacuerdos y sus conflictos a las conversaciones terapéuticas.

En estos momentos de cambio únicos y colaborativos, muchos de los cuales se observaron durante la sesión final, la pareja mantuvo un diálogo dialógico y el cónyuge se involucró en la conversación, mostrando una dominancia cuantitativa y semántica más equilibrada respecto a la paciente. En la exploración de estos episodios temáticos detectamos que, a diferencia de otros momentos de la sesión, las respuestas de los terapeutas resultaron útiles al cambiar la conversación de la pareja hacia una dirección más proactiva, lo cual tuvo un efecto positivo para iniciar la co-construcción de una narrativa compartida acerca de la depresión (Kuhlman et al., 2013; Rautiainen y Aaltonen, 2010).

Han sido identificadas ciertas respuestas dialógicas que, mantenidas de forma persistente y sostenida a lo largo de la sesión, podrían contribuir a promover actitudes colaborativas en sesiones terapéuticas. Investigaciones de este tipo resultan útiles para detectar respuestas que contribuyen al éxito de la terapia de pareja, especialmente en casos con dificultad de manejo terapéutico (Anderson y Johnson; Halford et al., 2016). Nos posicionamos en consonancia a otras investigaciones que perciben la inclusión del cónyuge en la terapia como un gran recurso y una fuente de apoyo para ayudar a lograr mejoras tanto en la sintomatología depresiva como en la satisfacción de las relaciones (Rautiainen y Aaltonen, 2010; Seikkula y Trimble, 2005).

Esta investigación es de naturaleza exploratoria, ya que ningún estudio previo había realizado un análisis aplicando el Método IDC para conocer cualidades comunicativas y respuestas de los terapeutas en terapia de pareja para la depresión. Para obtener un mayor conocimiento acerca de las cualidades del diálogo ilustrativas de la satisfacción relacional en parejas y que contribuyen al cambio terapéutico, sería necesario incrementar la muestra de casos analizados.

Se requieren investigaciones adicionales que apliquen el Método IDC a nivel micro-analítico para proporcionar un conocimiento más detallado de lo que sucede en momentos específicos de cambio. La aplicación a un nivel micro-analítico permitirá determinar cómo pueden contribuir los terapeutas a través del diálogo para la construcción de la alianza terapéutica en terapia de pareja, ya que estudios anteriores han examinado la alianza como una variable predictiva del resultado terapéutico (Knobloch-Fedders et al., 2004). El nivel micro-analítico también será útil para producir una visión más profunda de las intervenciones dialógicas que los terapeutas llevan a cabo para cambiar las conversaciones de las parejas en una dirección más proactiva y para redefinir sus dinámicas de interacción, una tarea especialmente complicada cuando la depresión se interrelaciona con conflictos conyugales. Este tipo de estudio supone una línea prometedora de trabajo futuro que podría enriquecer la investigación en psicoterapia desde el marco narrativo y mejorar la práctica clínica.

Referencias Bibliográficas

- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. Nueva York, NY: W.W. Norton & Company.
- Anderson, H. (2009). Collaborative practice: Relationships and conversations that make a difference. En J. Bray y M. Stanton (Eds.), *The Wiley handbook of family psychology* (pp. 300–313). Malden, MA: Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444310238>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371–393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, S. y Johnson, L. (2010). A Dyadic Analysis of the Between- and Within-System Alliances on Distress. *Family Process*, 49, 220-235. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01319.x>
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G. y Escudero, V. (2017). Couple Therapy for Depression: Exploring how the Dyadic Adjustment determines the Therapeutic Alliance in two contrasting cases. *Contemporary Family Therapy*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9420-3>
- Artigas, L., Vilaregut, A., Feixas, G., Mateu, C., Seikkula, J. y Vall, B. (en prensa). Dialogue and Dominance in Couple Therapy for Depression: Exploring Therapists' Responses in Creating Collaborative Moments. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12494>
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck depression inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Combs, G. y Freeman, J. (2016). Narrative Therapy's Relational Understanding of Identity. *Family Process*, 55(2), 211-224. <https://doi.org/10.1111/famp.12216>
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W. y Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology*, 17, 557-570. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.557>
- Gabriel, B., Beach, S. R. H. y Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41(3), 306-316. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.09.001>
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Halford, T. C., Owen, J., Duncan, B. L., Anker, M. G. y Sparks, J. A. (2016). Pre-therapy relationship adjustment, gender and the alliance in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 18-35. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12035>
- Heene, E., Buysse, A. y Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, 44(4), 413-440. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x>
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. Nueva York, NY: Norton.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Jones, E. y Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M. y Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x>
- Kuhlman, I., Tolvanen, A. y Seikkula, J. (2013). The Therapeutic Alliance in Couple Therapy for Depression: Predicting Therapy Progress and Outcome from Assessments of the Alliance by the Patient, the Spouse, and the Therapists. *Contemporary Family Therapy*, 35(1), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9215-5>
- Laitila, A., Vall, B., Penttonen, M., Karvonen, A., Kykyri, V. L., Tsatsishvili, V., Kaartinen, J. y Seikkula, J. (2018). The Added Value of Studying Embodied Responses in Couple Therapy Research: A Case Study. *Family Process*, 58(3), 685-697. <https://doi.org/10.1111/famp.12374>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olson, M. E., Laitila, A., Rober, P. y Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*, 51(3), 420-435. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01406.x>
- Rasanen, E., Holma, J. y Seikkula, J. (2012). Dialogical Views on Partner Abuser Treatment: Balancing Confrontation and Support. *Journal of Family Violence*, 27(4), 357-368. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9427-3>

- Rautiainen, E. y Aaltonen, J. (2010). Depression: The Differing Narratives of Couples in Couple Therapy. *The Qualitative Report*, 15(1), 156-175.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517.
- Sanz, J. y Vazquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid, España: Pearson Education.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263-274. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x>
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V. L., Penttonen, M. y Nyman-Salonen, P. (2018). The relational mind in couple therapy: A Bateson-inspired view of human life as an embodied stream. *Family Process*, 57(4), 855-866. <https://doi.org/10.1111/famp.12382>
- Seikkula, J., Laitila, A. y Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4), 667-687. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x>
- Seikkula, J. y Olson, M. (2016). Therapist's Responses for Enhancing Change Through Dialogue: Dialogical Investigations of Change. En M. Borsca y P. Rober (Eds.), *Research Perspectives in Couple Therapy* (pp. 47-69). Suiza: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-23306-2>
- Seikkula, J. y Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44(4), 461-475. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300-2005-00072.x>
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19(1), 3-12. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>
- Shawver, L. (2005). *Nostalgic postmodernism*. Oakland, CA: Paralogic Press.
- Shotter, J. (2010). *Social construction on the edge: 'Witness'-thinking & embodiment*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Spanier, G. B. (1979). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-38. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D. y Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Stern, D. (2003). The present moment: Unpredictable encounters. *Psychotherapy Networker*, 27(6), 55-57.
- Strong, T. y Paré, D. (2004). *Furthering talk: Advances in the discursive therapies*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://doi.org/10.1007/978-1-44-19-8975-8>
- Vall, B., Seikkula, J., Holma, J. y Laitila, A. (2017). El método "Investigaciones Dialógicas de Cambio" para el análisis del Proceso Terapéutico en Terapia de Pareja: Traducción y aplicación al contexto Español. *Revista de Psicoterapia*, 28(106), 113-127. <https://doi.org/10.33898/rdp.v28i106.132>
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A. y Holma, J. (2016). Dominance and dialogue in couple therapy for psychological intimate partner violence. *Contemporary Family Therapy*, 38(2), 223-232. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9367-1>
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A., Holma, J. y Botella, L. (2014). Increasing responsibility, safety, and trust through a dialogical approach: A case study in couple therapy for psychological abusive behavior. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(4), 275-299. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.977672>
- Vilaregut, A., Artigas, L., Mateu, C. y Feixas, G. (2018). The construction of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy in two contrasting cases with Depression. *Anuario de Psicología*, 48(2), 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.09.001>
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, NY: Norton.

PSICOTERAPIA EN LOS TIEMPOS DE INSTAGRAM: LAS REDES SOCIALES EN LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS

PSYCHOTHERAPY IN THE TIMES OF INSTAGRAM: SOCIAL MEDIA IN THE NARRATIVE CONSTRUCTION

Álvaro Orosa Duarte

Área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental. Hospital Universitario La Paz, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0601-5281>

Alberto Fernández Liria

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Príncipe de Asturias, España
Universidad de Alcalá, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2978-3777>

Beatriz Rodríguez Vega

Área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental. Hospital Universitario La Paz, España
Universidad de Alcalá, España
Universidad Autónoma de Madrid, España
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6691-214X>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Orosa Duarte, A., Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2019). Psicoterapia en los Tiempos de Instagram: Las Redes Sociales en la Construcción de Narrativas. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 225-231. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.310>

Resumen

Se ha encontrado que más de un 90% de los jóvenes usan redes sociales y que su uso puede ser tan adictivo como el tabaco. Por otra parte, existe una asociación entre el uso problemático de redes sociales y la presencia de síntomas ansiosodepresivos y alimentarios, aunque la naturaleza de esta relación aun no está clara. A raíz de una viñeta clínica de una paciente con bulimia, este trabajo analiza desde la perspectiva de las narrativas la influencia que tienen las redes sociales en la construcción del self. Se argumenta una analogía entre la selección narrativa que se produce al construir un perfil en una red social, incluso a través de imágenes, y la construcción del self tal como lo conocemos actualmente. Se exploran, asimismo, sus posibles implicaciones en la práctica de psicoterapia.

Palabras clave: *psicoterapia, narrativa, redes sociales, self, construccionismo social, Instagram.*

Abstract

Ninety per cent of young people use social media, and this use can be as addictive as tobacco. On the other hand, there is an association between the problematic use of social networks and the presence of anxiety-depressive and food symptoms, although the nature of this relationship is still unclear. Following a clinical vignette of a patient with bulimia, this work analyzes from the perspective of narratives the influence that social media have on the construction of the self. An analogy is argued between the narrative selection that occurs when building a profile in a social network—even through images—and the construction of the self as we know it today. Possible implications for psychotherapy practice are also explored.

Keywords: *psychotherapy, narrative, social media, self, social constructivism, Instagram.*

Fecha de recepción: 31 de julio de 2019. Fecha de aceptación: 24 de septiembre de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: alvaroososa@gmail.com

Dirección postal: Álvaro Orosa Duarte, Hospital Universitario La Paz, Área de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental. Paseo de la Castellana. Madrid, España

© 2019 Revista de Psicoterapia



“Queremos ser más felices que los demás, y esto es casi siempre imposible, porque creemos que los demás son bastante más felices de lo que son en realidad”
(Montesquieu, 1689-1755).

Introducción

Pensemos por un momento: ¿cómo nos ha cambiado la posibilidad de dar un like, en lugar de hablar cara a cara? La emergencia de las redes sociales ha transformado profundamente la forma de relacionarnos. Internet llegó prometiendo acercarnos, pero con frecuencia nos deja en un estado que ha sido definido como *alone together* (Turkle, 2012).

Si analizamos el comportamiento social de la generación que no recuerda la vida antes de internet, encontramos diferencias importantes respecto a la generación previa. Sorprendentemente, duermen menos, salen menos e incluso están retrasando la edad de la primera cita (Twenge, 2017). Todas las redes sociales incorporan notificaciones que refuerzan el uso continuado de las mismas. Esto, unido a la ubicuidad de los smartphones, hacen que su uso se haya extendido hasta hacerse problemático en algunas personas.

De hecho, más del 90% de los jóvenes usan redes sociales, y se ha descrito que su uso puede ser más adictivo que el tabaco (Royal Society for Public Health, 2017). Un reciente estudio del British Council analiza los efectos positivos y negativos sobre la salud mental de los jóvenes. Se describió una pauta circular que implica una reducción del sueño, cansancio, baja autoestima y aumento del estrés. Al analizar las plataformas por separado, se vio que YouTube —con 1900 millones de usuarios (Smart Insights, 2019)— dejaba un saldo neto positivo, destacando sus posibilidades educativas. En el otro polo se encuentra Instagram (1000 millones), con una importante sustracción de horas de sueño y un empeoramiento de la autoimagen corporal, específicamente en mujeres adolescentes. Sin embargo, el uso de todas las redes fue asociado a algunos efectos positivos, como que sus usuarios se sienten generalmente más apoyados por sus iguales. A su vez, se señalan oportunidades que brindan estas plataformas como acceder a las experiencias de salud de otras personas; así como la autoexpresión de la identidad. De esta forma, los usuarios pueden compartir sus pasiones artísticas, sus intereses u opiniones políticas.

En los últimos años, ha habido una migración hacia Instagram —especialmente en los adolescentes—; sin embargo, la red social más utilizada en esta década ha sido Facebook (2375 millones de usuarios). En consecuencia, la literatura de calidad acumulada se centra en el uso problemático de esta página. De forma poco sorprendente, un primer metaanálisis confirmó una correlación entre malestar emocional y uso problemático de Facebook, especialmente en muestras de edad más avanzada (Marino, Gini, Vieno y Spada, 2018). Hilando fino, una revisión sistemática de 65 artículos (Frost y Rickwood, 2017) encuentra una clara asociación con síntomas alimentarios y distorsión de la imagen corporal, con un tamaño de efecto mediano.

Las usuarias de la red social refieren realizar más comparaciones de su aspecto físico y tener más internalizado el ideal de delgadez que las no usuarias, y esta relación se predice por la frecuencia y cantidad de uso.

Llegados a este punto, cabe preguntarse a qué se debe la asociación entre el uso problemático de esta plataforma y esta sintomatología. Un estudio del año pasado (Flynn, Noone y Sarma, 2018) midió en 700 personas dimensiones de uso problemático de Facebook (comparación social, autorrevelación, uso intrusivo y manejo de la impresión que se quiere dar —*impression management*—), así como malestar emocional, baja autoestima y estilo de apego. Se encontró que el apego ansioso es predictor de todas las facetas de uso problemático de la plataforma, mientras que el apego evitativo predice el manejo de la impresión, así como las consecuencias sociales de un uso intrusivo. Por tanto, hipotetizan que los usuarios con apego ansioso podrían estar acudiendo a la red social para satisfacer necesidades vinculares básicas, siendo esto especialmente prevalente en personas con baja autoestima que están experimentando malestar emocional. Para algunas personas resulta un alivio; sin embargo, parece un pobre sustituto en el largo plazo.

Viñeta clínica

A continuación, se expone un caso que ilustra lo comentado:

Amelia (nombre ficticio) es una mujer de 27 años derivada a consultas de Psiquiatría de un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria por ansiedad y recidiva de síntomas bulímicos. Lleva siete meses bajo tratamiento psicofarmacológico por su médico, con escasa respuesta. Natural de un pueblo de Extremadura, se muda a Madrid hace dos años para buscar trabajo. Es la segunda de cuatro hermanas, guarda una relación conflictiva con su madre y una hermana pequeña.

La paciente comienza a sufrir bajo ánimo y ansiedad coincidiendo con un conflicto con una amiga y una ruptura sentimental. En ese momento, presenta atracones y vómitos autoprovocados con pérdida de 10kg, retraimiento social y pérdida de aficiones habituales. Durante los últimos meses presenta un empeoramiento de los síntomas de ansiedad, que desde hace días le impiden mantener su trabajo como camarera. Se queja de que su jefa le grita que no vale para nada y se siente “una mierda”. Cree que siempre que confía en alguien, la acaban utilizando.

No ha tenido contactos previos con Salud Mental, aunque describe haber sufrido síntomas depresivos y alimentarios siete años atrás. Explica que en aquel momento se quedó embarazada y su pareja llegó a decirle que se suicidaría si seguía adelante con la gestación, mientras que sus padres no la apoyaron durante una interrupción del embarazo.

Se inicia un proceso psicoterapéutico, durante el cual su terapeuta le propone escribir una descripción de sí misma. Amelia trae un escrito en el que decide incorporar comentarios sobre cómo la ven sus allegados. Se centra más en aspectos negativos, parece central la inseguridad y el preocuparse más por los otros que por sí misma. De hecho, le preocupa sentir que depende mucho de los demás y de

lo que piensen, mientras que viendo a sus conocidos en Instagram les parece que todos son más independientes y felices.

Redes sociales y narrativas

¿Por qué la comparación social es clave en que muchas personas sientan malestar al usar redes sociales? Si nos paramos a reflexionar, el funcionamiento de las redes sociales guarda una analogía con la construcción de narrativas, tanto a nivel individual como colectivo.

En una red social, el usuario puede actualizar su perfil con comentarios, fotos o vídeos sobre su vida para mostrárselo a sus seguidores, que refuerzan el contenido con *likes* e interacciones. Como se ha comentado antes, esto genera una oportunidad para la autoexpresión y el enriquecimiento de la identidad (Royal Society for Public Health, 2017).

No obstante, se da por hecho que los usuarios intentan mostrar los mejores momentos y la mejor versión de sí mismos (Naja, Kansoun y Haddad, 2016). La experiencia subjetiva es inabarcable, mientras que el perfil en una red social ofrece un espacio limitado para plasmar esa experiencia. Por tanto, a nivel individual, existe necesariamente una selección narrativa en la construcción de ese *self* digital. El desarrollo de la identidad es un proceso de co-construcción en reciprocidad con una figura de apego a través del lenguaje (Arciero, Gaetano, Maselli y Gentili, 2003; Rodríguez Vega y Fernández Liria, 2012). De una forma equivalente al *self* clásico, el *self* virtual se configura desde una voluntad de compartir una experiencia con el otro y a través de la interacción con este. El lenguaje puede ser verbal o no verbal. Por ejemplo, en el caso de Instagram, serán principalmente fotos o vídeos que pretenden mostrar mucha información contextual de la persona de un vistazo.

De hecho, se ha estudiado (Page, 2013) cómo se han adaptado las narrativas a las redes sociales a través del estudio de su contenido. Estas historias enfatizan la inmediatez, la conexión interpersonal y la ubicuidad: las narrativas digitales son esencialmente sociales. A nivel colectivo, pues, las redes sociales ofrecen un marco en el que las historias de los usuarios se vierten e interactúan entre sí. En cada red social encontramos modalidades o temáticas distintas, pero en todas existen algunos contenidos que son reforzados y transmitidos con mayor intensidad. Siguiendo las tesis del construccionismo social (Freedman y Combs, 1996), en las redes sociales tampoco encontramos verdades esenciales, sino que la realidad solo puede ser construida a través de las historias que comparte la gente. Esto explica que la identificación de contenidos virales, bulos o *posverdad* sea una obsesión de nuestro tiempo. La personalización del contenido en base a algoritmos hace que los usuarios tiendan a quedar inmersos en “burbujas” culturales en las que reafirman sus mismas perspectivas (Pariser, 2017). No obstante, cada red social es estanca, y genera así una realidad distinta a la que podemos asomarnos con un clic.

De esta manera, cabe preguntarse si cada red social presenta una narrativa predominante. Y, en este caso, si esta también influye en la narrativa de sus usuarios.

En Instagram, una red social inicialmente orientada a la fotografía, parece repetirse un patrón de “perfección idéntica” (Sini, 2019). La posibilidad de modificar las imágenes con edición gráfica, el uso de filtros y los algoritmos que ofrecen a los usuarios recomendaciones en base a sus gustos actuales no parecen decantarse tanto en este caso a favor de la expresión de la diversidad, sino más bien constreñirla. La prensa (Lorenz, 2019) empieza a anunciar lo anticipado: la estética —la narrativa— de la perfección en Instagram ha llegado a un punto de saturación.

Analicemos cómo puede afectar esto a los usuarios. La comparación social, la comparación del aspecto físico y la rumiación tienen en común que consisten en evaluaciones negativas del *self* en relación al otro (Frost y Rickwood, 2017). Por ejemplo, el ver fotos de iguales mostrando una vida aparentemente divertida se ha descrito como especialmente delicado en adolescentes por su necesidad de aceptación en el grupo (Qureshi, Apolinar Claudio y Méndez, 2015). Aquí, la envidia adquiere un papel importante. De hecho, un artículo encontró que Facebook no incrementaba los síntomas depresivos —de hecho, los reducía— salvo si su uso despertaba este sentimiento. En estos casos, la accesibilidad de las redes sociales durante las 24h hacen que la mirada constante de y hacia el grupo de pares ahora sea considerada un “super peer” o Gran Hermano.

Mientras que el *self* se construye buscando de un reconocimiento auténtico por parte de la figura de apego; el *yo* busca constantemente reconocimiento, pero de forma condicional a sus propias expectativas y deseos (Balick, 2013). Especialmente en personas con baja autoestima, esto puede llevar al *yo* a construir un “falso” *self* virtual (Gil-Or, Levi-Belz y Turel, 2015) con la expectativa de que sea validado socialmente. De esta forma, el *yo* puede modelar las historias en las que vive pero, recíprocamente, las narraciones cambian la narración que el *yo* se cuenta acerca de sí mismo (Miró, 2005). Como hemos visto respecto a la comparación, esto puede generar un sufrimiento; aunque también cabe preguntarse si genera oportunidades en la relación terapéutica.

Redes sociales en terapia

En un caso muy parecido al de este trabajo (Qureshi et al., 2015), se anima a la paciente a explorar sus experiencias de infravaloración, así como momentos en los que se haya sentido amada y respetada, tanto en persona como en las redes sociales. Es más, las autoras invitan a ayudar metafóricamente y literalmente a los pacientes a reescribir sus historias en las redes sociales, en lugar de ignorarlas.

En nuestro caso, el terapeuta aborda una narrativa de descalificación y desesperanza, que en ese momento la paciente titula como “una vida insignificante”. A Amelia le parece interesante escribir sobre situaciones abusivas que ha tolerado y cómo las superado. También, sobre momentos de su vida en los que se ha sentido valorada (principalmente logros académicos y laborales: “todos los conseguí yo”).

Al elaborar su historia de recursos, la paciente incluye elementos que recuerda a través de sus propias publicaciones y fotos. Se da cuenta de cómo en algunas

ocasiones esos recursos coinciden también con lo que su comunidad reconoce más en redes sociales; y cuándo un recurso es valorado por ella dentro de su narrativa y, sin embargo, no reconocido por los demás.

De esta forma, las redes sociales se convierten en un nuevo campo o paisaje donde suceden eventos relevantes para el paciente, por lo que debemos explorarlos conociendo su contexto y quizá usarlos como herramienta de cambio. Esto no se limita a la escritura de narraciones, sino que también la fotografía ya ha sido usada como herramienta de empoderamiento y en la construcción de identidades alternativas, por ejemplo en drogodependientes (Cifuentes-Muñoz y Rojas-Jara, 2018).

Conclusión

A lo largo de este trabajo se han expuesto diferentes claves que explican cómo una persona una persona en un momento de elevado malestar y con una narrativa centrada en la autodevaluación puede sentirse abrumada por la comparación en las redes sociales.

En conclusión, las redes sociales han cambiado cualitativamente la forma de comunicarnos, pero su funcionamiento genera narrativas siguiendo principios similares a la comunicación tradicional. No obstante, es importante ser consciente de las diferencias que aparecen y, sobre todo, de la relevancia que las redes sociales pueden tener para los pacientes como escenario de eventos relevantes.

Referencias bibliográficas

- Arciero, G., Gaetano, P., Maselli, P. y Gentili, N. (2003). Identity, personality and emotional regulation. *Constructivism in the Human Sciences*, 8(1), 7-18.
- Balick, A. (2013). *The Psychodynamics of Social Networking: Connected-up Instantaneous Culture and the Self*. Londres, Reino Unido: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482908>
- Cifuentes-Muñoz, A. y Rojas-Jara, C. (2018). Photography as a Narrative Medium for the Co-Construction of Alternative Identities in the Context of Drug Abuse. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 89-100. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16104>
- Flynn, S., Noone, C. y Sarma, K. M. (2018). An exploration of the link between adult attachment and problematic Facebook use. *BMC Psychology*, 6(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0245-0>
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). The narrative metaphor and social constructionism: A postmodern worldview. En J. Freedman y G. Combs (Eds.), *Narrative therapy: The social construction of preferred realities* (p.19-41). Nueva York, NY: W. W. Norton.
- Frost, R. L. y Rickwood, D. J. (2017). A systematic review of the mental health outcomes associated with Facebook use. *Computers in Human Behavior*, 76, 576-600. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.08.001>
- Gil-Or, O., Levi-Belz, Y. y Turel, O. (2015). The "Facebook-self": Characteristics and psychological predictors of false self-presentation on Facebook. *Frontiers in Psychology*, 6, 99. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00099>
- Lorenz, T. (2019, abril 23). The Instagram Aesthetic Is Over. *Atlantic*. Recuperado de: <https://www.theatlantic.com/technology/archive/2019/04/influencers-are-abandoning-instagram-look/587803/>
- Marino, C., Gini, G., Vieno, A. y Spada, M. M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.007>
- Miró, M. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de psiquiatría*, 17(3), 8-18.
- Naja, W. J., Kansoun, A. H. y Haddad, R. S. (2016). Prevalence of Depression in Medical Students at the Lebanese University and Exploring its Correlation With Facebook Relevance: A Questionnaire Study. *JMIR Research Protocols*, 5(2), e96. <https://doi.org/10.2196/resprot.4551>

- Page, R. E. (2013). *Stories and Social Media: Identities and Interaction*. Nueva York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203148617>
- Pariser, E. (2017). *El filtro burbuja: Cómo la web decide lo que leemos y lo que pensamos*. Barcelona, España: Taurus.
- Qureshi, M. E., Apolinar Claudio, F. L. y Méndez, N. A. (2015). The Intersection of Social Media Sites and Narrative Therapy in Treating Substance Use in Urban African American Adolescents. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 33(2), 197-213. <https://doi.org/10.1080/07347324.2015.1018780>
- Rodríguez Vega, B. y Fernández Liria, A. (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Royal Society for Public Health (2017). *Status of mind*. Recuperado de: <https://www.rsph.org.uk/our-work/campaigns/status-of-mind.html>
- Sini. (2019, abril 29). *Travel instagram -identical perfection from profile to profile*. Recuperado de: <https://sinimalism.com/travel-instagram-boring-perfection/>
- Smart Insights. (2019, febrero 12). *Global social media research summary 2019*. Recuperado de: <https://www.smartinsights.com/social-media-marketing/social-media-strategy/new-global-social-media-research/>
- Turkle, S. (2012). *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Twenge, J. M. (2017, septiembre). Have Smartphones Destroyed a Generation? *The Atlantic*. Recuperado de: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2017/09/has-the-smartphone-destroyed-a-generation/534198/>

RECENSIÓN DE LIBROS:

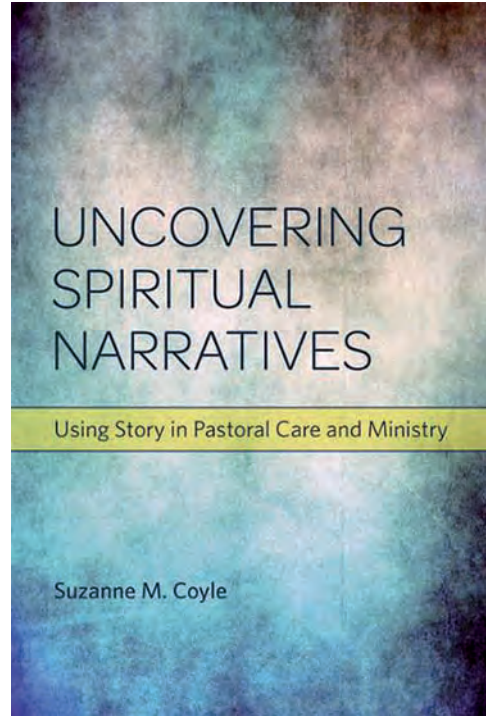
UNCOVERING SPIRITUAL NARRATIVES

EDITOR: Suzanne M. Coyle

Minnesota, MN: Fortress Press

Año de publicación: 2014

ISBN: 9781451438680



Carlos Alberto Rosas Jiménez

Universidad de la Sabana
Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1529-3785>

Uncovering Spiritual Narratives es el título del libro escrito por Suzanne M. Coyle, publicado en el 2014 por la editorial Fortress Press, Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América. El libro tiene un propósito de divulgación teórico-práctica del estudio de la terapia narrativa haciendo énfasis en las narrativas espirituales. La autora tiene un propósito didáctico al presentar algunos parámetros importantes para el desarrollo de la metodología de develamiento de las narrativas espirituales, dando pautas muy concretas en varios momentos a lo largo de todo el libro y particularmente al final de cada capítulo. Suzanne Coyle, en un lenguaje accesible, demuestra cómo las historias espirituales crean significados y posibilidades que llevan a una acción liberadora.

Suzanne Coyle es profesora asociada de teología pastoral y terapia matrimonial y de familia en el Seminario Teológico Cristiano de Indianápolis. Recibió su

Fecha de recepción: 8 de abril de 2019. Fecha de aceptación: 3 de junio de 2019.

Correspondencia sobre este artículo:
E-mail: carlosalbertorosasj@gmail.com

© 2019 Revista de Psicoterapia



doctorado en el Seminario Teológico Cristiano de Indianápolis. Se ha dedicado al counselling y es consultora de empresas familiares, organizaciones sin fines de lucro y congregaciones. En su rol de Directora del Programa de Terapia Familiar y Matrimonial en el Seminario Teológico Cristiano, supervisa a los estudiantes para que avancen hacia su licenciatura como terapeutas; proporciona supervisión privada y entrenamiento a través de su credencial como Supervisor Aprobado por AAMFT. Tiene un Diploma de posgrado en terapia narrativa y trabajo comunitario del Centro Dulwich en Adelaide, Australia, cofundado por Michael White. Terminó una práctica externa en terapia centrada en las emociones con Sue Johnson en el Instituto Ackerman de Nueva York, donde recibió la capacitación en sistemas familiares y la capacitación en habilidades básicas avanzadas en EFT.

La doctora Coyle explora en su libro cómo las convicciones teóricas y las prácticas de la terapia narrativa pueden fortalecer no solo el cuidado pastoral, sino el ministerio pastoral como un todo. En su libro, de manera muy accesible, la autora entrelaza la teología de la liberación, la terapia narrativa, la práctica narrativa colectiva y varios ejemplos de la práctica ministerial actual con su aproximación para fomentar narrativas espirituales esperanzadoras y que den vida. Para ello, ha dividido el libro de la siguiente manera: Un prefacio, seis capítulos, un epílogo sobre el futuro de las narraciones espirituales y un apéndice con recursos para las narrativas espirituales.

El primer capítulo trata sobre las narraciones espirituales. Allí, la profesora Coyle hace una descripción sobre lo que es la metodología narrativa en general, los géneros de las historias y de las narrativas, así como de la metodología narrativa psicoterapéutica. En este capítulo quisierámos resaltar que la experiencia de la doctora Coyle le ha enseñado que las historias son una parte de la vida diaria, influyen nuestros valores personales y la manera como valoramos a los demás. Más aún, aquellas personas que han tenido historias de apoyo en sus vidas han demostrado ser más capaces de mirar al futuro al menos con un brillo de esperanza, mientras que aquellos que se enfocan en las historias de pérdidas en sus vidas parecieron ser incapaces de mirar, incluso por un segundo, posibilidades futuras.

El segundo capítulo trata sobre la expresión narrativa y las prácticas de liberación. En esto la profesora Coyle es muy insistente, pues dice que la conversación de múltiples voces entre la terapia narrativa la teología de la liberación es esencial para sentar las bases teológicas y centradas en la práctica para descubrir esas narrativas espirituales. Por un lado, la terapia narrativa da una aproximación terapéutica que da soporte a las historias de vida, y por otro, la teología de la liberación da apoyo a una espiritualidad enfocada en la justicia social. En este punto la autora menciona algo muy importante en la psicoterapia narrativa, pues dice que nosotros vivimos por las historias que tenemos sobre nuestras vidas y que estas historias en efecto le dan forma a nuestra vida, constituyen nuestras vidas e incluso abrazan nuestras vidas. Y en relación con las psicoterapias, algunas pueden discutir un yo real, un yo ideal, etc., pero la comprensión básica, dice Coyle, es que cada persona tiene

un yo central que es realmente el yo con el cual uno debe ser sincero. La premisa narrativa es que cada persona tiene múltiples “yo” influenciados por múltiples relaciones y ubicaciones. Por lo tanto, para un terapeuta narrativo, es deseable que las personas examinen y reexaminen sus múltiples “yo” para determinar cuáles “yo” relacionales ofrecen descripciones más gruesas de experiencias de vida que pueden mejorar sus esperanzas y sueños futuros.

El tercer capítulo trata sobre el cuidado pastoral a través de las narrativas espirituales. La doctora Coyle nos deja claro que el cuidado pastoral se da en muchos contextos, como cuando se escucha a las personas que han perdido un ser querido, pero también el cuidado pastoral se da en los actos que ayudan a profundizar en la fe; en ese sentido, nos dice que descubrir una historia que hace parte la propia fábrica de narrativas espirituales puede ayudar en profundizar en la fe, aún más que el cuidado pastoral que no explora esas historias. Para lograr este trabajo, el ministro o el acompañante tiene que estar muy atento a identificar qué narrativas espirituales pueden estar bloqueando el proceso de la persona que busca cuidado espiritual. En este proceso de acompañamiento, la forma en la que el que cuenta la historia ha encontrado la voz de Dios es críticamente importante para saber cómo la narrativa espiritual es experimentada, contada y recontada. Este proceso de contar, recontar lo contado y contar lo recontado de la historia es el proceso narrativo en el que insiste significativamente la profesora Coyle en su libro para develar las narrativas espirituales (p. 36, 39, 54, 89, 94). Y en este punto es muy importante mencionar que la receptividad de la escucha en ese proceso da forma a cómo las personas cuentan sus historias, de ahí que sea muy importante la disposición de quien acompaña a la persona que viene a pedir ayuda.

El capítulo cuarto nos introduce en el ministerio narrativo de las congregaciones y comunidades, y para comprender este ministerio es clave comprender el rol que juega el terapeuta en la relación con el paciente, pues el terapeuta no es el experto en materia del proceso de la terapia, ya que es el cliente quien es visto como el experto de su propia vida. El terapeuta no es un tablero de relaciones de transferencia o de palabras del paciente. Los pacientes le ven como la persona que les permite compartir sus historias de vida y coeditan aquellas historias levantando los finos hilos de la historia que el cliente puede estar ignorando o no es consciente de ellos. Finalmente, podemos agregar que, como dice Coyle, en el ministerio narrativo la historia de Dios, que es revelada en la Biblia, es siempre la historia dominante por la cual todas las historias son interpretadas.

En el capítulo cinco se ahonda en la narración de historias como una práctica espiritual. Para comprender cómo esa narración de historias puede convertirse en una práctica espiritual en buena parte es porque las historias son relacionales, puesto que las relaciones con otras personas tienen un impacto sobre una persona concreta y cambian a esa persona de alguna manera. A través de los cambios en la narrativa espiritual, las personas se comprometen con su comunidad de fe, y a su vez, la comunidad de fe, tiene un impacto sobre cada creyente. Para ello, existe

una metodología narrativa colectiva y un proceso de formación espiritual de individuos que mencionamos en cuatro pasos: 1- se le pide al individuo que descubra su experiencia formativa espiritual; 2- que cuente su propia historia espiritual; 3- que reflexione sobre su historia espiritual; y 4- que responda a su historia espiritual.

En el sexto y último capítulo, se tratan las narrativas espirituales de lugar, las cuales, por referirse a un lugar y no a una persona o una situación compleja, no dejan de tener importancia en la vida espiritual de las personas, pues el lugar posee una rica historia en la vida de los creyentes. Nos acordamos, por ejemplo, del camino en la montaña, dice la profesora Coyle, donde experimentamos la presencia de Dios o el templo donde se casó una pareja les recuerda la experiencia de su primer amor, etc. Sin embargo, las relaciones del lugar en sí con la identidad en la terapia narrativa no han sido ricamente exploradas. Finalmente, se puede afirmar que la narrativa pedagógica está siempre enfocada en la experiencia de los participantes, cómo esa experiencia los impacta y las formas en las que la comunidad entera que está en aprendizaje es impactada. Todos los participantes están comprometidos en la construcción del proceso de contar la historia, recontarla y de recontar lo recontado.

A manera de conclusión se puede decir que el libro de la profesora Coyle es un libro de fácil lectura en el que se observa una síntesis de elementos de psicoterapia, en particular de la terapia narrativa, para develar las narrativas espirituales que muchas veces son dejadas de lado en los estudios psicológicos por ser de alguna manera abstractas. Es por eso que la autora une la terapia narrativa con los presupuestos de la teología de la liberación, pues como dice ella, la justicia social no es posible si la vida espiritual de las personas no se enriquece. Además, la experiencia espiritual de las personas va mucho más allá de lo que se suele llamar religión, y es más bien una experiencia existencial que, por ser espiritual, es mucho más difícil de medir bajo estándares científicos tradicionales, pero no por ello puede ser dejada de lado para comprender al ser humano. En ese sentido, la profesora Coyle da varias herramientas al final de cada capítulo y en el apéndice con el fin de que quien trabaja la terapia narrativa pueda incursionar en esta técnica para develar las narrativas espirituales. Se sugiere complementar la lectura del libro con un manual de terapia narrativa para llenar un poco el vacío teórico que queda, ya que la profesora Coyle se dedica un poco más a la dimensión práctica que a ilustrar los fundamentos teóricos de su propuesta.

Referencias Bibliográficas

Coyle, S. M. (2014). *Uncovering Spiritual Narratives*. Minesota, MN: Fortress Press.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 30, Number 114, November, 2019 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Crossref, PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich´s.
- OPAC´s: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

TERAPIA NARRATIVA: EN PERSPECTIVA

Narrative therapy: an overview

Meritxell Pacheco y Joaquim Serra
(Cordinadores)

EDITORIAL:

LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA

Meritxell Pacheco y Joaquim Serrabona

CONVERSACIONES SOBRE LA TERAPIA NARRATIVA EN PERSPECTIVA NARRATIVA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Carlos Alexis Chimpén-López y Meritxell Pacheco

HISTORIA, CONVERSACIÓN Y ACONTECIMIENTO: TRES ELEMENTOS DE LA NARRACIÓN TERAPÉUTICA

Ricardo Ramos Gutiérrez

¿CÓMO FUNCIONA LA TERAPIA NARRATIVA? UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PROCESOS Y PROCESOS-RESULTADOS

Danilo Moggia

HACIA UNA COMPRENSIÓN FENOMENOLÓGICA DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADO: APLICABILIDAD DE LA REJILLA DE EVALUACIÓN NARRATIVA

Luis Botella García de Cid y Berta Vall Castelló

USANDO LA METODOLOGÍA NARRATIVA DEL EQUIPO DE LA VIDA CON ADOLESCENTES DE PISOS DE ACOGIDA Y DE MEDIDAS JUDICIALES

Carlos Alexis Chimpén-López y David Denborough

LA CARTA RELACIONAL EN TERAPIA DE PAREJA: UN RECURSO NARRATIVO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ÉTICA Y EL BIENESTAR INTERPERSONAL

Adrián Montesano y Ottar Ness

SIGNIFICADO Y CAMBIO NARRATIVO A TRAVÉS DEL JUEGO CORPORAL: ¿QUÉ SE JUEGA EN EL JUEGO DE LA CASA EN PSICOMOTRICIDAD?

Joaquim Serrabona Mas

Artículos del monográfico (Acceso Abierto)

SER TÚ O SER YO: ESA ES LA CUESTIÓN. ELABORACIÓN DEL DUELO POR LA MUERTE DE UNA MADRE

Adriana Aulet, Olga Herrero y Robert A. Neimeyer

MORAL CHARACTER, MORAL AGENCY AND THE GENRES OF THE REPRESENTATION OF OTHERS

David Epston

POTENCIANDO LA REAUTORÍA DE LOS ADOLESCENTES ADOPTADOS: EL PATITO QUE APRENDIÓ QUE NUNCA FUE FEO

Sandra Ger Cabero, Meritxell Pacheco Pérez y Elisabet Solórzano Fàbrega

DIÁLOGO ABIERTO: UNA APROXIMACIÓN NARRATIVA A UN CASO DE TERAPIA DE PAREJA CON MALESTAR CONYUGAL

Lourdes Artigas Miralles, Anna Vilaregut Puigdesens, Berta Vall Castelló, Clara Mateu Martínez y Jaakko Seikkula

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

PSICOTERAPIA EN LOS TIEMPOS DE INSTAGRAM: LAS REDES SOCIALES EN LA CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS

Álvaro Orosa Duarte, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

Recensión de Libros

UNCOVERING SPIRITUAL NARRATIVES

Carlos Alberto Rosas Jiménez

