

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

RECURSOS ANALÓGICOS EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XXI - 2º/3er. trimestre 2010

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 82/83 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYÓN COBOS, MAR GÓMEZ MASANA, URSULA OBERST, JOSÉ LUIS MARTORELL YPIENS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMÓN ROSAL CORTÉS.

Comité Editorial: ALEJANDRO ÁVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSÉ NAVARRO GÓNGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, ÁLVARO QUIÑONES, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XXI - Nº 82/83 - 2º/3er. trimestre 2010

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, venticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 25 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
RECURSOS ANALÓGICOS EN PSICOTERAPIA (I): METÁFORAS, MITOS Y CUENTOS	5
Manuel Villegas y Pilar Mallor	
LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ANALÓGICOS COMO MEDIADORES EN EL TRABAJO EMOCIONAL	65
Dra. María José Pubill	
UTILIDAD CLÍNICA DE LA AUTOBIOGRAFÍA	83
Carmen Maganto Mateo y Carmelo Ibáñez Aguirre	
INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO: REELABORACIÓN DE LA HISTORIA DE MARIA.....	107
María Figueras Vives, Núria Grañó Solé y Lluís Botella García del Cid	
ARTETERAPIA Y SU APORTACIÓN A LAS PSICOTERAPIAS VERBALES	145
María Dolores López Martínez	
LAS ARTETERAPIAS: NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS	161
Monia Presta	

EDITORIAL

El presente número monográfico de la *Revista de Psicoterapia* está dedicado a los recursos analógicos en psicoterapia, entendiendo por tales aquellos medios de expresión, verbales o no verbales, que constituyen una vía propia o auxiliar de trabajo, caracterizados por su valor simbólico o metafórico. La línea que separa el discurso analógico del lógico es en sus extremos muy nítida, pero muy borrosa en su punto medio, y no hace referencia sólo a su contenido, sino también a la modalidad en que se expresa. Así por ejemplo, el género epistolar puede considerarse adscrito a una de las modalidades lógicas del discurso, pero utilizado en terapia para dirigirse al miedo o a la rabia, por ejemplo, puede entenderse sólo desde una perspectiva metafórica de “como si” de un destinatario real se tratara. Lo mismo podemos decir de un diálogo fingido con una silla vacía entre una hija (presente en sesión) y un padre (ausente en sesión). De este modo, hemos incluido en este monográfico diversas formas de dramatización o ficción. También hemos admitido como compañeros de este número artículos que versan sobre los escritos autobiográficos, en cuanto, al ser escritos en y por primera persona, se alejan del carácter más objetivo del estilo y de las exigencias de la historia, para convertirse en una especie de mito personal. Naturalmente no hemos agotado, ni mucho menos, todas las posibilidades del discurso analógico, dejando para un próximo número, por ejemplo, el uso de la filmografía como recurso terapéutico.

En consonancia con esta línea conceptual, el primero de los artículos, fruto de la colaboración entre Manuel Villegas y Pilar Mallor, aborda la utilización de diversas modalidades de discurso metafórico en psicoterapia, a partir del concepto de la metáfora como fundante del lenguaje mismo, presente en múltiples formas literarias como mitos, leyendas, parábolas, fábulas o cuentos. El carácter paremiológico, además, o moralizante de dichas modalidades narrativas las hace particularmente indicadas en el curso de la terapia a fin de subrayar diversas experiencias o pasajes del proceso personal y terapéutico.

María José Pubill valora los recursos analógicos, tanto de naturaleza verbal como no verbal, como poderosos instrumentos para facilitar el trabajo emocional en psicoterapia. En su artículo muestra cómo utilizarlos en la elaboración de las experiencias traumáticas, y de qué modo puede ayudar en el cierre de las mismas, considerándolos mediadores muy adecuados para la exploración del mundo emocional, gracias a su carácter sugestivo y polivalente.

Carmen Maganto y Carmelo Ibáñez presentan el género autobiográfico como una técnica clínica cualitativa y semiestructurada que puede ser utilizada en distintos momentos del proceso diagnóstico-terapéutico, un valioso punto de

partida de donde extraer contenidos significativos con los que trabajar terapéuticamente. Se explica la riqueza de contenido que ofrece en el proceso de evaluación, su aportación al autonocimiento del paciente y la interpretación que el propio individuo hace de sus experiencias pasadas. El paralelismo entre la tarea de contar verbalmente en las entrevistas lo que le ocurre y narrarlo de forma escrita se irá completando durante el tratamiento con el debido “feedback”. Ambas formas de comunicación comparten aspectos comunes y están llamadas a complementarse.

En ese contexto de terapias narrativas autobiográficas, introducido por el artículo anterior, María Figueras, Núria Grañó y Lluís Botella presentan el estudio de un caso de malestar emocional. El trabajo parte de la contextualización del caso y la metodología empleada, para dar lugar a la descripción del cliente, el marco conceptual que guía la intervención, así como a la evaluación de su problemática y sus metas. En el tratamiento se recurre con frecuencia al género epistolar a fin de hacer posible la elaboración de diversos aspectos del proceso terapéutico.

En su trabajo, María Dolores López, titulado *Arteterapia y su aportación a las psicoterapias verbales*, realiza una aproximación al término arteterapia con la finalidad de comprender los principios fundamentales de esta joven materia tanto en su ámbito disciplinar como profesional. En primer lugar, se considera la relación existente entre los conceptos Arte y Terapia, destacando la creatividad como nexo entre ambos, para revisar, a continuación, el concepto de arteterapia a partir de las diferencias que presenta frente a las psicoterapias predominantemente verbales.

Finalmente, cierra la monografía Monia Presta abordando en su artículo la historia, el concepto y método del arte terapia, considerando sus diferentes enfoques y finalidades a través del psicoanálisis, la fenomenología, la terapia gestalt, la rehabilitación cognitiva y funcional, desde una perspectiva integradora. Analiza las diversas modalidades de expresión: dramática, musical o plástica que forman parte del arte terapia a la vez que se plantea los diversos ámbitos de aplicación en la educación, rehabilitación, prevención, intervención terapéutica y social en sus diversos formatos individual o grupal.

RECURSOS ANALÓGICOS EN PSICOTERAPIA (I): METÁFORAS, MITOS Y CUENTOS

Manuel Villegas y Pilar Mallor

Universidad de Barcelona, Centro Itaca

mvillegas@ub.edu, pilar.mallorplou@gmail.com, centroitaca@gmail.com

Among the various analogical resources of discursive kind that can be used in therapy we have chosen the myths, tales and legends. Its metaphoric nature makes them particularly useful for complete awareness on certain aspects that you want to work in psychotherapy. The selection presented here is only indicative and illustrative, leaving to the creativity of the therapist the possibility of applying other tales or even to invent for the occasion

Keywords: *metaphor, myths, legends, tales, psychotherapy.*

INTRODUCCIÓN

En escritos anteriores hemos dedicado especial atención al análisis del discurso terapéutico a través del análisis de textos (Villegas, 1992, 1993b, 2000, 2002). En ellos distinguíamos tres modalidades discursivas en base a su estructura textual, isotopía semántica y adecuación pragmática o de producción. Según estos criterios los textos podían dividirse en lógicos, analógicos y paralógicos (ver cuadro I).

- Los textos ***lógicos*** presentaban una estructura coherente, un contexto semántico isotópico y una buena adecuación pragmática: decían literalmente aquello que querían decir (igualdad entre significado literal y significado intencional) en un contexto compartido.
- Los textos ***analógicos*** se caracterizaban por la ausencia de isotopía semántica: decían metafóricamente aquello que querían decir (diferencia entre significado literal y significado intencional) dentro de un contexto de producción compartido.
- Los textos ***paralógicos*** fracasaban en su intencionalidad comunicativa al no compartir un mismo contexto de producción (discurso esquizofrénico, surrealista, etc.), independientemente de su mayor o menor coherencia estructural y de su isotopía semántica más o menos literal.

Cuadro 1: MODALIDADES DIRCURSIVAS Y CARACTERÍSTICAS TEXTUALES

DISCURSO	Estructura textual	Contexto semántico	Contexto pragmático
Lógico	Coherente [+]	Isotópico [+]	Adecuado [+]
Analógico	Coherente [+]	Isotópico [-]	Adecuado [+]
Paralógico	Coherente [-/+]	Isotópico [-/+]	Adecuado [-]

Desarrollamos en estos escritos técnicas de análisis para facilitar el acceso a la matriz discursiva de donde nacían los diversos tipos de textos y para ello utilizamos conceptos procedentes de la lingüística textual, aplicándolos a todo tipo de producciones verbales de los pacientes: autocaracterizaciones, escritos autobiográficos, diarios, cartas, manifestaciones orales a través del diálogo, historias de vida, relatos de sueños, etc. (Villegas, 1995). El foco de atención estaba centrado en el discurso del paciente, dejando en segundo plano el discurso del terapeuta, que se concebía sólo en su función facilitadora del diálogo o de la exploración.

En este artículo nos interesan, por el contrario, las aportaciones discursivas que puede realizar el terapeuta a la construcción del discurso del paciente a través de la utilización de recursos analógicos que puedan ser compartidos: un medio no invasivo ni directivo de hacer posible la co-construcción del significado. Se trata más bien del re-curso, que no del dis-curso terapéutico.

El discurso lógico del terapeuta se lleva a cabo a través de sus intervenciones dialógicas, preguntas o cuestionamientos, escalamientos, confrontaciones, reflexiones, hipótesis, instrucciones, prescripciones, etc., más o menos presentes en su actuación en virtud de su modelo de adscripción teórica, cuyas implicaciones conversacionales hemos descrito en otros trabajos (Villegas, 1993a, 1996, 2003, Villegas y Nicolò, 2003). El discurso que emerge de esta interacción dialógica intenta organizarse alrededor de una estructura discursiva, con un argumento que sigue un razonamiento y una secuencia organizada de manera que llegue a una consecuencia o conclusión lógica o coherente.

Los recursos analógicos, en cambio aparecen de forma lateral al contenido de sus intervenciones. El terapeuta puede echar mano de dichos recursos en cualquier momento con finalidades terapéuticas actuando no sobre la capacidad de razonamiento del paciente, sino sobre su imaginación o sensibilidad, facilitando de este modo el acceso al conocimiento o a la reflexión de un modo indirecto. Naturalmente los pacientes también pueden, y de hecho lo hacen frecuentemente, introducir relatos analógicos en su discurso con la utilización de metáforas, la narración de

sueños, la alusión a películas, cuentos o novelas, que el terapeuta hará bien en compartir.

A estos recursos los llamamos analógicos en cuanto se distancian de la isotopía semántica o literalidad, liberándose de este modo de la exigencia de realidad o veracidad que rige para los discursos lógicos. La ficción, como dice Verghese (2010), “es una gran mentira que cuenta la verdad sobre cómo vive el mundo”. Las constricciones de espacio y tiempo que exigen los criterios de isotopía desaparecen en los relatos analógicos donde predomina la ucronía y la utopía de mundos imaginarios como en los cuentos, las fábulas o los sueños, marcadas por la ausencia de referencias espacio-temporales específicas a través de fórmulas estereotipadas como: “érase una vez..., érase que se era..., había una vez..., en un remoto lugar...” o la famosa fórmula cervantina con la que arranca sus andaduras *El Quijote*: “En un lugar de la Mancha de cuyo nombre no quiero acordarme...”

Pero no es ésta la característica determinante de la analogía, sino su dimensión metafórica. De este modo incluso un relato real puede convertirse en analogía de otro, como el hundimiento del *Titanic* puede convertirse en paradigma de la soberbia y la inconsciencia humanas. Así como la anáfora nos lleva hacia atrás en el texto y la catáfora hacia delante, anticipando referentes que han de venir, la metáfora nos lleva más allá del texto o de la palabra, otorgándole un significado que originariamente no poseía.

LA METÁFORA

En su esencia, en efecto, el lenguaje es metafórico. Con la posible excepción de las onomatopeyas (papá, mamá, bumbum, crash, etc.) las palabras no significan nada por sí mismas, sino en relación a un objeto al que designan. Ahora bien, ¿en base a qué se hace esa referencia? La respuesta es en base a la analogía o metáfora. El lenguaje está lleno de referencias, algunas internas al propio texto, como las anáforas (pronombres relativos a palabras que se han referido anteriormente) y las catáforas (pronombres o locuciones relativas a palabras que se han de referir con posterioridad) y otras formas de redundancia que de alguna manera repiten lo que ya se ha dicho en el texto. Pero estas figuras tienen sólo un valor o función lexical.

Lo que interesa saber es por qué las palabras significan algo que no son ellas mismas (sonidos o letras) sino objetos del mundo real, imaginario o conceptual. El solo hecho que una misma cosa se pueda decir de tantas maneras en idiomas distintos es una prueba fehaciente de la nula representatividad de los sonidos respecto a los significados, de la correspondencia arbitraria entre léxico y semántica. Ahora bien, ¿cómo se pasa del léxico a la semántica, del significante al significado? Y ¿cómo se crea el léxico?

Dado que no es éste el lugar para dar cuenta de cuestiones tan complejas baste decir que una vez formado un léxico básico sobre él se van generando una serie de derivaciones que permiten ir formando nuevo vocabulario. Muchas de esas se

construyen a base de desinencias (leña – leñador; papel, papelera, papelería); de prefijos (a, con, in, per, re, ex -sistencia); de palabras compuestas (araña y tela – telaraña), etc. Muchas de esas palabras ya son en sí mismas metáforas que se han incorporado al lenguaje habitual en base a la analogía. Por ejemplo, la palabra texto significa originalmente “tejido” (textum en latín) y ha pasado a significar un escrito en base a su estructura semejante al tejido, formada por la trama y la urdimbre, de sustrato material (los hilos) en un caso y semántico en el otro. De este modo se pueden designar muchos objetos o experiencias que no son materiales en su esencia, pero que guardan una analogía con algún elemento físico o experiencia sensible en su origen. Angustia, por ejemplo, relacionada con el concepto de “angosto” o estrecho, ha derivado en la expresión de una sensación de opresión en el pecho de claras resonancias psicológicas.

En realidad, puede decirse con Lakoff y Johnson (1986, 1999) que nuestro pensamiento y en consecuencia el lenguaje se configuran en base a la experiencia y que la analogía es el puente que permite unir la experiencia sensible con la representación mental. En efecto, las metáforas no son un fenómeno meramente lingüístico, como se consideraba en las teorías clásicas, sino que abren camino a la categorización conceptual de nuestra experiencia vital; su función primaria es cognitiva y ocupan un lugar central en nuestro sistema ordinario de pensamiento y lenguaje. En consecuencia, ninguna metáfora puede entenderse o siquiera representarse adecuadamente de modo independiente de su base experiencial. Como decía el antiguo proverbio escolástico medieval “*nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu*” (“No hay nada en el entendimiento que antes no haya pasado por los sentidos”). Función que en términos actuales Damasio (2010) atribuye a imágenes, representaciones y mapas

Frente a la tradición literaria que privilegiaba las metáforas poéticas, aquellas más sorprendentes o inesperadas, lo que sobre todo interesa a Lakoff y Johnson (1986) son expresiones tan comunes como “perder el tiempo”, “ir por caminos diferentes”. Expresiones como éstas son reflejo de conceptos metafóricos sistemáticos que estructuran nuestras acciones y nuestros pensamientos. Están “vivos” en un sentido más fundamental: “son metáforas en las que vivimos”. El hecho de que estén fijadas convencionalmente al léxico de nuestra lengua no las hace menos vivas. En *Metáforas de la vida cotidiana* Lakoff y Johnson (1986) presentan tres tipos distintos de estructuras conceptuales metafóricas:

- Metáforas *de orientación*: organizan un sistema global de conceptos con relación a otro sistema. La mayoría de ellas tienen que ver con la orientación espacial y nacen de nuestra posición física en el espacio. Las principales son arriba - abajo, dentro - fuera, delante - detrás, profundo - superficial, central - periférico. Por ejemplo [lo bueno es arriba, lo malo es abajo]: “levantar el ánimo”, “tener el ánimo decaído”.
- Metáforas *ontológicas*: por las que se categoriza un fenómeno de forma

peculiar mediante su consideración como una entidad, una sustancia, un recipiente, una persona, etc. Por ejemplo [la mente humana es un recipiente]: “no me cabe en la cabeza; tener la mente vacía; métete esto en la cabeza; tener la cabeza hueca; “irse de la olla”, etc.,

- Metáforas *estructurales*: en las que una actividad o una experiencia se estructura en términos de otra [el discurso como tejido]: “perder el hilo”; “las ideas están bien o mal hilvanadas”, “seguir el hilo o perderlo”; “atar cabos”; “usar argumentos retorcidos”, “narración con nudo y desenlace”; “hilar muy fino” “urdir una excusa”, “tramar un buen argumento o incluso bordar un discurso”.

Vista la decisiva aportación, podríamos casi decir “constitutiva”, de la metáfora al lenguaje y al pensamiento que nos lleva prácticamente a afirmar que en su esencia son metafóricos podemos completar nuestra exposición considerando cómo luego de muchas de estas palabras simples referidas originariamente a un elemento material o sensible se van formando otras palabras compuestas o derivadas a través de múltiples prefijos; por ejemplo, de la raíz “plicar” (plegar, meter algo dentro de otra cosa) podemos derivar com-plicar (meter una cosa con otra de modo que quede muy liada), ex-plicar (sacar algo de sus pliegues donde estaba oculto), im-plicar (meter una cosa dentro de otra) y así sucesivamente. Tales analogías han llegado a crear relaciones necesarias con las palabras correspondientes, dejando de tener un valor metafórico desde el punto de vista lexicográfico, aunque no conceptual, puesto que la relación entre significante y significado ha dejado de ser libre, pasando a convertirse en léxico directo.

Incluso en la creación de nuevo vocabulario se sigue en el presente el mismo procedimiento de antaño. Está claro que el mundo de la informática ha creado una serie de objetos y fenómenos totalmente nuevos que requieren nuevo vocabulario: algunas de estas palabras, como “archivo” son tomadas en el mismo sentido que en el lenguaje administrativo clásico, sólo que referida a un soporte electrónico en lugar de físico. Otros elementos o fenómenos, sin embargo, no tienen referentes en que basarse. Al escribir sobre la pantalla del ordenador usamos un puntero en forma de flecha o de mano que es manejado externamente a través de un dispositivo que se ha convenido en llamar “ratón” (*mouse* en inglés). Se trata evidentemente de una analogía con un ratón, tal vez por sus movimientos algo erráticos sobre la pantalla (como los de un ratón en un laberinto), así como por su aspecto físico: tamaño, forma comportamiento correoso. De este modo un parecido externo ha permitido establecer una analogía que ha derivado finalmente en la creación de un nuevo significado para un vocablo que ya existía, dejando con ello de cumplir la función metafórica.

En consecuencia reservamos el concepto de metáfora para aquellas asociaciones analógicas (en base a una semejanza) que conservan una relación libre, no fijada lexicográficamente. Por ejemplo, la palabra “río” hace referencia a un curso de agua en cuanto corre. Si decimos como el poeta que “nuestras vidas son los ríos que van

a dar a la mar que es el morir” la relación entre río y vida es una asociación libre que se puede establecer de manera más o menos permanente u ocasional. No cabe duda de que si en algunas culturas la asociación entre río y curso de la vida ha dado lugar a un ritual es porque al valor metafórico se le ha añadido un valor simbólico. El símbolo ostenta de forma permanente la metáfora. La práctica por ejemplo de depositar en una embarcación el cadáver del difunto para que el río lo lleve hasta el mar, o de colocar velas encendidas sobre barquitos de bambú aguas abajo, responde a esta concepción.

De este modo podemos definir la metáfora como una “asociación semántica entre dos objetos o experiencias en base a una analogía (parecido o semejanza) sensible”. A veces la analogía se expresa como

- una comparación: “nuestras vidas son *como* los ríos”
- una equivalencia: “nuestras vidas son los *ríos*”
- una sustitución: “el río de la vida”.

Una vez hecha la sustitución la metáfora adquiere entidad propia: “son la noche y el día” (para hacer referencia a la incompatibilidad o antagonismo entre dos personas); “es una muñeca de porcelana” (para expresar la fragilidad extrema de alguien); es un auténtico “vendaval” (en referencia a la energía arrolladora de alguien); está encerrado en su “castillo de marfil” (dando a entender el aislamiento o solipsismo de alguien); pone siempre cara de “póker” (a fin de no mostrar sus sentimientos). A veces las expresiones metafóricas llegan a hacer de metonimia, creando un significante nuevo: “había dos gorilas en la entrada de la discoteca” (no significa que hubiera dos simios pertenecientes a la especie gorila en lugar de orangután o chimpancé, sino dos hombres forzudos y dispuestos a todo, custodiando la entrada).

La base sensible de la metáfora hace que ésta en realidad sea una imagen que nos permite representar un concepto abstracto de forma sensible (sonora, visual, táctil, etc.), no por sí mismo, sino por referencia al objeto material del que toma el parecido. Así, por ejemplo, la expresión “abortar una idea o una revolución” transmite claramente la interrupción de un proceso a través de la imagen de algo que se estaba “gestando”, aunque físicamente ni las ideas ni las revoluciones se gesten en ningún útero.

Expresiones populares o locuciones habituales están llenas de referencias metafóricas: cuando decimos que alguien “se lleva el agua su molino”, no significa que estemos hablando de un molinero, sino de alguien que sólo mira por sus intereses. Está tan plagado el lenguaje de imágenes y metáforas que apenas nos damos cuenta de ellas a no ser que se trate de alguna asociación inusual. Sólo en el lenguaje esquizofrénico vemos tomarse, en ocasiones, la metáfora al pie de la letra: *“Los padres están arriba y los hijos abajo. Tú eres mi padre porque estás encima de mí poniéndome una inyección. Desde que vivo en un ático no tengo padres porque no hay nadie por encima de mí”*.

Algunas metáforas tienen un carácter tan **universal** que casi parecen remitir a algún arquetipo inconsciente de modo que su presencia suele repetirse en sueños, como por ejemplo la experiencia del viaje, representado en forma de algún vehículo: carro, coche, barco, tren, avión, etc.; la de volar sobre la tierra o el mar, o la de caer por un precipicio o por el hueco de unas escaleras, etc.

Otras pertenecen claramente a **grupos culturales**, por ejemplo imágenes asociadas a las estaciones del año allí donde éstas estructuran los ciclos anuales y que no son aplicables a otras latitudes, como por ejemplo: en “la primavera de la vida”, en “la flor de la vida”, si bien puede darse que por el fenómeno de la globalización cultural lleguen a ser compartibles en todo el mundo, igual que se comen turrónes en América del Sur para celebrar la Navidad en plena canícula.

De entre los grupos culturales hay que hacer una distinción **generacional**; seguramente expresiones metafóricas como: “tendrás que ponerte las pilas” o bien “haz un reset en tu vida” no significarían nada para nuestros bisabuelos independientemente del grupo cultural al que estuvieran adscritos, dado que los referentes a los que aluden eran inexistentes hace cien años. Al igual que para la mayoría de los jóvenes actuales debe resultar incomprensible la expresión “el león de Judá”, “las trompetas de Jericó” o “el Cirineo”, por sus resonancias bíblicas o clásicas: “el canto de las sirenas”, “el caballo de Troya”, “el tendón de Aquiles”. “la espada de Damocles”, (aunque siempre les queda la posibilidad de buscar en Internet).

Finalmente otras tienen un carácter más propio u **original** por cuanto son creadas (de aquí su carácter *poético*) de forma idiosincrática por algún individuo. El proceso de creación de una metáfora sigue tres pasos fundamentalmente:

1. Se parte de una experiencia vivida (por ejemplo maltrato, sentirse pisoteado, ignorado, etc.).
2. Se busca o se halla una imagen de algún objeto o situación donde se produce la acción y el efecto de pisotear, y viene a la mente la imagen de una alfombra.
3. Se establece el paralelismo, parangón o similitud entre la alfombra y la experiencia de sentirse pisoteado: “mi marido me trata como una alfombra, me pisa, me humilla y de vez en cuando me sacude”.

Con estos tres pasos una experiencia da origen a una metáfora que puede expresarse con toda vivacidad: “me he convertido en una alfombra”. Una vez establecida la metáfora de la paciente es importante poder retomarla a fin de mostrar no solamente la comprensión, sino poderle dar la vuelta terapéutica. La paciente ha detectado un elemento analógico entre ella y la alfombra en base al hecho de yacer en el suelo y ser pisoteada e ignorada y, en ocasiones, sacudida. Pero el terapeuta puede recoger otras dimensiones semánticas presentes en la imagen para darle la vuelta: una alfombra tiene esta condición porque está en el suelo, pero si se cuelga en una pared se convierte en una “tapiz” que es admirado y respetado por todos quienes se detienen a contemplar su belleza. El mensaje terapéutico queda claro:

“conviértete en un tapiz, no te quedes tirada por el suelo”, que viene a invertir la construcción victimista de la imagen de la alfombra y que para la paciente en cuestión fue de gran utilidad.

El uso de las metáforas en psicoterapia

Es importante estar atento a las imágenes o metáforas utilizadas por los pacientes puesto que nos dan la clave de acceso a la dimensión analógica menos intrusiva y más fácilmente evocable de sus experiencias. La reutilización que llegue a hacer el terapeuta en su trabajo puede resultar igualmente muy beneficiosa, siempre que entre en consonancia con el mundo analógico del paciente.

Naturalmente puede ser también el terapeuta quien introduzca la imagen o metáfora para dar contenido sensible a la experiencia del sujeto. Muchas personas hablan de una experiencia de vacío, que puede ser descrita a través de la imagen de “un agujero negro” que evoca lo que el agujero se ha tragado. Pero en realidad, un agujero negro no está constituido por un vacío, sino por una masa ingente de energía que no puede escapar porque la fuerza de atracción de su núcleo ejerce una resistencia superior a la velocidad de la luz, razón por la cual ésta queda retenida y no puede verse, dando la impresión de oscuridad absoluta. Si conseguimos liberarla, la luz brotará a raudales. Muchas veces esa fuerza contenida son las emociones no expresadas, dolor, rabia, tristeza que impiden utilizar la energía propia, a las que no se les permite salir, por lo que la persona que las retiene languidece hasta apagarse en lugar de iluminarse con sus propios destellos.

En terapia se trata pues de sacarle todo el jugo a las metáforas del paciente, lo mismo que a los sueños. Naturalmente no hay que abusar de los posibles significados, ni se trata de hacer una utilización erudita y menos aún arbitraria de ellas, pero conviene valorar su potencial y su facilidad para evocar los significados y ser recordadas frecuentemente como un anclaje terapéutico.

El caso Iván: un trabajo terapéutico con las metáforas del propio paciente

Se trata de un paciente, de 32 años de edad, pintor, yesero e instalador de oficio, acude a terapia para solucionar un problema de insomnio de larga evolución, aproximadamente de unos doce años, acompañado también de un prurito en las piernas que le causa escozor (puede verse el caso completo en Ribas, 2009). Inmediatamente aparecen ligados estos síntomas a un sentimiento de culpabilidad por un accidente de coche con resultado de muerte de una anciana del que fue causante involuntario a pesar de circular con el semáforo en verde y haber sido declarado no culpable en el juicio.

Iván pudo ver y describir enseguida su sentimiento de culpa como una *grieta*. El significado que dio a las grietas fue el de las vivencias que dejan una marca. Citó como requisito previo a repararlas, saber por qué hay una grieta, de lo contrario sería como tomar una pastilla para el insomnio. A continuación señaló que procedería a

abrirla para limpiarla, abriría su piel, hiriéndola como está haciendo ahora, rascaría la raya negra para hacerla más grande y parecería un vacío, hasta ahora, dice: “*he estado rascándola, abriéndola, sin llenar este vacío*”. “*Si se tapan sin hacer todo lo que es necesario se vuelven a abrir*”. El segundo paso sería llenar el vacío de nuevo material después de limpiarlo y para ello asumir su responsabilidad procediendo a retirarse el carné de conducir durante tres meses que es según él lo que tendría que haber hecho el juez.

A lo largo de su vida se ha sentido muy protegido por su familia, su padre dio la cara por él cuando ocurrió el accidente y en general de los hechos negativos que les ocurren en casa, no se habla más, “*se tapan*” externamente, sin llegar al interior. Él no quiere que esto ocurra, quiere hacerse cargo por sí mismo porque sino le quedan cosas pendientes por resolver, le queda “*el vacío*” de no hacerse responsable.

Iván situó su grieta en la parte delantera de su cuerpo, subía desde las piernas hasta el pecho. Mientras daba significado a su culpa y la gestionaba con el autocastigo de la retirada del carné pudo identificar una emoción, la rabia. La rabia llenaba una *mochila* a su espalda que según decía actuaba de contrapeso y no dejaba cerrar la *grieta*, el significado que dio a la mochila era del peso del accidente.

“*Tengo que sacarme este peso de encima para poderme liberar de la culpa*”.

La mochila adquirió un doble significado, el peso del accidente y el peso de la rabia, explorando sobre esta emoción dice:

“*estoy indignado por haber fallado, por no estar a la altura de mis exigencias*”

“*siento que estoy gestionando la culpa por el camino adecuado pero ¿cómo se gestiona la rabia?*”.

Siguiendo con la elaboración de la rabia se da cuenta de que es demasiado exigente.

“*Frente a los errores pongo el listón demasiado alto*”.

Siente rabia por no haber parado y por no conducir a menos velocidad para poder frenar a tiempo, de lo se culpabiliza. También siente rabia porque la mujer no esperó delante del semáforo en rojo. Dice que es como un “*bofetón*” haber fallado a su ideal y aparece la rabia por las expectativas frustradas.

“*Cuando vuelvo a recordar lo ocurrido me da rabia y no quiero estar tan enojado*”.

Iván no quiere estar enfadado pero lo está y como controla sus emociones, se trata de una rabia contenida. Una vez reconocida la rabia por el accidente que le pesa en su mochila, la asocia con la auto-exigencia delante de los errores. Para poderse liberar de la culpa, para cerrar bien la grieta ha de sacarse el peso de la mochila, del accidente, el peso de la rabia. También siente rabia por no haberse perdonado aún y dice que para perdonarse no puede ser tan rígido. Concluye esta evolución de su

rabia diciendo que

“la rabia es por no haberme perdonado, no perdonarme el haber fallado”.

La dimensión metafórica permite utilizar unas *palabras* para significar otras, afectando solamente a algunos elementos de la frase. Otras veces, como en el caso de los proverbios, dichos o frases hechas, puede extenderse a una parte o a la *frase* entera. Pero con frecuencia, como sucede en las fábulas, mitos, parábolas, o en la mayoría de los sueños es todo el conjunto del *relato* el que adquiere una dimensión metafórica. Esto significa que el texto manifiesto posee una duplicidad de significados, literal e intencional, cuya comprensión exige las más de las veces, como ya queda dicho, la creación de otro texto (lógico) en un contexto de producción compartido. Así por ejemplo, la explicación del significado de una fábula, de un mito o de una parábola requiere la creación de un nuevo texto, explícito, a veces, en el propio texto en forma de moraleja final, sujeto, otras, a un trabajo más o menos laborioso de interpretación.

EL DISCURSO ANALÓGICO COMO RECURSO TERAPÉUTICO

Las características irreales del discurso analógico lo hacen particularmente adecuado y flexible para ser aplicado (“aplicate el cuento”, como vulgarmente se dice) a múltiples situaciones y personas con intensidades e incluso niveles de significación distintos. No obstante, hay que asegurarse que su carácter analógico o metafórico sea claramente respetado, cosa que no siempre sucede, por ejemplo, en la esquizofrenia o con algunos pacientes obsesivos o paranoides.

Los llamamos recursos terapéuticos en tanto en cuanto los vamos a utilizar en terapia, con este fin. Aunque originariamente no fueron creados en este contexto, la mayoría de ellos tienen además de su poder de entretenimiento una finalidad ejemplar, moralizante o instructiva, que en algunos casos, como en las fábulas o las parábolas, es constitutiva de su esencia. Participan en este sentido de formas ancestrales de transmisión oral del conocimiento experiencial, como las colecciones de refranes populares o proverbios y sentencias sapienciales que estudia la paremiología.

Una parte del saber acumulado a través del tiempo se ha concentrado en los llamados proverbios, formados por locuciones breves y concisas con una finalidad moralizante, instructiva o didáctica, llamados también “sentencias”, “dichos” (“dictia”) o refranes. Algunos son exclusivos de ciertos ambientes o grupos culturales, otros han alcanzado una difusión universal, frecuentemente con versiones locales muy características. El dominio de estos dichos en su versión vernácula evidencia un buen conocimiento del idioma. La disciplina que se ocupa de ellos se llama paremiología.

PAREMIOLOGÍA

La paremiología (del griego paroimía, proverbio + logos, tratado) es el nombre que recibe el tratado de los proverbios, dichos, sentencias y refranes, que tienen una función didáctica, instructiva o moralizante extraída de la información acumulada tradicionalmente a través de cientos de años de historia. Esta información puede ser de muchos tipos: sociológica, gastronómica, meteorológica, histórica, literaria, zoológica, cinegética, toponímica, religiosa, agronómica... Con frecuencia un refrán nace como condensación de un cuento tradicional, y expresa las creencias y supersticiones populares con más fidelidad que otras formas literarias. En otras ocasiones, por el contrario, posee un origen culto que deriva de los sermones que durante la Edad Media se pronunciaban en lengua vernácula. Posee una particular retórica, en la que se cruzan el ritmo, el paralelismo, la antítesis, la elipsis y los juegos de palabras.

A diferencia de los relatos fantásticos, transmiten y dictan de forma lógica y directa el conocimiento (tanto moral, como didáctico) sin dejar mucho espacio a la interpretación, pues queda claro lo que quieren decir, por ejemplo sobre la meteorología:

- “Año de nieves, año de bienes”.
- “En abril, aguas mil”
- “Hasta el cuarenta de mayo, no te quites el sayo”

Abarcan una amplia gama de áreas de conocimiento experimental, como en el ámbito de la meteorología, pero persiguen sobre todo la transmisión de los conocimientos provenientes de la experiencia vital o moral. En nuestro ámbito cultural surgen en países (Persia, India, Arabia, Grecia, Roma, etc.) y nichos culturales o religiosos (Hinduismo, Judaísmo, Cristianismo, Budismo, Islamismo, etc.) o períodos históricos muy distintos (Antigüedad Clásica, Edad Media, Barroco, Ilustración, etc.), muchos de los cuales se han copiado o influido mutuamente entre unas culturas y otras, trasmitiéndose de generación en generación.

Los dichos son típicos y están asociados a cada lengua y cultura del país de donde proceden, los refranes se adaptan a los sitios donde se habla ese idioma, se recogen imágenes del lugar, que son familiares. Cada grupo lingüístico posee sus refraneros. En la lengua y literatura españolas, donde en una de sus obras cumbres, “Don Quijote de la Mancha”, se hace un alarde de un acopio de ellos, se hallan contabilizados más de 160.000 refranes. Generalmente los refranes son anónimos, no se sabe de donde proceden, o al menos no suele citarse su autor, caso de conocerse.

Pueden hacer referencia a las enseñanzas de las experiencias de la vida:

- “Ande yo caliente y ríase la gente” (hay que prescindir de lo que opinan los demás)
- “No hay mal que por bien no venga” (de toda experiencia se puede sacar provecho)

- “Cría cuervos y te sacarán los ojos” (no hay que malcriar a los hijos o pupilos)
- “Quien mal anda mal acaba” (los malos principios suelen acarrear malas consecuencias)
- “Cuando veas las barbas de tu vecino pelar, pon las tuyas remojar” (hay que saber escarmentar en cabeza ajena)
- “Dime con quién andas y te diré quién eres” (las amistades influyen para bien y para mal en las personas)
- “Quien a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija” (hay que saber rodearse de gente influyente)
- “Del árbol caído todos hacen leña” (la gente se aprovecha del débil)
- “Cuando el río suena, agua lleva” (la importancia de los rumores)
- “Ir por lana y salir trasquilado” (buscar ganancias y encontrar pérdidas)
- “Siembra vientos y recogerás tempestades” (la semilla del mal, engendra el mal)

Otras veces exaltan virtudes o actitudes:

- “La gota orada la piedra” (con la perseverancia se consigue lo que se quiere)
- “A quien madruga, Dios le ayuda” (las ventajas de levantarse temprano y aprovechar el día)
- “A Dios rogando y con el mazo dando” (la oración y el trabajo “*ora et labora*” aseguran la consecución de los objetivos)
- “Haz el bien y no mires a quien” (la caridad tiene que ser universal)
- “Quien roba a un ladrón tiene cien años de perdón” (pagar con la misma moneda)
- “Piensa mal y acertarás” (hay que ser precavido)
- “No es la miel para la boca del asno” (no hay que aceptar los desprecios ajenos)
- A palabras necias, oídos sordos (no hay que hacer caso de las críticas sin fundamento)

O censuran conductas o actitudes

- “Piensa el ladrón que todos son de su condición” (la gente se proyecta en los demás)
- “¿Dónde va Vicente? donde va la gente” (no hay que dejarse influir)
- “Quien de joven no trabaja, de viejo duerme en la paja” (hay que ser previsor y trabajador)
- “No por mucho madrugar amanece mas temprano” (no sirve de nada anticipar)
- “El que esté libre de pecado, que eche la primera piedra” (nadie se puede otorgar el derecho a condenar en base a su inocencia)
- “Hay quienes ven la paja en el ojo ajeno y no ven la viga en el propio” (es

- muy fácil criticar a los demás)
- “Si un ciego guía a otro ciego, los dos caerán en el mismo pozo” (no te puedes dejar guiar por personas tan ignorantes como tú)
 - “Agua que no has de beber, déjala correr” (no te metas donde no te llaman)
 - “Por la boca muere el pez” (las palabras pueden ser traicioneras)
 - “En boca cerrada no entran moscas” (no hables más de la cuenta)
 - “Tanto va el cántaro a la fuente que al fin se rompe” (no se puede abusar de la insistencia)
 - “No te metas en camisa de once varas” (no meterse donde no le llaman)
 - “La avaricia rompe el saco” (el que lo quiere todo, lo pierde todo)

El uso de refranes y proverbios en psicoterapia

En terapia la referencia a refranes y proverbios se hace casi inevitable en la medida en que el terapeuta o el paciente los utilizan en más de una ocasión al referirse a experiencias universalmente compartidas (“no hay mal que por bien no venga”), a situaciones específicas (“quien mal anda, mal acaba”; “¿dónde va Vicente, donde va la gente”) o a propósitos genéricos (“año nuevo, vida nueva”).

Conviene no abusar de su utilización, porque podrían dar la impresión que lo que le sucede al paciente no tiene una dimensión idiosincrática y que en consecuencia no merece una atención particular. Así, por ejemplo, algunos pacientes se quejan, también con un proverbio: “mal de muchos, consuelo de tontos”, con el que los demás responden a sus quejas sobre sus males aludiendo a la gente que se muere de hambre, enfermedades endémicas, inundaciones y que hay como mínimo tres cuartas partes del mundo que están peor. Eso cuando no aprovechan la ocasión para contar también sus propios males, estableciendo una especie de competición a ver quién está peor.

El recurso pues a proverbios, sentencias o refranes no deberá tener un efecto invalidador de la experiencia del paciente o servir de “consuelo de tontos”, si no, si acaso, ilustrador de la naturaleza de las experiencias humanas, a fin de hacerlas más comprensibles. Por ejemplo la expresión “la gota orada la piedra” refuerza la idea de la constancia; “ir por lana y salir trasquilado” puede expresar de forma vívida la experiencia de haber sido abusado, engañado o malinterpretado en lugar de aceptado, comprendido o alabado o bien cosechar pérdidas donde se buscaban ganancias; “del árbol caído todos hacen leña”, la situación de indefensión a que se halla expuesta la víctima; “quien bien te quiere te hará llorar” resume muy bien la idea equivocada de muchos padres que han confundido la educación con la represión y la frustración; “agua que no has de beber, déjala correr” en alusión a experiencias de abandono o pérdidas que ya son irrecuperables o a asuntos que no nos conciernen.

Algunas personas, como hacía Sancho Panza en el Quijote, las usan indiscriminadamente y para cualquier circunstancia, vengan o no vengan al caso.

Si es éste el estilo de algún paciente conviene detectar hasta qué punto este recurso sirve para evitar hablar en nombre propio, como sucede frecuentemente con la utilización de la segunda o tercera persona del singular o la primera del plural que permite mantener una relación distante con el discurso, evitando el compromiso personal. Esta característica tiene que ver a veces con el contexto cultural de la persona y con la poca diferenciación al respecto.

Una paciente del sur de Italia, que se había casado a los quince años con un hombre diez años mayor que ella y que según sus propias palabras “la había hecho crecer”, se expresaba sistemáticamente con el uso y abuso de refranes o frases hechas. Refiriéndose al marido decía que tiene que ser del mismo pueblo “marido y buey de tu propia grey”, y extendiendo sus quejas al conjunto de sus relaciones que a los hijos “les das la mano y te toman el brazo”, que la paciencia se acaba “tanto va el cántaro a la fuente que al fin se rompe”, que no le había servido de nada esforzarse tanto “no por mucho madrugar amanece más temprano”, que la nuera se lo llevaba todo porque “piensa el ladrón que todos son de su condición” y así uno detrás de otro iba sembrando su discurso de dichos y refranes con lo que conseguía un efecto despersonalizador y fatalista. Efectivamente, en sus primeras palabras dirigidas al terapeuta ya le advirtió de que no podría hacer nada por ayudarla, sino que sólo quería que la escuchara para que se hiciera cargo de lo mal que estaba (queja en lugar de demanda).

Aunque la mayoría de estos refranes, dichos o proverbios transmiten su mensaje ejemplar o moralizante de una forma clara y directa o literal (discurso lógico), se observa en muchos de ellos el uso de metáforas (discurso analógico): el árbol caído, la sombra del árbol, las barbas del vecino, el agua que corre, el río que suena, la boca del pez, las moscas, el cántaro, etc. aparecen inscritas en expresiones tan escuetas y conceptistas como los refranes para ayudar a fijar los mensajes.

De este modo se introduce el lenguaje analógico, incluso en la literatura sapiencial. Ésta en efecto se ha servido de metáforas, parábolas, fábulas o cuentos a fin de hacer efectiva la máxima de “enseñar deleitando”. Los maestros de las grandes religiones las han usado de forma sistemática en sus enseñanzas hasta el punto que los discípulos de Jesús llegaron a quejarse de que éste “les hablara siempre en parábola”, lo que les obligaba a interpretar constantemente. Esta práctica no sólo tiene una base didáctica, literaria o estética, sino que parte del hecho empírico que las palabras y los conceptos abstractos se forman en nuestro cerebro a partir de imágenes concretas (Damasio, 2005).

La propia terapia como proceso puede ser representada bajo diversas imágenes metafóricas, que en otros momentos hemos asociado al viaje a Ítaca (Villegas, 2011, cap. 12), donde a partir de la metáfora del viaje y en relación al poema de Kavafis terminábamos el capítulo y el libro con estas palabras:

“Este relato nos ha parece un símbolo exacto del camino a recorrer en la psicoterapia: un camino hacia la autonomía, lleno de escollos y cantos de

sirena, un camino de autoconocimiento, de escucha de las propias perturbaciones, de lucha y de firmeza, de recuperación y de centramiento en el eje del propio yo, como Ulises atado al palo mayor de su nave. Y de apertura a nuevos horizontes”.

EL USO DE LAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA COMO RECURSO ANALÓGICO

La referencia a la Odisea de Homero, una de las primeras novelas o poema novelado, a la que alude el poema de Kavafis a propósito del viaje de Ulises a Itaca, nos introduce en el campo de las narrativas. Estas pueden adoptar formas muy diversas según su estructura compositiva desde relatos cortos a novelas de centenares de páginas como “Don Quijote de la Mancha” de Miguel de Cervantes, “Crimen y Castigo” de Dostoievski o “La Montaña Mágica” de Tomas Man.

El valor analógico de todos estos relatos está muy diversificado y depende en gran parte de la lectura que cada uno haga de ellos. Algunos géneros literarios están destinados a servir directamente como analogías de vicios o virtudes y constituyen por sí mismos en su totalidad o en algunos de sus personajes, como el “Avaro” de Molière, o Macbeth de Shakespeare, prototipos de la avaricia o de la ambición y la traición respectivamente.

Igualmente cuando decimos que Luisa es una “hormiguita” en referencia a su laboriosidad hay en la expresión, más allá de una metáfora, una clara alusión a la fábula de Esopo de la “Cigarra y la Hormiga”. La fábula, en contraposición a la novela o el drama, así como el cuento, la parábola o la leyenda constituye un argumento fácil de recordar por su formato breve. La humanidad durante siglos no ha conocido la escritura (y si la conocían era de dominio de muy pocas personas en el ámbito restringido de la iglesia o de la corte). La mayoría del saber popular se transmitía a nivel oral y para que resultara más fácil su reproducción se intentaba condensarlo en formatos lo más breves posible.

La utilización del verso, independientemente de formatos cortos o largos, contribuía también a este fin, ya que al presentar ritmo y rima se grababa mejor en la memoria. Incluso la lectura se hacía en voz alta pues antiguamente casi no existían los libros o había muy pocos de ellos y poca gente sabía leer. Parte de este déficit se suplía con las pinturas que existían en las paredes de las iglesias o las esculturas de los pórticos, a través de las cuales se explicaban las sagradas escrituras y así la gente las podía recordar mejor, ya que las gravaban en su mente como imágenes. La transmisión de la sabiduría se hacía también a través de relatos breves como cuentos o parábolas para que la gente las pudiera memorizar, y ejercían en parte la función que ahora podríamos llamar de antiguos libros de autoayuda.

En consecuencia, la extensa producción literaria en forma de mitos, cuentos, parábolas, fábulas, leyendas, tragedias, dramas, comedias, poemas, novelas, películas y hasta telenovelas, videojuegos y videoclips, que la humanidad ha ido

componiendo a lo largo de los siglos se convierte en un “*thesaurus*” ingente de donde extraer imágenes, prototipos, metáforas o analogías que pueden ser de gran utilidad como recursos analógicos en terapia.

Naturalmente hay que añadir a todos ellos los que pueda producir el propio paciente y también el terapeuta en forma de relatos, cartas o cuentos con los que dar forma a pensamientos, sentimientos, resolución de conflictos. La finalidad de reproducir en terapia el cuento de “Blancanieves”, la “Ratita presumida”, la “Cenicienta” o hacer referencia a la fábula de “El zorro y las uvas” no es la de pasar entretenidamente una velada junto al fuego, sino la de comprender por analogía la inseguridad narcisista latente en la madrastra de Blancanieves al tener que preguntar a diario al espejo sobre la supremacía de su belleza, o detectar las maniobras proyectivas del zorro atribuyendo a la inmadurez de las uvas su incapacidad para llegar a su altura.

Dedicaremos los siguientes párrafos, aunque sea brevemente ante la doble imposibilidad de ser exhaustivos, dada la magnitud de la tarea y la limitación del espacio, a considerar la utilización de algunos de estos recursos en psicoterapia. No se pretende, naturalmente, poner a disposición del lector una batería de cuentos para cada situación específica que se pueda encontrar en terapia, sino de ofrecer libre y espontáneo acceso a un amplio “*thesaurus*” en el que poder echar mano de ellos. Muchas enseñanzas de la Antigüedad o de los grandes Maestros se han transmitido por este medio. No se trata de emularlos, sino de utilizar como ellos recursos que llegan fácilmente y de forma mucho más sencilla a introducir formas de comprensión sintética sobre experiencias que, de otro modo, requieren una gran labor analítica.

Naturalmente también aquí los referentes del paciente juegan un papel de primer orden por delante de los del terapeuta y será conveniente que el terapeuta los explore para poder echar mano de ellos. Pero nada impide que el terapeuta introduzca otros que debidamente explicados puedan ser compartidos con el paciente. A su vez si el paciente hace referencia a alguna película, novela, obra de teatro o serie televisiva que le ha impactado especialmente por alguna razón, será bueno que el terapeuta mire de informarse al respecto para poder comentarlo con él. Tales recursos constituyen con frecuencia medios para acceder a experiencias o vivencias que de otro modo resultan menos accesibles para cualquiera de los dos, paciente o terapeuta.

Dentro de la extensa producción narrativa que nos ha legado la literatura universal y la que continúa produciéndose continuamente podemos distinguir dos grandes tipos: los relatos breves y los relatos largos, que trataremos por separado, dada la accesibilidad diferencial en la sesión de terapia: una fábula, un cuento, un mito, una leyenda, una parábola o una anécdota pueden ser contados y comentados en un intervalo de tiempo breve dentro de la duración de una sesión de terapia. Una novela, una película, una serie de televisión o una obra teatral necesitan, en cambio,

dedicar un tiempo extra y generalmente exterior al marco de la sesión.

Esta característica entre otras requerirá un uso distinto de los relatos breves, que pueden ser narrados en la propia sesión, de los largos que sólo pueden ser referidos, indistintamente por terapeuta o paciente, en su globalidad o en relación a alguno de sus personajes o escenas a propósito de alguna situación o experiencia específica, surgida en el decurso de la sesión. En este caso puede sugerirse la lectura de una obra literaria o el visionado de una película como complemento a los temas trabajados en sesión, para comentarse en sesiones posteriores.

En este artículo, por razones obvias de espacio y tiempo, nos limitaremos a los relatos breves, dejando para otra ocasión la referencia a la utilización de la literatura o del cine (éste último en un próximo monográfico de la Revista de Psicoterapia). Tampoco hemos dedicado ningún apartado a las producciones oníricas que ya han sido tratados por nosotros en otras ocasiones (Villegas y Ricci, 1998), al género epistolar (de terapeuta o paciente) u otras formas de expresión (danza, dibujo, etc.) que ya reciben la atención de otros autores en este número.

Hemos dividido los relatos breves en dos modalidades en base a su naturaleza mitológica “relatos mitológicos”, o paremiológica “relatos paremiológicos”, a propósito de su carácter trascendente (cosmológico o existencial) o inmanente (instructivo o moralizante) respectivamente:

A) LOS RELATOS MITOLÓGICOS

Aunque la palabra mito en su origen etimológico hace referencia a una narración fantástica y, en consecuencia equivale a “cuento” en griego, el uso posterior la ha ido reservando para designar aquellas fabulaciones que tienen un carácter trascendental por los temas y/o los personajes a que se refieren. Con el paso del tiempo hemos ido restringiendo el alcance de la palabra mito a aquellos relatos de naturaleza simbólica que tienen un significado existencial; otros cuentos, como las fábulas, pueden llegar también a tener algún significado moral o existencial, pero no tan trascendente como el mito.

Los mitos suelen remitir a determinados aspectos trascendentales como, por ejemplo, los relativos al origen del mundo o de la humanidad. La ciencia intenta encontrar una sola explicación a todos estos misterios primordiales, dejando para la filosofía aquellas cuestiones que escapan de su objeto de análisis. La teoría de Darwin sobre el origen de las especies, por ejemplo, así como las teorías cosmológicas de la física sobre el origen del universo, intentan dar una explicación universal a todos estos fenómenos, mientras que los mitos ofrecen explicaciones diversas en forma de relatos o creaciones simbólicas que responden a construcciones culturalmente diversificadas.

Cada pueblo construye mitos sobre sus orígenes o antepasados (genealogías), las religiones o la filosofía se plantean las grandes cuestiones relativas a los orígenes del mundo (cosmogonías) y a la aparición del hombre sobre la tierra (génesis), a la

vez que elaboran el significado de los grandes misterios existenciales o morales de la vida (el amor, la muerte, el destino, el bien y el mal, la pasión o la ambición, etc.). De este modo podemos decir que la función del mito es dar respuesta a los grandes misterios existenciales.

En términos existenciales el mito responde a la pregunta individual o colectiva de qué hacemos en este mundo y cómo nos explicamos nuestra propia historia. El mito de Fausto, por ejemplo, es un mito personal, basado en la pretensión de la eterna juventud por la que el protagonista de la obra de Goethe es capaz de vender su alma al diablo. Un mito muy frecuente es el de los orígenes de personajes que han sido significativos para la historia de un pueblo o de la humanidad como Moisés, Jesucristo, Buda, los grandes fundadores de religiones o de ciudades, como Rómulo y Remo, que suelen tener un nacimiento maravilloso en el que ya se preanuncia su misión futura, a través de la aparición de estrellas en el cielo o de acontecimientos extraordinarios en la tierra.

En consecuencia, el mito puede cumplir varias funciones: los que son compartidos por varias personas y confieren identidad y pertenencia a ese grupo suelen tener a la vez una dimensión émica (quiénes somos, por qué estamos aquí) y moral (cuál es el camino que nos lleva a cumplir el destino que está implícito en el mito). Muchas culturas comparten mitos relativos a la creación del hombre (génesis), la pérdida de un paraíso inicial (pecado original), la experiencia de grandes catástrofes (diluvio universal), o la expectativa de grandes acontecimientos escatológicos, relativos al fin del mundo (apocalipsis).

A escala menor podemos hablar también de mitos familiares y de pareja, en relación a ciertos acontecimientos o personajes que se considera marcaron un destino compartido: un abuelo que se arruinó jugando en el casino, un hermano que murió en la guerra, una tía abuela soltera que llenó de glamour los salones de la burguesía de entreguerras o triunfó en el mundo del espectáculo, una hermana generosa y sacrificada que adoptó los hijos de otra que murió víctima de una sobredosis de heroína, o bien una pareja que se conoció en un naufragio o en el rodaje de una película o cuyos hijos tienen que llevar a cabo una misión importante que condicionó la formación de la pareja. Hay familias y parejas que tienen más peso mitológico que otras, en las que el mito puede cumplir una función potenciadora o, contrariamente, limitadora y en terapia será bueno identificarlos a fin de aprovechar sus sinergias o desactivar su potencial destructivo.

La utilización de los mitos en psicoterapia

Más allá de los mitos personales, familiares o de pareja que puedan surgir en el proceso de la psicoterapia con carácter idiosincrático, existen algunos mitos universales que sin ánimo de exhaustividad, nos pueden ser útiles para el trabajo terapéutico. Dos de ellos se han hecho particularmente famosos porque el Psicoanálisis lo colocó en su núcleo teórico central, como el mito de Edipo y el de Narciso

que tomó Freud de la mitología griega y latina clásica, y que luego ha sido consagrado por la psicopatología al pasar a ser considerado un trastorno de la personalidad. Desarrollaremos en este apartado también otros mitos no tan conocidos pero que a nuestro juicio tienen también una gran utilidad terapéutica. De este modo abordaremos dos grandes grupos de mitos relativos al destino y al amor de gran significado en la terapia individual y de pareja.

A1) MITOS SOBRE EL DESTINO

Edipo y Antígona: la lucha contra el destino

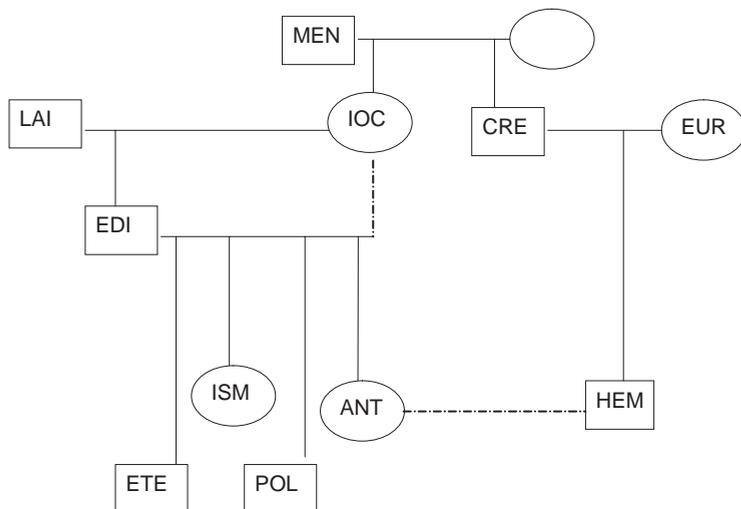
El mito de Edipo sobre el cual Freud estructura su concepción psicoanalítica, se refiere a la tragedia de Sófocles de “Edipo Rey”. Nosotros haremos también referencia a la última tragedia de Sófocles que es “Edipo en Colono”, así como también al de Antígona (una de las hijas de Edipo), pero desde un punto de vista muy distinto al de Freud. La consideración del mito como paradigma de la lucha contra el destino.

Al nacer Edipo, el Oráculo de Delfos auguró a su padre, Layo, que su propio hijo le daría muerte y desposaría a su mujer. Layo, queriendo evitar tal destino, ordenó a un súbdito que matara a Edipo al nacer (ver Figura 1). Apiadado de él, en vez de matarlo, el súbdito lo abandonó en el monte Citerón, colgado de un árbol por los pies (de aquí el nombre de “Edipo”, pies hinchados). Un pastor halló el bebé y lo entregó al rey Pólipo de Corinto. Peribea o Mérope, la esposa de Pólipo y reina de Corinto, se encargó de la crianza del bebé, llamándolo Edipo, que creció pensando que era hijo de los reyes de Corintio.

Al llegar a la adolescencia, Edipo sospecha, por habladurías de sus compañeros de juegos, que no es hijo de sus pretendidos padres. Para salir de dudas visita al Oráculo de Delfos, que le augura que matará a su padre y se casará con su madre. Edipo decide no regresar nunca a Corinto para huir de su destino. Con este fin emprende un largo viaje y, en el camino hacia Tebas, encuentra a Layo en una encrucijada, discuten por la preferencia de paso y lo mata involuntariamente en la disputa con el cochero sin saber que era el rey de Tebas, y su propio padre. Más tarde Edipo tiene que hacer frente a la esfinge situada a la entrada de Tebas, un monstruo que daba muerte a todo aquel que no pudiera adivinar sus acertijos. Edipo responde a todos sus enigmas y, furiosa, la Esfinge huye y se precipita en el vacío. En reconocimiento a su victoria sobre la esfinge Edipo es nombrado salvador de Tebas. Coronado rey, se convierte en el esposo de Yocasta, viuda de Layo, su verdadera madre de quien tendrá cuatro hijos: Polinices, Eteocles, Ismene y Antígona.

Con el paso del tiempo, una terrible plaga cae sobre la ciudad, ya que el asesino de Layo (Edipo) no ha pagado por su crimen y contamina con su presencia a toda la ciudad. Edipo tratará de averiguar la causa de la crisis enviando a su cuñado y a la vez tío, Creonte, a Delfos para consultar al oráculo. Creonte transmite a Edipo y

Figura 1
Genograma de los personajes que intervienen en la historia de Edipo y Antígona



LA SAGA DE EDIPO

al pueblo de Tebas, al volver de Delfos, el vaticinio del oráculo; el cual venía a decir que el culpable de la epidemia era el asesino del antiguo rey tebanos, Layo. Edipo toma la determinación de perseguir sin descanso al asesino y de castigarlo muy duramente en caso de encontrarlo, sin saber que estaba cavando su propia tumba.

A partir de este momento, el protagonista hará todo lo posible por desenmascarar al asesino mientras que varios personajes como Tiresias, su madre Yocasta después y un criado por último, al saber quién es al que busca, tratarán de hacerle desistir de tal propósito. Edipo emprende las averiguaciones para descubrir al culpable, y gracias a Tiresias (el adivino ciego) descubre que en realidad es hijo de Yocasta y Layo y que él mismo es el asesino que anda buscando. Al saber Yocasta que Edipo era de hecho su hijo, se da muerte, ahorcándose en el palacio. Horrorizado, Edipo se quita los ojos con los botones del vestido de Yocasta y abandona el trono de Tebas, escapando al exilio, dejando el trono a sus dos hijos varones con el acuerdo de que reinaran un año cada uno en alternancia. (ver Figura 2)

La historia de Edipo no acaba con la obra de Sófocles de *Edipo Rey*. Prácticamente el último año de su vida, el autor escribió el final de la historia *Edipo en Colono*, en la cual, el protagonista convertido en un mendigo que vaga sin rumbo, acompañado por sus hijas Ismene y Antígona, finalmente acabará muriendo en un bosque cercano a Atenas, donde será enterrado y se le rendirán grandes honores “la

LOS PERSONAJES

- MEN-ECEO (Padre de Iocasta y Creonte)
- LAI-O (esposo de Iocasta y padre de Edipo al que quiso matar cuando pequeño para que no se cumpliera el oráculo de que lo destronaría después de darle muerte, casándose con su propia esposa Iocasta).
- IOC-ASTA (viuda de Layo, madre y esposa de Edipo al que salvó de la muerte dictada por su primer marido Layo y madre de los cuatro hijos: Antígona, Ismene, Polinices y Eteocles: se suicidó, según algunos después de conocer la naturaleza de su matrimonio incestuoso con Edipo, según otros después del fratricidio de sus hijos varones)
- EDI-PO (esposo de Iocasta y padre de los cuatro hijos Antígona, Ismene, Polinices y Eteocles)
- CRE-ONTE (hermano de Iocasta y tío materno de Antígona a la que condena a muerte por haber dado sepultura a su hermano Polinices, al que sucede en el trono)
- EUR-IDICE (esposa de Creonte y madre de Hemon, se suicida al conocer la muerte de su hijo Hemon por la condena de Creonte a Antígona)
- ISM-ENE (hermana de Antígona que representa la heteronomía, se conforma con lo que dice la ley)
- ANT-IGONA (hija de Edipo y Iocasta, hermana de Ismene y de los hermanos Polinices y Eteocles que mueren por la batalla sucesoria. Es condenada a muerte por Creonte por anteponer los lazos de sangre -entierro de su hermano Polinices- a las leyes del Estado. Representa la sionomía)
- HEM-ON: (novio de Antígona se suicida al saber su muerte)
- ETE-OCLES (heredero legítimo del trono es asesinado por su hermano y enterrado dignamente)
- POL-INICES: (pretende el trono y mata al hermano, pero muere en la batalla: según las leyes no puede ser enterrado por usurpador y fratricida)

tierra que acoja su cuerpo será bendecida” Se presenta también en esta obra el conflicto entre los dos hijos de Edipo, que acabará de manera trágica en Antígona.

La tragedia de Edipo versa fundamentalmente sobre lo inexorable del destino, pero desde el punto de vista psicológico presenta múltiples lecturas (más allá del tema del incesto que nos parece irrelevante, por constituir el pretexto más que el texto). A pesar de la obviedad de la conclusión de que el destino termina por cumplirse inexorablemente, el mismo carácter trágico de la obra plantea otras alternativas. En primer lugar la finalidad psicológica protectora del autoengaño: lo que lleva a Edipo a su final trágico es el empeño en conocer la verdad a toda costa.

Tiresias le dice a Edipo:

- *No quiero hacerte mal ni a ti ni a mí. Deja de preguntar.*

Edipo a Tiresias:

- *Entonces el asesino eres tú, que te has confabulado con mi tío Creonte para quitarme el reino.*

Yocasta:

- *No continúes buscando: ya bastante sufro yo. Quisiera que no llegases nunca a saber quién eres.*

Sin embargo Edipo quiere saber:

- *Debo saber la verdad... Que se cumpla lo que debe ser. Quiero conocer mi linaje.*

Finalmente es el pastor, que lo salvó, quien explica la historia:

- *Estoy por revelar algo tremendo (dice el pastor).*

- *Y yo por escucharlo. Pero es necesario que así sea, replica Edipo*

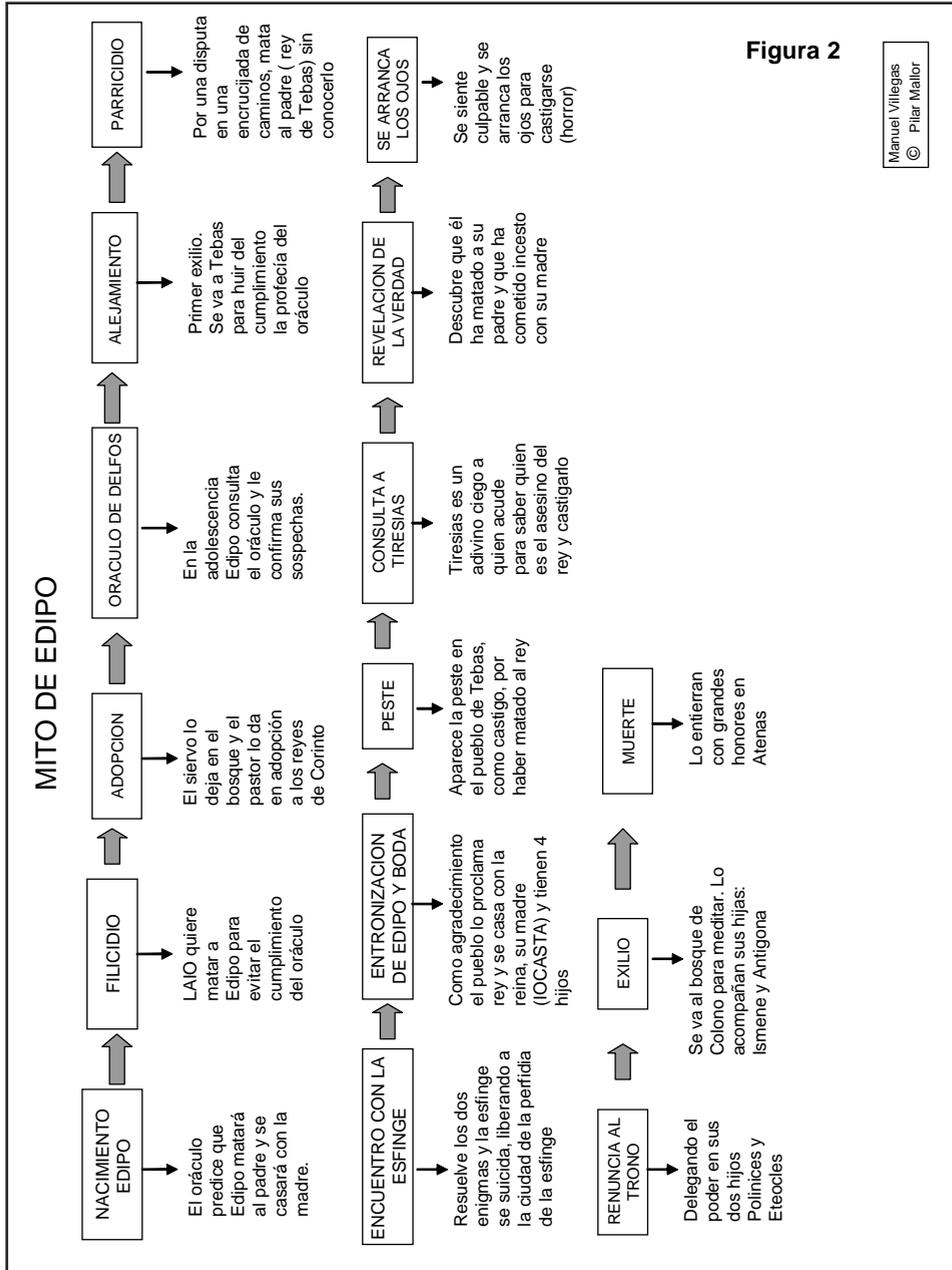


Figura 2

Manuel Villegas
© Pilar Mallor

Al conocer la historia se arranca los ojos (se vuelve ciego para iniciar un camino interior hacia el conocimiento de sí mismo), renuncia al trono y se autoexilia (pérdida y duelo) en Colono para meditar. Entra en “depresión” y tiene que ser cuidado por sus hijas. Pero de esta depresión saldrá transformado, a través de un

viaje interior, meditando sobre cuál ha sido su destino y cómo lo ha cumplido, reconociendo su pasado y asumiendo su existencia, liberando su culpa y aceptando su responsabilidad

“Es cierto que llegué a las manos con mi padre y lo maté. Pero no sabía lo que estaba haciendo y a quién. No se puede reprochar por un acto involuntario. Y si me casé con mi madre fue también sin saberlo. Y después de haberme engendrado me dio cuatro hijos, pero la esposé en contra de mi voluntad... No puedo ser considerado culpable., he matado pero soy puro delante la ley, porque no sabía nada”

Sus últimas palabras serán de amor para sus hijas: *“Una sola palabra disuelve todas las penas; nadie os amaré tanto como yo”*.

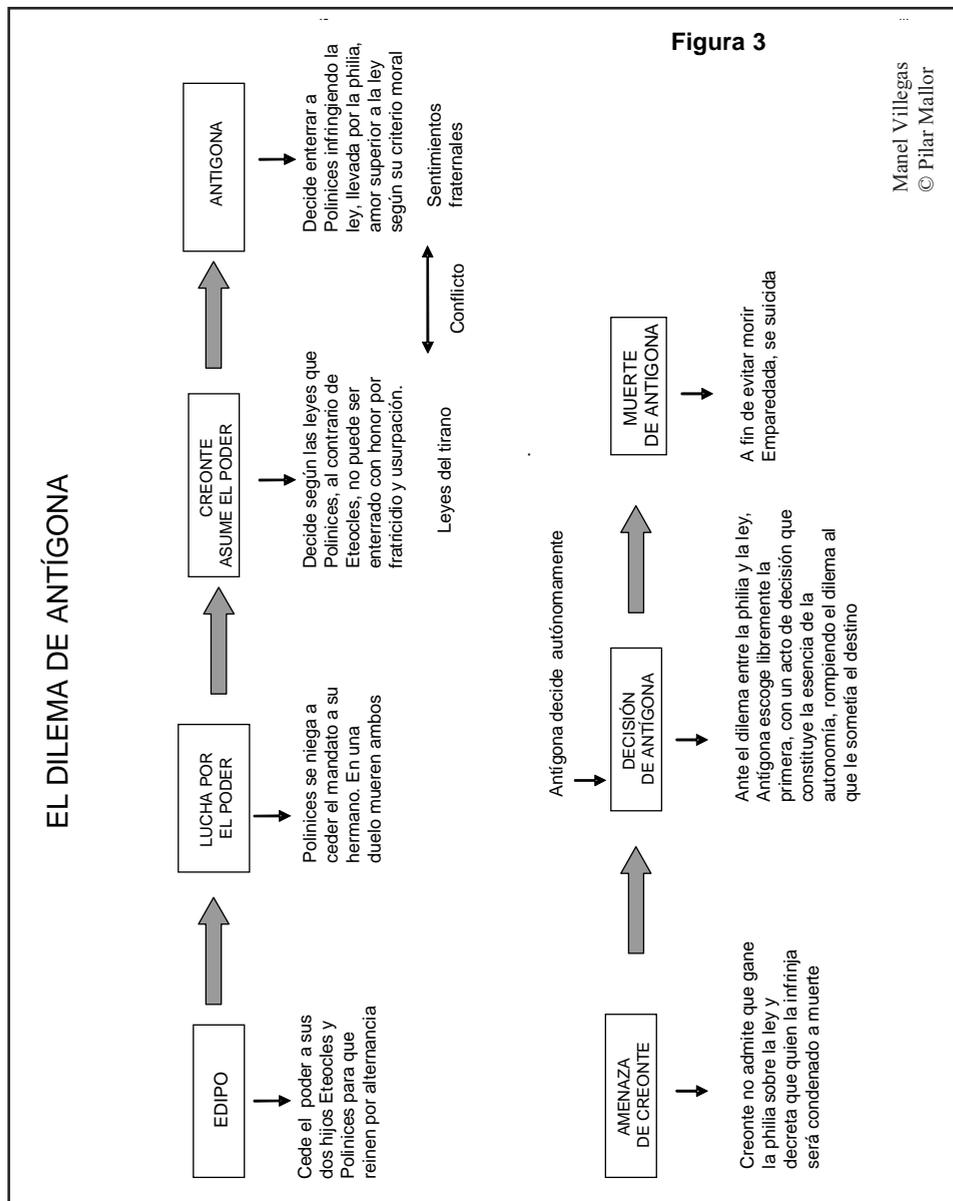
Durante este viaje a Colono comienza a transformarse la conciencia del sentimiento de culpa, que lo mantiene en la posición preñómica de la desgracia, en responsabilidad. Hace una elaboración por la que reconoce que no es culpable de lo que hizo porque introduce la conciencia individual frente al destino, dado que ha hecho las cosas sin saber. Es responsable de lo que hizo pero no culpable. Diferencia entre acción e intención, entre culpabilidad (hacer algo malo por lo que se merece un castigo) y responsabilidad (aceptar las consecuencias de sus actos). Cuando cambia la culpa por la responsabilidad, puede desarrollar el sentimiento del amor y eso facilitará el proceso hacia la autonomía. Al morir Edipo dice dirigiéndose a sus hijas: *“nunca nadie os ha querido tanto como yo”* el amor lo redime, el amor de las hijas lo ayuda a cambiar. El amor posibilita la curación. Aceptando los errores es posible curarse de ellos.

Edipo ha vivido toda su vida engañado respecto a sus orígenes y al significado de sus actos, pero cuando descubre la verdad ya no puede ignorar su responsabilidad. El autoengaño forma parte de nuestro modo de sobrevivir a la angustia existencial, pero el conocimiento de sí mismo sólo es liberador si va acompañado de aceptación y responsabilidad. Antes de conseguir este estadio solemos intentar huir u ocultar “nuestro destino” para no enfrentarnos a él. Para que ello sea posible es necesario transformar la desgracia en oportunidad, la tristeza o la depresión en contacto profundo con nosotros mismos, el miedo en audacia, el error en aprendizaje, el abandono en individuación, la culpabilidad en responsabilidad.

El dilema de Antígona

La historia continúa con los hijos de Edipo. Antígona es hija de Edipo juntamente con Ismene, Polinices y Eteocles. La tragedia de Antígona empieza cuando Edipo cede el poder a sus dos hijos varones y les da la consigna de repartirse el poder alternándolo. (ver Figura 3). Cuando Polinices acaba su reinado no se lo quiere ceder a su hermano, llegando a las manos y muriendo ambos en la lucha. Creonte, cuñado y tío de Edipo y sus hijos, asume el poder y decide que según las leyes Polinices como fratricida y usurpador, no merece ser enterrado con honores.

Pero Antígona se rebela, pues según ella la ley del afecto está por encima de la ley del tirano y decide dar digna sepultura al hermano. Ante el desacato de la ley, Creonte condena a muerte a Antígona.



Si en Edipo Rey la tragedia se desataba a propósito del enfrentamiento con el destino dictado por el oráculo, en Antígona ésta es producto del conflicto de

voluntades entre humanos, entre la legitimidad del poder y la de los sentimientos. Ahí la libertad se afirma en las relaciones interpersonales frente a las impersonales. Ante el conflicto Antígona, como más adelante Sócrates, acepta morir desde una posición autónoma, cumple la ley, pero no se somete a ella. Decide seguir sus sentimientos o sus principios desde un posicionamiento autónomo. El conflicto al tener que decidir entre las dos opciones.

La consecución de la autonomía supone, con frecuencia, el enfrentamiento a conflictos y crisis, la asunción de responsabilidades en la toma de decisiones, la confrontación de voluntades, el reconocimiento de los límites físicos y sociales, la autolimitación de los propios impulsos, deseos y caprichos en base a los criterios de posibilidad, puesto que, como dice José Antonio Marina (1998) “la autonomía no se aprende con autonomía, sino a través de la heteronomía y liberándose de ella”. No se trata de educarse *en* la libertad, sino *para* la libertad.

El mito de Er: La responsabilidad sobre el destino

Tanto Edipo como Antígona se enfrentan a un destino que les es ajeno. Para Edipo el destino ha sido dictado por los dioses y revelado por el Oráculo. Para Antígona es la voluntad del tirano la que lo determina. El mito de Er representa una visión opuesta del destino: son los humanos quienes lo escogen, aunque no sean conscientes de ello. El mito aparece en el diálogo de Platón, titulado *La República*, que reproducimos de forma abreviada a continuación.

Er es un soldado raso, mercenario, de origen armenio, a quien dan por muerto en una batalla y al que se le otorga el privilegio de asistir al juicio de las almas. Como él va a ser escogido para volver a la tierra para explicar lo que allí sucede, no tiene que pasar por ese juicio. El juicio consiste en que cada alma repasa su vida, tiene que valorar su existencia, cual ha sido su destino, su karma, reflexionar sobre si ha cumplido con lo que esperaba de la vida. (ver Figura 4) Una vez realizado este ejercicio de análisis sobre la vida de cada uno, las almas tienen que presentarse ante Láquesis, una de las Parcas, hijas de la Necesidad (Moiras). Tan pronto como llegan, una especie de adivino las hace formar en fila y después, tomando del regazo de Láquesis diferentes suertes y modelos de vida, se dirige a las almas para decirles:

“He aquí la palabra divina de la virgen Láquesis, hija de la Necesidad: almas pasajeras, vais a comenzar una nueva carrera de índole perecedera y entrar de nuevo en un cuerpo mortal. No será un daimon quien os elija, sino vosotras quien elegiréis vuestro daimon. Cada una de vosotras escogerá por suerte la vida a que habrá de quedar ligada por la Necesidad. Pero la virtud no está sujeta a dueño y cada cual podrá poseerla en mayor o menor grado según la honre o la desdeñe. Cada cual es responsable de su elección. ¡La divinidad no es responsable!”

“Después de hablar así, echó las suertes sobre todos y cada uno recogió la que había caído junto a él, salvo Er, a quien no le estaba permitido, y al levantarla cada

uno se enteró del rango dentro del cual le tocaba elegir. Acto seguido, colocó en el suelo, delante de ellos, los modelos de vidas en número muy superior al de los presentes, cuya variedad era infinita... Por lo demás, todos los accidentes de la condición humana se mezclaban entre sí, y con ellos la riqueza y la pobreza, la enfermedad y la salud, y había también términos medios entre esos extremos. Según parece, aquel es el momento crítico para el hombre, y por ello cada uno de nosotros debe preocuparse por encima de todo de buscar y adquirir la ciencia que le permita discernir entre la vida dichosa y la miserable, y escoger en todo momento y donde quiera la mejor, en la medida de lo posible. Y el mensajero del más allá contaba que el adivino había proseguido de la siguiente manera:

Hasta el último que llegue, con tal que escoja con discernimiento y observe después una conducta firme y juiciosa, podrá llevar una vida digna de vivirse. Que el primero, pues, no se descuide en la elección, y que el último no se desaliente.

Contaba además que no bien el adivino hubo dicho estas palabras, se adelantó el primero a quien le cayó la suerte y eligió la mayor de las tiranías, movido por su insensata avidez, sin haber examinado suficientemente todas las consecuencias de su elección y sin advertir, por lo tanto, que lo destinaba a devorar a sus propios hijos y a cometer otras abominaciones. Y cuando se hubo percatado de estas circunstancias, luego de examinarlas detenidamente, se golpeaba el pecho y se lamentaba, no recordando los consejos del adivino, pues en lugar de culparse por su desgracia, acusaba de ella a la fortuna, a los daimones y a todo, menos a sí mismo... Entre los así engañados, no eran pocos los que llegaban del cielo, pues carecían de una experiencia suficiente del sufrimiento, en tanto que los procedentes de la tierra, por haber sufrido ellos mismos y haber sido testigos del sufrimiento ajeno, no hacían su elección tan a la ligera. Por esta razón, y por el azar del rango obtenido en suerte, la mayoría de las almas cambiaban sus males por bienes, y viceversa... Era, según contaba, un espectáculo curioso ver de qué manera las diferentes almas elegían su vida; espectáculo que movía a piedad, risiblemente absurdo. Las más se guiaban en su elección por los hábitos de su vida precedente.

Una vez que eligieron sus vidas, las almas se acercaron a Láquesis en el orden que les había tocado en suerte, y ésta les dio a cada uno el daimon que hubiera escogido, a fin de que le sirviera de guardián en la existencia y la ayudara a cumplir íntegramente su destino... Una vez que todas hubieron pasado, se encaminaron juntas a la llanura del Olvido... donde todas las almas bebieron de su río, pero aquellas que por imprudencia beben más allá de la medida, pierden absolutamente la memoria. Después las almas se durmieron, pero hacia la medianoche retumbó el trueno, tembló la tierra, y de pronto fueron lanzadas como estrellas errantes, cada una por su lado hacia el mundo superior en donde debían renacer. A Er, según contaba, le impidieron beber el agua del río. Ignoraba por dónde y en qué forma se había reunido con su cuerpo, pero de pronto, al abrir los ojos, se había visto en la

madrugada tendido sobre la pira”.

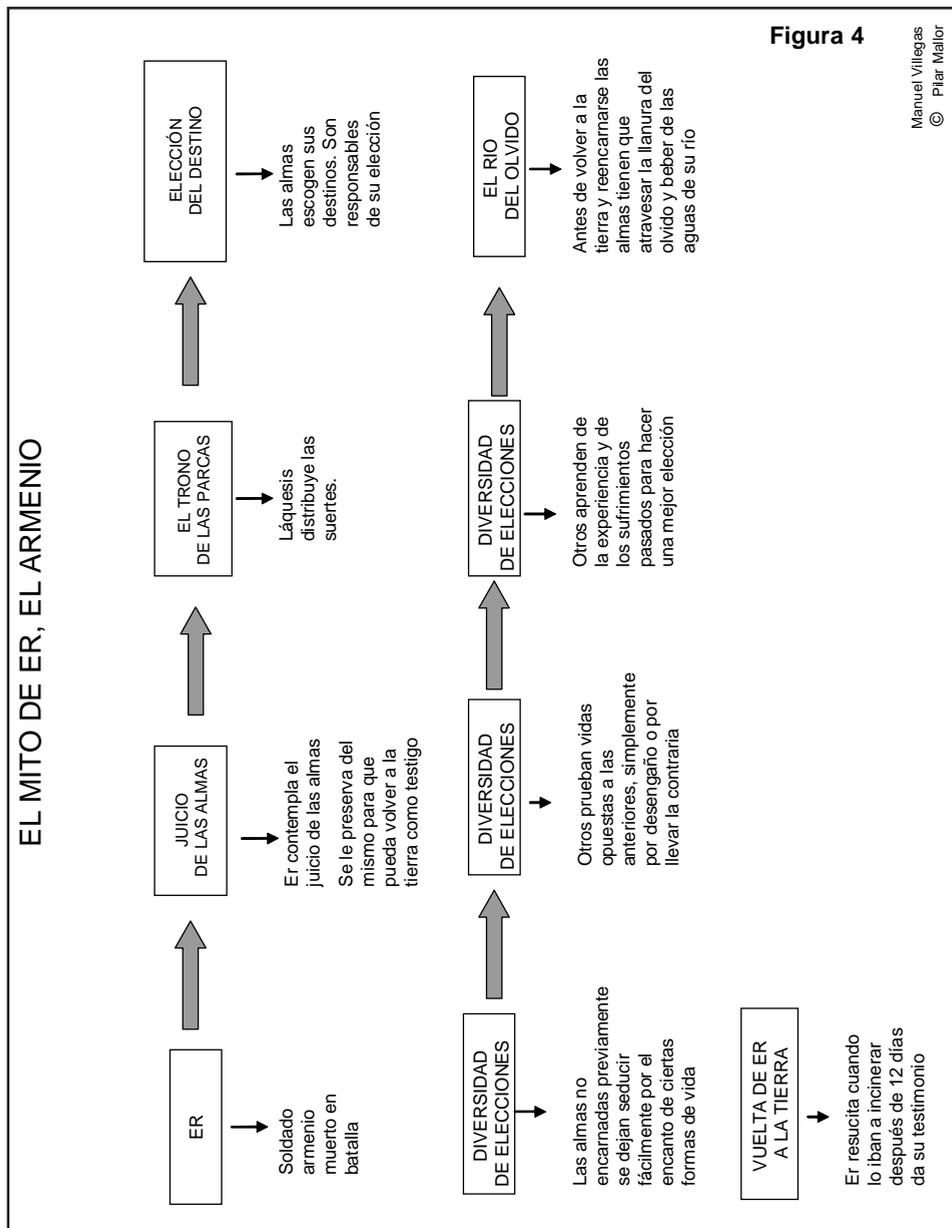


Figura 4

Manuel Villegas
© Pilar Mallor

El mito de Platón parte de la idea de la reencarnación de las almas. En consecuencia, para la teoría platónica conocer es recordar, la memoria es la que da sentido a la experiencia, la que nos permite descubrir la verdad oculta en nuestras

almas. Nosotros utilizamos este mito como una metáfora de lo que significa la psicoterapia. Por eso el proceso de terapia puede verse en parte como un proceso de recordar, de entender la vida que se ha llevado hasta este momento, de reconstruir su significado. La psicoterapia constituye la oportunidad de pasar por el juicio de las almas sin necesidad de morir y volver a encarnarse. El juicio es una reconstrucción, es llegar a un conocimiento de lo que ha sido la vida, conocerse a si mismo para poder hacer una redecisión, una segunda elección, volver a decidir la vida que se quiere escoger, y como la elegirás, en base a cual de los tres tipos que se describen en el mito. ER observa que existen 3 tipologías de almas a la hora de elegir destino:

- Las almas que no se han encarnado nunca, son ingenuas y no tienen experiencia y por lo tanto se dejan seducir por vidas asociadas al éxito, a la riqueza o a la belleza, pero no han vivido las implicaciones y consecuencias que eso implica.
- Otro grupo es el que está muy disgustado con la vida que han tenido y escogen todo lo contrario y opuesto a lo vivido como venganza, por ejemplo: si han sido esclavos, deciden ser tiranos.
- Otro grupo es el que ha sufrido mucho en su vida y ha aprendido del dolor; por ello las almas de este grupo deciden de forma mucho más meditada.

Láquesis advierte a las almas que una vez que elijan sus vidas no las podrán cambiar, que el destino está en su decisión. Si se elige un tipo de vida, no se puede cambiar su guión, es decir, si se elige la riqueza, como el rey Midas, eso implicará que todo lo que toques se convertirá en oro, por lo que serás inmensamente rico, pero que morirás inexorablemente de inanición, porque el oro no se come.

La terapia constituye la oportunidad de pasar otro río, pero en vez de ser el del olvido será el de la conciencia. Es importante darse esa segunda oportunidad, después de haber pasado el juicio, valorado la vida y gozado de la posibilidad de volver a escoger siendo responsable de tus decisiones. En terapia buscamos entendernos, comprendernos y saber qué vida debimos de escoger en su momento y cual es la que queremos vivir en un futuro. Pretendemos conocernos a nosotros mismos para poder hacer una segunda elección. La terapia es la llanura de la conciencia, por lo que el paciente se deberá hacer responsable de sus decisiones.

Hay dos planteamientos previos a ello:

- ¿qué vida hemos vivido, qué hemos aprendido de ella?
- ¿qué vida elegiremos de aquí a adelante y cómo lo haremos? ¿desde el aprendizaje, desde el rebote o desde la rabia?

Para poder responder a estas preguntas puede ser útil llevar a cabo el siguiente ejercicio que hemos denominado “el segundo Er”

Ejercicio del segundo Er

La distinción entre un primer ER y un segundo ER, no está en el mito Platónico, es una adaptación a la psicoterapia para la que proponemos el siguiente ejercicio vivencial que puede hacerse al principio y/o al final del proceso terapéutico, de acuerdo con las siguientes consignas:

La columna del primer Er corresponde al río del olvido, la del segundo Er al de la conciencia. Desde el ahora, tenéis que valorar qué creéis que elegisteis en el primer Er haciendo un análisis o una reflexión sobre el tipo de vida que habéis tenido y después plantearos que escogeríais como segundo destino si os dieran la oportunidad en terapia, qué cosas has descubierto de ti que no te gustan y quisieras cambiar, cómo queréis vivir vuestra vida a partir de ahora, qué cosas podríais hacer para conseguir ser autónomos. Para llegar a la autonomía es necesario pasar por momentos de crisis, por sufrimiento y así poder crecer.

Las palabras que aparecen en la primera columna de la izquierda del test (ver Tabla) representan los diversos destinos que podemos haber escogido, por ejemplo: ambición, generosidad, placer, cuidado, temor, etc. como formas de vida. Un signo más (+), menos (-) o igual (=) sirve para indicar en cada columna del primer o segundo ER nuestra puntuación. Los signos del primer Er indicarán de qué manera ha estado presente el destino que se está evaluando; en ese caso el signo (=) significará ni poco ni mucho, normal o medio, el (+) mucho y el (-) poco o nada. En la segunda columna, correspondiente al segundo Er, el signo (=) significará igual que en la primera columna, mientras más (+) o menos (-) indicarán un aumento o un descenso en función de la primera columna. Es bueno puntuar todos los ítems y dar margen a añadir otros (indicados aquí por ***) que el sujeto quiera proponer por sí mismo. Para intensificar las respuestas se pueden repetir los signos has tres veces. Si, por ejemplo, un ítem del primer Er se ha puntuado con un (+) y se quiere potenciar en el segundo Er se puede indicar con dos o tres signos positivos (++ o bien +++), o al revés, si se trata del signo negativo.

Puede ser útil pasar el ejercicio sobre el segundo Er antes y después del proceso de terapia, como medio de evaluación del cambio. Es una metáfora de lo que es una terapia, constituye un momento de redecisión en la vida, a través de una recopilación de significados de lo que es y lo que ha sido tu vida hasta el presente y lo que deseas que sea en el futuro.

DESTINOS	PRIMER ER		SEGUNDO ER:
	El río del olvido		El río de la conciencia
AGRADAR			
CUIDAR			
COMPLACER			
RECONOCIMIENTO			
DAR BUENA IMAGEN			
EVITAR JUICIO AJENO			
DEPENDENCIA			
RESPONSABILIDAD			
VERGÜENZA			
ATRACTIVO			
RIQUEZA			
CAPRICHOS			
EROS			
PROTEGER			
FAMA			
COMODIDAD			
ATARAXIA			
SOLEDAD			
CONOCIMIENTO			
AUDACIA			
VENGANZA			
PRAGMATISMO			
AMBICIÓN			
PODER			
FIDELIDAD			
ETERNA JUVENTUD			
PHILIA			
BELLEZA			
AGAPE			
ORDEN			
ÉXITO			
AYUDAR			
AVENTURA			

EFICACIA			
CONTROL			
EMPATIA			
RESENTIMIENTO			
SER MAS FLEXIBLE			
SABER RECIBIR			
SABER DAR			
ACEPTACIÓN			
NO JUZGAR			
SABER PERDONAR			
INTEGRACION			
CONGRUENCIA			
ESPONTANEIDAD			
CONFIANZA			
CONCIENCIA			
TOLERANCIA			

A2) MITOS SOBRE EL AMOR

Muchas de las concepciones sobre el amor provienen de mitos antiguos, recogidos en la literatura griega y latina. Aquí hacemos referencia a algunos de ellos que nos han sido particularmente útiles en terapia. Algunos tienen como objeto el origen y el significado del amor, otros hacen referencia a la imposibilidad de amar.

El mito del andrógino

El mito del andrógino, reproducido por Aristófanes en el Banquete de Platón, del que proviene la idea de las dos mitades presente en la imagen popular de “la media naranja”, expresa claramente la función ontológicamente reparadora ejercida por el amor sobre la escisión provocada por los dioses de la naturaleza andrógina originaria de los hombres:

“Primero, la raza humana constaba de tres géneros, y no de dos como hoy, macho y hembra; había también un tercer género, cuyo nombre queda,

aunque él haya desaparecido: el género andrógino. Constaba de unidades concretas formadas por los otros dos géneros-el masculino y el femenino no sólo por el nombre, sino también por su forma... Eran su fuerza y robustez terribles y muy ambiciosos sus pensamientos, de modo que levantaron la mano a los dioses y emprendieron la escalada del cielo para sobreponerse a ellos.

Zeus y los demás dioses celebraron consejo sobre lo que debía hacerse y se encontraban con dificultades: no querían matarlos, ni podían soportar su soberbia. Por último Zeus después de haber meditado profundamente, dijo: "Me parece que tengo un procedimiento para que siga habiendo hombres y cesen en su desobediencia: debilitarlos. Los cortaré a todos por la mitad y así, al mismo tiempo, serán más débiles y más beneficiosos para nosotros, puesto que aumentarán en número"...

Dividida así la naturaleza humana, cada uno se reunía ansiosamente con su mitad. Abrazados, entrelazados, deseando fundirse en una sola naturaleza, morían de hambre y de inacción, porque no querían hacer nada por separado. Y cuando una de las partes moría quedando la otra en vida, ésta buscaba otra mitad cualquiera y la abrazaba...

Desde entonces, pues, es el amor recíproco connatural a los hombres, el amor que restituye al antiguo ser, ocupado en hacer de dos uno y en sanar la naturaleza humana. Cuando alguien tropieza con su propia mitad queda sujeto a un maravilloso asombro hecho de amistad, confianza y amor, y ninguna de las mitades quiere entonces ser de nuevo dividida ni por corto tiempo... Si Hefaiсто (Vulcano en la versión latina) se les apareciera y les preguntara: "¿Qué es lo que queréis que suceda en vuestra unión? ¿No deseáis haceros uno de modo que ni de noche ni de día podáis separaros?", estamos seguros de que ninguno rehusaría ni podría manifestar otro deseo: coincidir y componerse con el amado para formar los dos juntos una unidad. La causa es que nuestra antigua naturaleza era tal como queda dicho y nosotros éramos seres plenos.

Al deseo y persecución de la plenitud se llama amor... Afirmo pues que nuestra raza humana sería feliz si cada uno encontrara a su propio amado y volviera así a su originaria naturaleza... El Amor es quien nos otorga en nuestro estado presente las mayores gracias, conduciéndonos a lo que nos es propio y es también quien nos depara mayores esperanzas para el futuro, pues él nos restablece en nuestro antiguo ser, nos sana, nos hace bienaventurados y felices". (Aristóteles en el Banquete de Platón)

En este mito hallamos la mayor parte de las ideas que se hallan implícitas en el concepto romántico del amor erótico:

- El ser humano es incompleto, dividido en dos mitades (masculino/femenino; ying/yang; animus/ánima).

- El amor constituye una experiencia de reencuentro entre las dos mitades (el mito de la media naranja).
- El amor funde las dos mitades en una sola unidad que nos devuelve a la plenitud (felicidad) originaria.

El mito del nacimiento de Eros

El mito del nacimiento de Eros, puesto por Sócrates en boca de la sacerdotisa Diótima dentro del mismo diálogo de Platón, da cuenta de la idea igualmente romántica de que el amor es el intento paradójico de satisfacer una necesidad que corresponde a una carencia insaciable:

“El día que nació Afrodita, cuenta Diótima, los dioses celebraron un banquete. Al acabar éste, Penia, es decir pobreza, se presentó para mendigar. Vio entonces en el jardín de Zeus a Poros, es decir ingenio, riqueza o recursos, embriagado por el néctar y adormecido. Buscando poner remedio a su indigencia, Penia decidió tener un hijo con Poros y, echándose a su lado, concibió a Eros”. (Sócrates, en El Banquete de Platón)

La conversión del deseo amoroso en necesidad que cantan todas las canciones de amor (y también las sirenas de las personas dependientes, Mallor, 2006) se deduce según la explicación socrática de este origen del amor. La suposición de que mis carencias encontrarán satisfacción plena en el otro. Pero dado que la carencia (el deseo) nunca se satisface, eros adquiere un carácter circular que lleva a su agotamiento, sustitución por otro o conversión en su contrario (Thanatos). En el momento en que el deseo se convierte en necesidad aumenta la dependencia y disminuye el respeto.

El mito de Eros y Psique

Psique la mujer más hermosa del mundo, cuya belleza eclipsa la de la propia Afrodita (Venus), es la menor de las tres hijas de un rey de Anatolia. Afrodita quiere vengarse (1) de ella enviando a su hijo Eros para que con un dardo oxidado la haga enamorar del hombre más monstruoso del mundo (2).

Eros conmovido por su belleza se enamora hasta tal punto de Psique que la esposa y se la lleva a su palacio celestial, con la condición de que no le vea nunca el rostro (3). Por las noches comparten el tálamo nupcial, pero desaparece sistemáticamente al amanecer.

Psique se añora de su familia (4) y quiere que vayan a verla sus hermanas, las cuales, celosas de su fortuna, la quieren convencer de que desvele la identidad para que se convenza de que su esposo es un monstruo y que por ello no se deja ver.

Llevada por la curiosidad (5), psique se levanta por la noche y acerca su lámpara de aceite al rostro de Eros, despertándole de inmediato y desapareciendo al instante, conforme le había advertido de que su traición al pacto le costará la

relación.

Embarazada de Eros, Psique quiere recuperar al esposo. Para ello tiene que superar una serie de pruebas, la última de las cuales implica una visita al Hades, donde Psique tiene que abrir el cofre de la eterna hermosura (6), reservado a Afrodita. Después de abrirlo imprudentemente Psique cae en un sueño eterno.

Eros conmovido por el amor de la esposa la rescata, despertándola (7) de su profundo sueño y llevándosela a su morada en el Olimpo. La hija que nace de ambos es Hedoné (el placer)

Los ecos de este mito responden de forma más o menos parcial o completa a vivencias que frecuentemente atraviesan la experiencia del amor

- 1) La envidia de la belleza ajena (Blancanieves y la madrastra)
- 2) Las desigualdades en el amor (La Bella y la Bestia)
- 3) El amor es ciego
- 4) Las interferencias familiares
- 5) La curiosidad destruye el amor
- 6) El mito de la eterna belleza
- 7) El mito de la bella durmiente y del príncipe azul

Eco y Narciso: el amor imposible

El mito de Eco y Narciso nos remite al adivino Tiresias, al que hemos visto actuar también en el mito de Edipo, quien al nacer el bellissimo Narciso, hijo de la unión de la ninfa Liriope y del viento Cefis, predijo que viviría muchos años “si no llegara nunca a conocerse a si mismo”, (ver Figura 5)

Al ser tan bello era deseado por todos, pero él, engreído en su superioridad, los rechazaba sistemáticamente, creyendo que sólo podría enamorarse de una divinidad, hasta que un día yendo por el bosque de cacería perdió a sus amigos y empezó a gritar:

- *¿hay alguien por aquí...?*

Y oyó una voz que decía:

- *por aquí...*

Esta voz era de Eco, la ninfa que había sido castigada por Hera o Juno a carecer de voz propia y repetir sólo las últimas palabras que llegaban a sus oídos. Eco era incapaz de hablar por si misma. Estaba privada de tener discurso propio, pero no de tener sentimientos propios y Eco se había enamorado de Narciso. Escondida en el bosque estaba esperando la ocasión para encontrarse con él, hasta que ésta se produjo.

Narciso siguió preguntando:

- *¿Estás aquí a mi lado?*

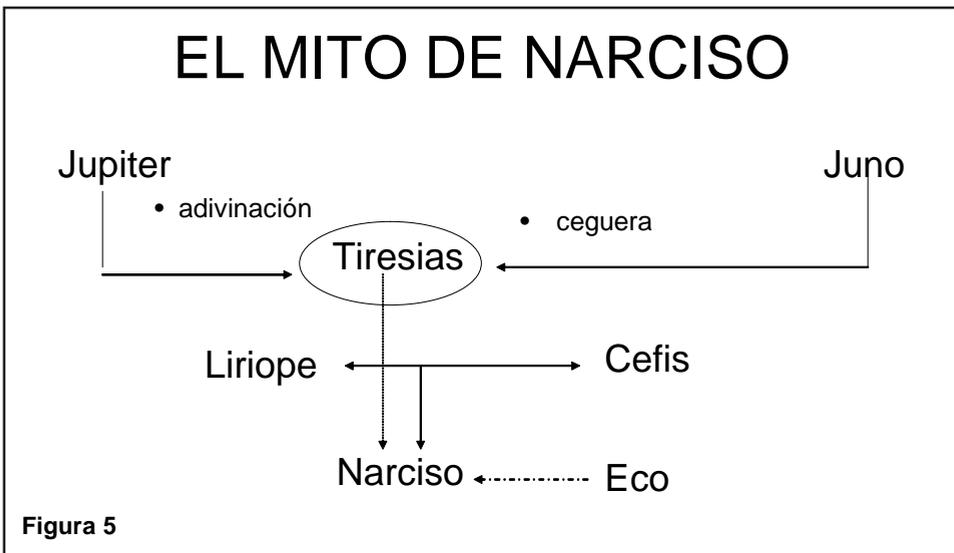
Y eco respondió:

- *a mi lado.*

Entonces, dijo Narciso,

- *acércate*
- Y Eco repitió:
- *acércate*
 - *Juntémonos,*
- exclamó Narciso. A lo que Eco respondió:
- *Juntémonos.*

Estas palabras dieron a Eco el pretexto para salir de su escondite tras los árboles y echarse al cuello de Narciso para besarle, el cual, al verla, la rechazó como hacia con todo el mundo. Eco, desconsolada se escondió de nuevo en el bosque para pasar el duelo, languideciendo poco a poco hasta convertirse en las rocas que repiten el eco de la voz. Por eso existe el eco en las montañas, que no es otra cosa que la voz de la ninfa que repite las últimas palabras de quien las pronuncia.



Narciso se encontró solo y perdido y la diosa Juno creyendo injusto el castigo del rechazo amoroso que Narciso le había infligido a Eco lo condenó a sentir lo mismo que sintió ella al ser rechazada. Quiso que Narciso se sintiera rechazado, también. Llevado por la sed Narciso se acercó a una fuente de agua cristalina y cuando se inclinó sobre el estanque que formaba vio una imagen reflejada en el agua y se enamoró de ella. Cuando sonreía, también lo hacía la imagen, pero cuando enamorado de ella la quería besar, la imagen desaparecía y cuando la quería abrazar casi se ahogaba y así sucesivamente. Narciso se pasó los días rogando para que la imagen saliera del agua, y al final se quedó tumbado esperando, quedándose dormido y muriendo al fin. Cuando los amigos lo encontraron vieron que se había convertido en la flor que lleva su nombre, el narciso.

En psicoterapia se puede utilizar este mito para trabajar el narcisismo y la dependencia emocional. Narciso representa el trastorno de personalidad por el cual la persona es incapaz de amar a los otros, el narciso se quiere a sí mismo, pero es importante también tener en cuenta la otra parte del mito, la que rechaza el amor de los demás. Narciso sufre cuando se enamora de sí mismo y no puede satisfacerse a sí mismo. Cuando quiere acercarse a sí mismo como a otro, descubre que no hay otro, sino que es él mismo.

No hay que confundir el narcisismo con la autoestima o al revés, la autoestima con el narcisismo. Una cosa es el amor ontológico, la autoestima, y otra cosa es el enamoramiento de sí mismo. El enamoramiento es una atracción hacia algo que no tienes o no eres, es una fuerza que nos lleva a relacionarnos hacia otros, hacia el mundo. Se quiere al otro como a otro, distinto de mí, se crea una relación entre el tú y el yo. En el narcisismo no existe el amor hacia el otro sino el enamoramiento hacia uno mismo, entonces el Eros, la fuerza de atracción se destruye, porque se reinvierte hacia uno mismo.

Para Narciso los otros no son sujetos, sino objetos, y eso le impide relacionarse con los demás de forma profunda, íntima, amorosa, de tener sentimientos hacia otros, incapaz de sentir empatía. Narciso se consume en este enamoramiento inalcanzable de sí mismo. A los demás los necesita como espejo, como eco, pero cuando encuentra a Eco en persona es incapaz de quererla. A los otros los trata como objetos que en sí mismos carecen de entidad como Eco. Por eso hay muchas parejas, en que uno es narcisista y el otro dependiente, es muy típica esta asociación, en que uno cree tenerlo todo y el otro cree no tener nada. Se trata de relaciones asimétricas y deficitarias (Villegas y Mallor, 2010), donde realmente no hay nada que compartir más que un reflejo de una realidad inexistente.

Este mito reproduce por un lado el narcisismo y por el otro la dependencia emocional, representada por la ninfa Eco. Eco no tiene voz propia, es la dependiente emocional, está condenada a repetir el discurso del otro, y necesita para existir que alguien la evoque (vox), alguien que le dé voz, que le dé existencia, solo existe si alguien está allí. Constituye una imagen muy gráfica para trabajar en terapia con personas que están en una posición de dependencia emocional, personas que son satélites de otras, convirtiéndose en su eco.

Narciso es imagen y Eco es voz, pero ninguno de los dos tiene entidad, porque uno se pierde en la imagen y el otro se pierde en la voz, ambas son efímeras, la voz suena y desaparece, la imagen se diluye cuanto más te acercas a ella. La relación entre un narcisista y un dependiente puede durar mucho tiempo, pero sobre la base de una ficción. Si uno es el espejo y otro el reflejo no hay entidad, mientras que Narciso se pueda mirar y el espejo aguante puede durar mucho la relación. Pero el espejo sólo es un espejo, no tiene voz propia, se limitará a hacer de eco toda la vida de una imagen inalcanzable, si es que no se rompe antes

PERSONAJES DE LEYENDA

Hay relatos que no tienen un carácter tan mítico o trascendental sino más bien épico, como las aventuras de Ulises en su viaje de regreso a Ítaca, contruidos sobre la base de hechos más o menos históricos, en este caso la guerra de Troya. Su relato está mitificado, convirtiendo a sus protagonistas en personajes de leyenda, como el propio Ulises o el guerrero indio Arjuna a los que nos vamos a referir en las páginas siguientes a propósito del uso que hacemos en psicoterapia por su carácter ejemplar o simbólico.

Ulises y las sirenas: mantener el rumbo

La Odisea narra el regreso de Ulises, después de la guerra de Troya, a su reino de Ítaca, donde le esperaba Penélope, su mujer. En este viaje de vuelta por el mar, lleno de aventuras, Ulises se vio obligado a costear la isla de las Sirenas, monstruos medio mujeres, medio pájaros, que con su música, atraían a las naves, que se estrellaban en los escollos de la isla, tras lo cual, ellas devoraban a los náufragos. Para hacer frente a este peligro Ulises taponó con cera las orejas de los marineros a fin de que no oyeran el canto de las sirenas, y él se hizo atar al mástil del navío, pudiendo así evitar la tentación de ceder a su reclamo, sin apartarse de su camino, diciéndoles:

“Me ordenó Circe que sólo yo escuchara su voz; pero a mi atadme con dolorosas ligaduras para que permanezca firme allí, junto al mástil; que sujeten a éste las amarras, y si os suplico o doy órdenes de que me desatéis, apretadme todavía con más cuerdas”.

De vuelta a Ítaca, después de muchas otras vicisitudes, como superar el estrecho de Mesina, donde los dos monstruos Caribdis y Escila devoraban a los marineros provocando temibles remolinos, Ulises consiguió recuperar su reino y su mujer, venciendo a todos los pretendientes a ambos, al trono y a su esposa en un concurso de tiro al arco.

Este relato nos parece un símbolo exacto del camino a recorrer en la psicoterapia: un camino hacia la autonomía, lleno de escollos y cantos de sirena, un camino de autoconocimiento, de escucha de las propias perturbaciones, de lucha, de firmeza y de constancia, de recuperación y de centramiento en el eje del propio yo, como Ulises atado al palo mayor de su nave, y de apertura a nuevos horizontes.

El episodio de las sirenas puede ser utilizado ampliamente en psicoterapia, de forma incluso dramatizada, para trabajar aquellos mensajes (creencias irracionales, chantajes emocionales, complejos, etc.) que nos apartan del camino. En su escrito sobre dependencia emocional Pilar Mallor (2006) propone imaginar que en esa nave viajan mujeres con dependencia emocional, cuyo destino es Ítaca (lugar que representaría el final del viaje, en este caso llegar a la autonomía, a un lugar donde sí es posible ser uno mismo, donde llevar las riendas de la propia vida es factible y donde el sentido de la vida es encontrar la paz interior sin necesidad de depender de

otros). En este viaje espiritual, de crecimiento personal, aparecerían estas sirenas y con sus voces intentarían sabotear el retorno a Ítaca impidiendo la recuperación del reino que simbólicamente representaría el reencuentro consigo mismas.

Las sirenas cantarían con voces melodiosas, atrayentes y mágicas una y otra vez:

- *La felicidad de tu pareja es la tuya y tu felicidad depende de él*
- *Todo lo que haces, ha de ser por y para él*
- *Si no te llama constantemente, no te quiere, seguro que piensa en otra*
- *Tu pareja es más importante que tú y tiene más derechos que tú*
- *Tienes que vivir para el otro*
- *Amas, luego existes; vales porque amas*
- *Amar es dejar de ser uno mismo*
- *Has de desaparecer en el ser amado. Sé invisible*
- *Tienes que agradarle, volverte imprescindible y necesaria para él*
- *Eres débil, eres inútil, necesitas alguien más fuerte que tú*

Y es entonces cuando estas mujeres, se tendrían que atar al palo mayor, y escuchar todas esas voces y cantos melodiosos para ser conscientes de los sentimientos que las perturban, escucharlos, identificarlos y valorar las consecuencias que tendría dejarse llevar por ellos. Ponerse cera en los oídos no les aportaría nada, sería como negar o evitar una realidad evidente pero dolorosa de aceptar. Es necesario que escuchen los cantos de sirenas, y reflexionen sobre ellos, para que puedan llegar a la conclusión de que por muy tranquilizadores que suenen en un primer momento, luego llevan a la deriva... a una deriva personal, a la muerte de uno mismo.

La misma estrategia puede aplicarse el obsesivo con sus pensamientos intrusivos en forma de comprobaciones, preguntas o dudas. Estos son cantos de sirena a los que no puede hacer caso, puesto que si intenta acercarse a ellas para examinarlas más cuidadosamente o responder a sus preguntas acaba sucumbiendo a su poder destructivo

Ulises decidió atarse al palo mayor, como en la leyenda de Jasón y los argonautas, los marineros, encantados por la voz de las sirenas se salvaron del desastre gracias a la habilidad de Orfeo, que logró con su canto y su lira tapar la atrayente música de éstas, evitando que se encallaran en los escollos de las sirenas donde se encontraban.

Tanto Ulises como Orfeo, tuvieron recursos para hacer frente a sus perturbaciones, aceptando las limitaciones y debilidades que tendrían si escucharan esas voces tan maravillosas y atrayentes. Hay que aprender a saber renunciar a los cantos de las sirenas, porque nos impiden alcanzar nuestros objetivos, aunque en un momento determinado nos parezcan la solución a nuestros problemas.

El dilema moral de Arjuna

Arjuna es un príncipe hindú que, a la muerte del padre, lucha contra sus hermanos por la herencia y legitimidad del trono. Los herederos se enfrentan entre ellos divididos en dos ejércitos y entran en conflicto para conseguir el reino. Ya en el campo de batalla Arjuna se pasea con su carro ante sus tropas, observando a la vez al bando contrario, lleno de familiares y amigos, hasta sucumbir a un ataque de pánico:

“Cuando veo a todos mis familiares, oh Krisna, presentes en este campo de batalla, la vida huye de mis miembros que flaquean, la boca se me seca y aridece; un escalofrío recorre todo mi cuerpo y se me erizan los pelos de miedo. Mi arco Gandiva cae de mis manos, arde todo mi cuerpo, no consigo sostenerme en pie porque mi cabeza empieza a dar vueltas... Entreveo presagios de desgracia, oh Krisna. No puedo alcanzar ninguna gloria matando a mis propios familiares en el sacrificio de la lucha. Porque no tengo ningún deseo de victoria, oh Krisna, ni deseo un reino ni sus placeres... Preferiría que los hijos de Dhritarashtra me encontraran inerme, resignado y me mataran en la lucha con sus propias armas... Así habló Arjuna en el campo de batalla y dejando caer su arco y sus flechas se desplomó en su carro con el ánimo invadido por la angustia y el dolor.”

El temor que le invade hasta el punto de desarmarlo, tiene por origen el conflicto moral planteado por tener que enfrentarse con sus armas a sus familiares y antiguos maestros. El dilema de Arjuna se produce cuando reconoce ante sí, uno por uno, los rostros de las personas queridas, familiares y maestros, y siente que no puede luchar contra ellos. Ante esta situación a Arjuna se le plantea tener que escoger entre sus legítimos derechos y ambiciones antes que enfrentarse a sus familiares y amigos, dispuesto a renunciar al trono e incluso a aceptar la muerte. En esas condiciones se le aparece Krisna quien intenta convencerle de la legitimidad de su lucha con los siguientes argumentos:

“Piensa en tu deber y no tengas dudas. No existe gloria más grande para un guerrero que luchar en una guerra justa. Hay una guerra que abre las puertas del Cielo, Arjuna. Felices son los guerreros que tienen la suerte de luchar en esta guerra... Si mueres tu gloria estará en el Cielo, si ganas tu gloria estará en la tierra. Por lo tanto levántate, Arjuna con tu ánimo dispuesto a luchar... Ofréceme tus actos y descansa tu mente en el Supremo. Libérate de cualquier inútil esperanza y de los pensamientos egoístas y con la paz interior esfuérate en la lucha.”

Estos argumentos están dictados por una autoridad divina, a la vez que remiten al tema del juicio social, apelando al honor de los guerreros:

“Huir de esta guerra justa quiere decir huir del deber y del honor, ceder a la trasgresión. Los hombres hablarán de tu falta de honor... y eso es peor que la muerte. Los grandes guerreros dirán que huiste del campo de

batalla por miedo y los que hasta ahora te tenían en gran concepto, hablarán con desprecio de ti”

Es interesante observar en esta situación la oposición entre tres sistemas de regulación moral: la anomía, regida por criterios egoístas, la heteronomía, dictada por las normas de autoridad y de juicio social y la sionomía, regulada por las relaciones interpersonales. Krisna busca alejar estos sentimientos del corazón de Arjuna, aludiendo a sus obligaciones y al juicio social.

Los argumentos esgrimidos por Arjuna, dispuesto incluso a perder la vida antes que matar a los suyos, son de tipo prosocial. Los que emplea Krisna, en cambio, se refieren a la autoridad del dios y al poder de la crítica social. El nivel de juicio moral que utiliza el guerrero es mucho más evolucionado que el que sirve para fundamentar los argumentos del dios. Pero la situación creada en el campo de batalla no le permite escapar. Arjuna se siente atrapado, siente que no puede decidir libremente: se ve obligado a escoger entre la propia muerte o la de sus parientes. El dilema está servido y estalla la crisis de ansiedad.

Si Arjuna se dirige a Krisna en busca de su ayuda es porque se siente mal a causa de un conflicto que no se ve capaz de resolver en el que se oponen tres subestructuras de regulación moral entre sí: anomía (las ganas de luchar por un derecho propio), heteronomía (el deber de hacerlo como un guerrero), sionomía (la repulsa a enfrentarse contra sus propios allegados). Ante esta situación Arjuna podría haber hecho tres cosas: atacar, desmayarse, huir. La primera va contra sus sentimientos, la segunda contra su supervivencia, la tercera contra su dignidad. Actuando de cualquiera de estas tres formas evitaba el conflicto, pero no lo resolvía. La solución fue la lucha, pero legitimada por la divinidad (que le libera de la culpa y el miedo a hacer daño a los demás) no por él mismo.

El modelo del desarrollo moral (Villegas, 2011) entiende los trastornos psicológicos como efecto de conflictos entre los diversos sistemas de regulación moral del que el caso de Arjuna constituye un ejemplo paradigmático. Trabajar en terapia con este modelo significa entender el malestar sintomático y psicológico de la persona como producto de un conflicto. La terapia es un momento donde el paciente puede entender el significado de sus síntomas en base a los conflictos sobre los que se sustentan y la gestión que hace de ellos desde los diversos sistemas de regulación moral, es un espacio donde el proceso terapéutico consistirá en asumir la responsabilidad de su gestión.

B) LOS RELATOS PAREMIOLÓGICOS:

La inclusión de determinado tipo de relatos breves en la categoría de paremiológicos no se debe únicamente a su brevedad (compartida con otros cuentos o relatos literarios) sino a su finalidad claramente instructiva o moralizante, lo que los constituye en desarrollos ilustrados de los propios proverbios, convirtiéndolos en recursos analógicos especialmente adecuados a los propósitos terapéuticos. De

este modo, por ejemplo, el cuento de “El granjero y su caballo” (ver más adelante en anexo) se transforma en un desarrollo ilustrado del proverbio “No hay mal que por bien no venga”.

La mayoría de estos relatos son de autor desconocido y se han ido transmitiendo de generación en generación a través de la tradición oral, dando origen a diversas versiones, siendo recogidos muchos de ellos, finalmente, o incluso reescritos de nuevo, por cuentistas o folkloristas de diversos países en distintos momentos históricos. Otros relatos han sido escritos originalmente por autores conocidos y publicados como tales en fechas no muy lejanas. A estos últimos los hemos denominado “cuentos de autor”, mientras que a los primeros los hemos designado como “cuentos tradicionales”

B1) CUENTOS DE AUTOR

Existen colecciones de cuentos escritos o comentados, como los de Bucay (2005), específicamente con finalidades terapéuticas; otros no han sido escritos con esa finalidad pero han adquirido un gran eco entre los libros considerados de autoayuda, algunos de ellos de autor, como “Juan Salvador Gaviota” (Bach, 2003), “El principito” (Saint-Exupéry, 2000) “El caballero de la armadura oxidada”, (Fisher, 2006) “El monje que vendió su Ferrari” (Robin, 2002), “El profeta” (Gibran Khalil Gibran, 2009), “El alquimista” (Coelho, 2008), “Las voces del desierto” (M. Morgan, 2004), cuyos argumentos se desarrollan brevemente en el anexo a este artículo. La mayoría de tales cuentos no fueron escritos originariamente con la intención de ser incluidos en los estantes de las librerías dedicados a la autoayuda psicológica, pero paulatinamente se han ido adscribiendo a este apartado en los catálogos de las casas que los publican.

Por su extensión no pueden ser leídos o explicados en el espacio de una sesión terapéutica, pero se puede recomendar su lectura en casa a propósito de alguna característica que haya surgido en la sesión o se puede compartir algún aspecto del libro al que el propio paciente haya aludido en su relato. Por ejemplo: el farolero de “El Principito” es una buena metáfora de los rituales obsesivo-compulsivos que nos impiden disfrutar de las cosas; el castillo del silencio de “El caballero de la armadura oxidada” evoca claramente la necesidad de recogernos en silencio y soledad si queremos llegar a contactar con nosotros mismos y nuestras emociones; las columnas o los robles y cipreses de “El Profeta” constituyen una potente imagen de la pareja que sostiene conjuntamente el edificio del matrimonio, pero que a su vez deben mantener una distancia para no confundirse o hacerse sombra mutuamente hasta impedir el crecimiento personal.

Un resumen comentado sobre cada uno de estos libros se halla al final de este artículo en el anexo, donde el lector podrá valorar si determinado título puede ser adecuado para lectura de su paciente. Puede ser que suceda inversamente, que sea el paciente quien saque a colación la lectura de uno de esos libros; en ese caso hará

bien el terapeuta en informarse sobre su contenido. No hemos incorporado estos comentarios en el texto del artículo a fin de hacer más ligera la lectura del mismo y ahorrarle el efecto de “lo ya visto”.

B2) CUENTOS TRADICIONALES

Otros relatos se presentan en un formato mucho más breve y pueden explicarse en la misma sesión terapéutica si el paciente no los conoce. Proviene de tradiciones muy diversas, y generalmente son de autor anónimo o desconocido como los cuentos Zen, Sufí, Taoistas, etc. o pertenecen a colecciones de cuentos como el “Panchatantra”, “Las mil y una noches”, “Las fábulas de Fedro o Esopo”, “El Decameron”, anteriores a la invención de la imprenta, o las colecciones de cuentos posteriores a ella, llevadas a cabo por

- Jean de La Fontaine: El gato y el ratón, El león que iba a la guerra, El mono y el gato, Los dos gallos, La cigarra y las hormigas, La gallina y los huevos de oro, El cuervo y el zorro, El ratón del campo y el de la ciudad, Los zánganos y las abejas, Los ladrones y el asno, etc.
- Charles Perrault: La Cenicienta, Caperucita Roja, La bella durmiente, Pulgarcito, El gato con botas, Barba Azul, etc.
- Los Hermanos Grimm: “Blancanieves y los siete enanitos”; “Pulgarcito”; “Los músicos de Bremen”, “Hansel y Gretel”, “El sastrecillo valiente”, “La Cenicienta”; “El lobo y los siete cabritos”; “Caperucita Roja”, etc.
- Hans Christian Andersen: “El ave fénix”, “El traje nuevo del Emperador”, etc.
- Félix María Samaniego: “La lechera, La cigarra y la hormiga, La gallina de los huevos de oro, El cuervo y el zorro, etc. a los que hay que añadir
- Cuentos anónimos como: El flautista de Hamelin, La bella y la bestia, Ali Babá y los cuarenta ladrones, Aladino y la lámpara maravillosa, Los tres cerditos, Simbad el marino, Juan sin miedo, etc., algunos de ellos recogidos y reelaborados en las colecciones anteriormente citadas.

Aunque toda tipología corra el riesgo de ser algo forzada o artificial está claro que los distintos tipos de cuentos se pueden diferenciar por sus destinatarios infantiles o adultos, por sus protagonistas, animales o personajes humanos, todos estos a su vez pueden ser realistas o fantásticos. Estos cuentos suelen ser relatos breves con finalidad moralizante, instructiva o didáctica y suelen presentarse en un tiempo indefinido (ucronía) caracterizado por el inicio atemporal: “Érase una vez, había una vez, érase que se era”

- Cuando los protagonistas de estos relatos son animales solemos hablar de *fábulas*, como “La cigarra y la hormiga”, “Los tres cerditos”, “La ratita presumida”, “La rana y el escorpión”, “El patito feo”.
- Los cuentos *infantiles* suelen tener protagonistas infantiles y resultan especialmente adecuados para trabajarlos en terapia con niños: en algunos

los protagonistas son niños entre sí (Hansel y Grettel), en otros interactúan con adultos (Pulgarcito, El flautista de Hamelin), o con animales (La Caperucita Roja).

- Cuando sus protagonistas son adultos pero interactúan con personajes sobrenaturales (genios, brujas, hadas) hablamos de cuentos *fantásticos* o de *hadas*: “La bella durmiente”, “La Cenicienta”, “Aladino y la lámpara maravillosa”, etc.
- Algunos relatos breves con personajes humanos adultos tienen una clara voluntad moralizante, adoptando la forma de la *parábola*: “El cuento de la lechera”, “El pastor y el lobo”, las parábolas de “El sembrador” “Los talentos”, “El señor de la viña” o “El hijo pródigo” del Evangelio, del Zen o del Tao etc.
- Finalmente algunas *anécdotas* referidas a personajes conocidos adquieren un valor paradigmático o propeutéico, como la que se cuenta del director de orquesta Herbert Von Karajan, el cual andando un día por la ciudad de Nueva York se topó con un desconocido al llegar al ángulo de una esquina. Éste le soltó de forma airada y sonora un insulto, llamándole “imbécil”, a lo que el director de orquesta contestó, quitándose el sombrero y presentándose respetuosamente: “Von Karajan”, con lo que convertía el insulto del desconocido en autopresentación del mismo.

La utilización de los cuentos tradicionales en psicoterapia

La utilización de cuentos, parábolas, anécdotas en terapia queda al libre albedrío del terapeuta, el cual sabe que dispone de una caja de herramientas de las que puede echar mano en cualquier momento. Al igual que se ha dicho a propósito de la metáfora puede ser que el paciente tenga su cuento o cuentos favoritos y a veces constituye un pequeño test explorar con el paciente cuáles son esos. Lo importante es que la elección de esos recursos se haga con finalidades terapéuticas en el momento en que, valga la redundancia, vengan “a cuento” realmente, atendiendo siempre a evitar posibles malentendidos o susceptibilidades, particularmente en casos de suspicacias paranoides o rigideces obsesivas. Del cuento, como de la metáfora, sólo se suele buscar una analogía parcial y no hace falta forzar las cosas para que cuadre todo, aunque a veces la lectura o interpretación creativa pueda añadir nuevas perspectivas interesantes desde el punto de vista terapéutico.

De forma genérica se puede pensar en multitud de casos donde la referencia a los cuentos tradicionales resulte plenamente adecuada para ayudar a comprender las situaciones por las que pasa el paciente. Por ejemplo, María se cuestiona constantemente sobre sus relaciones con los hombres, hasta el punto de llegar a pensar que no puede estar con ningún chico. Le asaltan con frecuencia pensamientos intrusivos de tipo destructivo hacia su pareja actual, a pesar de que reconoce que le quiere intensamente y que se siente querida y respetada igualmente por él. Sin

embargo, cuando él está de viaje piensa que puede tener un accidente y que ella se siente liberada, sueña con matarle o con separarse, los cuchillos de cocina le producen horror porque los asocia a la imagen de clavárselos. La tortura de tales pensamientos es tal que se plantea dejar la relación para no tener que sufrir. A veces esta tensión se descarga en discusiones absolutamente tontas, donde se un detalle sin importancia se vuelve un “*casus belli*”, sobre todo si hay alguna otra chica por en medio. Contextualizando la génesis de estos pensamientos aparecen con claridad los antecedentes familiares, el mito sobre los hombres “lobo”, gestado en su familia de origen. La madre, separada, atribuye todos sus males a un desgraciado matrimonio, donde se sentía maltratada e invalidada por el marido, terminando por buscar refugio en el alcohol. La hermana mayor, muerta víctima del sida, con quien María mantuvo durante largo tiempo una función de cuidadora, entró en el camino de las drogas duras a causa de una relación con un hombre que la llevó por el mal camino. La hermana mediana se hizo cargo de la hija de la mayor que dejó huérfana al morir, y ha evitado cualquier contacto íntimo con los hombres, desarrollando una relación homosexual. Nuestra paciente, la menor, se comporta con los hombres como si fuera una “caperucita” escarmentada, que intenta protegerse del lobo en sus relaciones con ellos, razón por la cual piensa en evitarlos o en liberarse de ellos matándolos. La posibilidad de leer los pensamientos intrusivos de María en la clave metafórica del cuento de la “Caperucita Roja” le ofrece la alternativa de reinterpretar sus síntomas de forma congruente con su historia y liberarlos de la carga intrusiva.

Al igual que con las metáforas también con los cuentos podemos encontrar algunos que nos sirvan para explicar el propio proceso de la terapia, como el de Nietzsche sobre el camello, el león y el niño. Estos tres personajes representan para Nietzsche tres estados del hombre:

- el estado del camello, de sumisión, victimismo, dependencia, ausencia de iniciativa;
- el león representa la rebelión, la lucha, la independencia solitaria;
- el niño nos remite a la naturalidad, la ingenuidad, la espontaneidad.

De este modo se puede concebir el inicio de la terapia como correspondiente al estado del camello en que la persona llega agotada, hundida, a veces de rodillas, con la carga de toda una historia de dolor y opresión encima; el proceso terapéutico será como un viaje por el desierto donde surgirá el león que se rebelará contra este pasado esclavizante representado por el camello; esta rebelión le permitirá conectar con el niño natural, espontáneo cuya fuerza ya no es la del aislamiento y el furor, sino la de la aceptación y la estima del niño sano.

A continuación y ante la imposibilidad de ser exhaustivos nos limitamos a relacionar una serie de dichos o proverbios citados más arriba con fábulas o cuentos que pueden ilustrarlos, los cuales a su vez se erigen en exponentes de las situaciones críticas por las que pasa el paciente. Las indicaciones que acompañan a cada uno de ellos tampoco son excluyentes, puesto que la casuística es prácticamente inagota-

ble; deben tomarse como sugerencias ejemplares de otras infinitas combinaciones. Mezclamos en ellas posibles situaciones con sus cuentos y moraleja correspondiente en forma de refrán.

Puede suceder, en efecto, que un paciente se vea en la situación de:

- a) plantearse problemas de conciencia por excesivo rigor, coartar la espontaneidad por criterios absurdamente estrictos, reprimir la bondad natural en aras de las normas externas, en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento Zen “Los monjes y la joven del kimono” “*Haz el bien y no mires a quién*”:
- b) considerarse desgraciado por alguna pérdida, atribuir el propio estado a la mala suerte, desesperar antes de hora, en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento taoísta “El granjero y su caballo” “*No hay mal que por bien no venga*”:
- c) hacerse cargo de algo que no le toca, pero en lo que se implica por dejadez de un tercero, en claro detrimento de sus propios intereses, en ese caso puede serle útil la fábula hindú “El perro y el burro” “*Meterse en camisa de once varas*”:
- d) querer contentar a todo el mundo o hacer caso de lo que la gente dice para evitar la crítica, consiguiendo el efecto contrario, en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento de “El padre, el hijo y el burro” “*Ande yo caliente y riase la gente*”
- e) mostrarse obsesivo con la limpieza y el orden en detrimento de la naturalidad y la disponibilidad para otras cosas en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento Zen “El novicio escrupuloso” “*A veces, lo mejor es enemigo de lo bueno*”
- f) espantarse por las propias emociones, intentando controlarlas en exceso por considerarlas inadecuadas o impropias de uno (alexitimia), en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento Zen “El monje imperturbable”
- g) sentirse desanimado ante las dificultades para remontar una situación difícil, que sólo se consigue con la constancia, en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento de “Las dos ranas en un establo”. “*La gota orada la piedra*”.
- h) esperar a que sean los otros quienes tomen la iniciativa o responsabilidad para resolver las cosas en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento de “Las tres ranas”. “*El infierno está lleno de buenas intenciones*”.
- i) alimentar los sentimientos de odio o rencor en una relación en ese caso puede serle útil la fábula o el cuento de “Los dos lobos”. “*Siembra vientos y recogerás tempestades*”

Y así, indefinidamente...

Explicar estos cuentos en sesión depende de distintas variables. La primera de todas es si el conocimiento es compartido o no con el paciente, lo que requiere

cerciorarse antes de darlo por supuesto; incluso a veces hay que comprobar que la versión compartida sea la misma, a fin de no dar lugar a malentendidos. Pero aún en el caso que el paciente conozca bien el mito, fábula o cuento, en ocasiones puede ser adecuado volver a contarlos total o parcialmente para poder subrayar algún aspecto, imagen o situación que pueda resultar especialmente ilustrativo del tema que se está tratando.

Atendiendo a su valor paremiológico nos hemos atrevido a referir algunos cuentos, parábolas o fábulas, reproducidos en el anexo (véase), que pueden “venir a cuento” a propósito de determinadas experiencias que se están trabajando en terapia y que no suelen ser de dominio general en nuestra cultura. Hemos citado más arriba, por ejemplo, el cuento taoísta “El granjero y su caballo” para ilustrar el refrán “*No hay mal que por bien no venga*” ante acontecimientos que el paciente considera una desgracia sin concederse como mínimo el privilegio de la duda.

El relato completo de estos cuentos se halla en el anexo en el apartado “relatos tradicionales”, siguiendo un criterio alfabético que prescinde del artículo inicial. Hemos omitido también, por razones de espacio la reproducción de aquellos relatos, fábulas, cuentos o parábolas que se supone son de dominio común, como el cuento de “La lechera”, “La Caperucita Roja”, “La Cenicienta” o “Blancanieves y los siete enanitos”, así como de las parábolas del Evangelio que imaginamos de sobras conocidas. Hemos reproducido en cambio, algunos relatos que pertenecen a tradiciones menos próximas a nuestra cultura occidental, a fin de facilitar su acceso al lector. Como quiera que existen versiones diversas de los mismos relatos hemos confeccionado una que sea fácilmente recordada. Evidentemente, tampoco aquí la muestra pretende ser exhaustiva, ni definitiva, sino meramente ilustrativa

ANEXOS

Hemos dividido la exposición en dos grandes bloques en referencia a su autoría:

- A) aquellos cuyo autor es conocido y han sido publicados bajo su nombre, que hemos denominado “Cuentos de autor”
- B) los provenientes de tradiciones orales de distintas fuentes que, aunque hayan sido recogidos y publicados por distintos coleccionistas continúan atribuyendo su origen a autores desconocidos y a los que hemos denominado “Cuentos tradicionales”

A) CUENTOS DE AUTOR

Alquimista, El

“El Alquimista” es un libro publicado inicialmente en Brasil en 1988 por Paulo Coelho. La obra trata de la vida y aventuras de Santiago, un joven de 18 años aproximadamente, cuyo deseo por viajar lo llevó a ser pastor. Son las peripecias de

un héroe que busca su tesoro lejos de su hogar para luego regresar a él y hallarlo en su propia morada, sufriendo durante el viaje una profunda transformación en su visión del mundo y la realidad. El libro versa sobre los sueños y los medios que utilizamos para alcanzarlos, sobre los azares de la vida y las señales que se presentan a lo largo de la misma (saber comprender, observar dichas señales, etc.).

Es una perífrasis del cuento “Historia de dos que soñaron” de Jorge Luis Borges, que a su vez es una perífrasis de un texto tomado de “Las mil y una noches” (noche 351) que reza así:

“Cuentan los hombres dignos de fe que hubo en El Cairo un hombre poseedor de riquezas, pero tan magnánimo y liberal que todas las perdió menos la casa de su padre, y que se vio forzado a trabajar para ganarse el pan. Trabajó tanto que el sueño lo rindió una noche debajo de una higuera de su jardín y vio en el sueño un hombre empapado que se sacó de la boca una moneda de oro y le dijo:

- Tu fortuna está en Persia, en Isfaján; vete a buscarla.

A la madrugada siguiente se despertó y emprendió el largo viaje y afrontó los peligros de los desiertos, de las naves, de los piratas, de los idólatras, de los ríos, de las fieras y de los hombres. Llegó al fin a Isfaján, pero en el recinto de esa ciudad lo sorprendió la noche y se tendió a dormir en el patio de una mezquita. Había, junto a la mezquita, una casa y por el decreto de Dios Todopoderoso, una pandilla de ladrones atravesó la mezquita y se metió en la casa, y las personas que dormían se despertaron con el estruendo de los ladrones y pidieron socorro. Los vecinos también gritaron, hasta que el capitán de los serenos de aquel distrito acudió con sus hombres y los bandoleros huyeron por la azotea. El capitán hizo registrar la mezquita y en ella dieron con el hombre de El Cairo, y le menudearon tales azotes con varas de bambú que estuvo cerca de la muerte. A los dos días recobró el sentido en la cárcel. El capitán lo mandó buscar y le dijo:

- *¿Quién eres y cuál es tu patria?*

El otro declaró:

- *Soy de la ciudad famosa de El Cairo y mi nombre es Mohamed El Magrebi.*

El capitán le preguntó:

- *¿Qué te trajo a Persia?*

El otro optó por la verdad y le dijo:

- *Un hombre me ordenó en un sueño que viniera a Isfaján, porque ahí estaba mi fortuna. Ya estoy en Isfaján y veo que esa fortuna que prometió deben ser los azotes que tan generosamente me diste.*

Ante semejantes palabras, el capitán se rió hasta descubrir las muelas del juicio y acabó por decirle:

- *Hombre desatinado y crédulo, tres veces he soñado con una casa en*

la ciudad de El Cairo en cuyo fondo hay un jardín, y en el jardín un reloj de sol y después del reloj de sol una higuera y luego de la higuera una fuente, y bajo la fuente un tesoro. No he dado el menor crédito a esa mentira. Tú, sin embargo, has ido errando de ciudad en ciudad, bajo la sola fe de tu sueño. Que no te vuelva a ver en Isfaján. Toma estas monedas y vete.

El hombre las tomó y regresó a la patria. Debajo de la fuente de su jardín (que era la del sueño del capitán) desenterró el tesoro. Así Dios le dio bendición y lo recompensó y exaltó. Dios es el Generoso, el Oculto.”

Moraleja: La gente pasa gran parte de su vida buscando alguien que le diga lo que está bien o está mal. Buscan fuera lo que en realidad estuvo siempre dentro. La respuesta a tus preguntas las tienes siempre tú. No busques fuera, lo que está dentro de ti.

Caballero de la armadura oxidada, El

Escrita por Robert Fisher en inglés y publicada por primera vez en 1990, esta especie de parábola novelada ha tenido una gran difusión en diversos idiomas hasta el presente; la edición de 2006 que citamos en este artículo corresponde a la número 15 en castellano. Refleja el proceso de cambio de un ser humano que no expresa sus sentimientos. El protagonista, un caballero egocéntrico, no consigue comprender y valorar con profundidad lo que tiene, descuidando sin querer las cosas y las personas que lo rodean, de esta forma se va encerrando poco a poco dentro de su armadura, hasta que esta deja de brillar y se oxida, cuando se da cuenta, ya no puede quitársela. Prisionero de sí mismo, emprende entonces un viaje al final del cual, gracias a diversos personajes, logra deshacerse de la armadura que le había imposibilitado abrirse al mundo. Para ello realizará un viaje iniciático a través de los bosques de Merlín purificándose de sus pretensiones en los castillos del silencio, el conocimiento, la voluntad y la osadía hasta alcanzar la cima de la verdad que le permitirá desprenderse de la armadura.

Moraleja: es necesario liberarse de las barreras que nos impiden amarnos y conocernos a nosotros mismos para poder ser capaces de dar y recibir amor en abundancia, sin dejarnos influir por lo que los demás piensen sobre nosotros y confiar en la ayuda de las personas que amamos y nos aman.

Dios vuelve en una Harley

Relata la historia de Christine de 37 años, enfermera de profesión quien después de una apasionada relación con Michael es abandonada por él ante la inminencia del compromiso. Christine marcha durante 7 años a otra ciudad, con la esperanza de olvidarse de Michael. Cuando regresa a su antiguo puesto de trabajo, se produce un reencuentro con Michael, el cual durante este periodo de tiempo se ha casado. Christine desesperada se encierra en su rabia y decide, en adelante, preocuparse única y exclusivamente de sí misma y pasar de los hombres. En este

estado se encuentra con un hombre sentado en una Harley con quien entabla conversación, el cual resulta ser Dios, que ha venido a este mundo a ayudar a la gente. También le comenta que se habían interpretado mal sus normas y que, lo que iba a hacer ahora, era dar una lista personalizada a cada uno. Para Christine tenía seis mandamientos y que se iba a quedar una temporada con ella para asegurarse de que los asimilaba y comprendía. Estos mandamientos son los siguientes:

1. No levantes muros, pues son peligrosos. Aprende a traspasarlos.
2. Vive el momento, pues cada uno es precioso y no debe malgastarse.
3. Cuida tu persona, ante todo y sobre todo.
4. Prescinde del amor propio. Muéstrate tal y como eres, dando todo tu amor pero sin renunciar a ti misma.
5. Todo es posible en todo momento.
6. Sigue el fluir universal. Cuando alguien da, recibir es un acto de generosidad. Pues en esa entrega, siempre se gana algo.

Moraleja: El camino hacia la felicidad empieza y acaba en nosotros mismos

Juan Salvador Gaviota

Juan Salvador Gaviota es una fábula en forma de novela escrita por Richard Bach, sobre una gaviota y su aprendizaje de la vida y una exhortación a seguir un camino personal de superación. Publicada por primera vez en 1970 ha logrado una difusión enorme a través de sus múltiples traducciones y ediciones. Richard Bach se ha descrito como alguien que cree que seguramente los humanos y Dios, independientemente de la enorme diferencia que hay entre ambos, están compartiendo algo de gran importancia que los hace tener algo en común: “Tienes que comprender que una gaviota es una idea ilimitada de libertad, una imagen de la Gran Gaviota”

La novela cuenta la historia de Juan Salvador Gaviota, una gaviota que no está conforme con que su vida se limite a las disputas diarias por el alimento con sus compañeras gaviotas y quiere perfeccionar el arte de volar. Se esfuerza por aprender todo lo que puede, evitando competir con las demás, hasta que su actitud da como resultado su expulsión del grupo. En soledad, y más adelante entrando en otra bandada de gaviotas voladoras, vive practicando, aprendiendo y avanzando en su camino hacia la perfección, mientras lleva una vida feliz. Juan aprende las técnicas básicas y avanzadas en el arte de volar pero, aún más importante: aprende el sentido espiritual y trascendente de lo que significa volar, y por ende el significado de la existencia.

Juan entiende que el espíritu no puede ser realmente libre sin la capacidad de perdonar, y la manera de avanzar lo hace convertirse en maestro. Para ello regresa a “la Bandada de la comida” a compartir sus recién descubiertos ideales y la enorme experiencia que ahora posee, listo para la difícil lucha contra las normas actuales de la sociedad. La capacidad de perdón parece ser un imperativo para superarse a un

plano superior.

Moraleja: Busca la libertad total pero afronta las consecuencias que vayan con ella, aprende cada día más y trata de enseñar a los demás lo que has aprendido ya que puedes aprender de ellos y ellos de ti. No te sometas a algo que te “corte las alas”; busca siempre la manera de continuar luchando y aunque a veces parezca que todo el mundo te da de la espalda y estés solo siempre habrá alguien que persiga lo mismo que tú; verás que al final vas a conseguir en tu vida lo que sueñas si lo persigues con perseverancia y dedicación.

Monje que vendió su Ferrari, El

Robin Sharma, de padres indios, nacido en Canadá relata en este libro la historia de Julián Mantle, un prominente abogado que lo tenía todo en la vida (o al menos eso creía él), tras un infarto que lo puso al borde de la muerte, tomó la decisión de vender todas sus posesiones materiales e irse a la India en busca de iluminación.

Fue entonces cuando conoció a los Sabios de Sivana en una remota comunidad perdida en los Himalayas. Julián Mantle estudió junto a estos durante varios años y así consiguió lo que estaba buscando: las siete virtudes eternas de la vida esclarecida.

- Primera Virtud: dominar la mente.
- Segunda Virtud: perseguir el propósito.
- Tercera Virtud: practicar el kaizen (la mejora constante).
- Cuarta Virtud: vivir con disciplina.
- Quinta Virtud: respetar el tiempo propio.
- Sexta Virtud: servir desinteresadamente a los demás.
- Séptima Virtud: abrazar el presente.

Moraleja: En conjunto se trata de una hábil mezcla de elementos que suelen formar parte de las fábulas espirituales, las filosofías orientales, el pensamiento positivo, la meditación, etc. El mensaje clave es, como en la mayoría de casos: la felicidad está en nosotros, el dinero no hace la felicidad y en la vida se recoge lo que se siembra.

Profeta, El

Gibran Khalil Gibran es conocido en el mundo entero por un pequeño libro titulado *El Profeta*, publicado en 1923 y que luego ha sido traducido a multitud de idiomas. Una pequeña trama argumental, el próximo retorno del profeta Almustafá a su isla de origen, da pie al desarrollo de un discurso, a instancias de Almitra, la sacerdotisa, sobre “todo lo que existe entre el nacimiento y la muerte, según te ha sido mostrado”. Siguiendo este planteamiento el libro trata de una forma alegórica y con un estilo aforístico temas como el amor, el matrimonio, los hijos, las dádivas, la comida y la bebida, el trabajo, la alegría y la tristeza, la casa, el vestido, las compras y las ventas, el crimen y el castigo, las leyes, la libertad, la razón y la pasión,

el dolor, el conocimiento de uno mismo, la enseñanza, la amistad, la conversación, el tiempo, el bien y el mal, la oración, el placer, la belleza, la religión, la muerte, prácticamente todos los temas de la existencia humana. Sus imágenes son de una gran belleza y llenas de sugestión, como la de los padres, a los que compara a los arcos que impulsan las flechas, que son los hijos, hacia la exploración del mundo:

Vuestros hijos no son hijos vuestros. Son los hijos y las hijas de la Vida, deseosa de sí misma. Vienen a través vuestro, pero no vienen de vosotros. Y, aunque están con vosotros, no os pertenecen. Podéis darles vuestro amor, pero no vuestros pensamientos. Porque ellos tienen sus propios pensamientos. Podéis albergar sus cuerpos, pero no sus almas. Porque sus almas habitan en la casa del mañana que vosotros no podéis visitar, ni siquiera en sueños. Podéis esforzaros en ser como ellos, pero no busquéis el hacerlos como vosotros. Porque la vida no retrocede ni se entretiene con el ayer. Vosotros sois el arco desde el que vuestros hijos, como flechas vivientes, son impulsados hacia delante.

O bien las imágenes de las cuerdas del laúd, las columnas o la del ciprés y el roble al hablar del matrimonio:

Nacisteis juntos y juntos estaréis para siempre. Estaréis juntos cuando las alas blancas de la muerte esparzan vuestros días. Sí; estaréis juntos aun en la memoria silenciosa de Dios. Pero dejad que haya espacios en vuestra cercanía. Y dejad que los vientos del cielo dancen entre vosotros. Amaos el uno al otro, pero no hagáis del amor una atadura. Que sea, más bien, un mar movible entre las costas de vuestras almas. Llenaos uno al otro vuestras copas, pero no bebáis de una sola copa. Daos el uno al otro de vuestro pan, pero no comáis del mismo trozo. Cantad y bailad juntos y estad alegres, pero que cada uno de vosotros sea independiente. Las cuerdas de un laúd están solas, aunque tiemblen con la misma música. Dad vuestro corazón, pero no para que vuestro compañero lo tenga. Porque sólo la mano de la Vida puede contener los corazones. Y estad juntos, pero no demasiado juntos. Porque los pilares del templo están aparte. Y, ni el roble crece bajo la sombra del ciprés ni el ciprés bajo la del roble.

Moraleja: Todo el libro constituye una invitación a la reflexión sobre valores como la perseverancia, el sentido del buen trabajo, el amor al prójimo y a uno mismo, el verdadero significado de la oración, la tolerancia, el esfuerzo, la honradez y la templanza entre otros.

Principito, El

Antoine de Saint-Exupéry publicó “*Le Petit Prince*” en 1943 obrita traducida desde entonces a ciento ochenta lenguas, convirtiéndose en una de las obras más leídas de la historia. Aunque aparentemente se presenta como un cuento infantil, incluidos sus dibujos, constituye una parábola entre tierna y sarcástica de la

condición humana, a la vez que un canto a la ingenuidad de la infancia y al valor de la amistad.

Un aviador se encuentra perdido en el desierto del Sahara, después de haber tenido una avería en su avión. Entonces aparece un pequeño príncipe, proveniente de un pequeño planeta, de donde ha partido para explorar otros mundos. En este viaje conoce una serie de personajes, habitantes de otros tantos planetas: un rey (el carácter dominante), un vanidoso (el narcisista), un borracho (el dependiente), un hombre de negocios (el materialista), un farolero (el obsesivo) y un geógrafo (el estudioso), el cual le recomienda viajar a un planeta específico, la Tierra, donde entre otras experiencias (el encuentro con diversos personajes así como los diálogos con el zorro, la serpiente o la flor) acaba conociendo al aviador perdido en el desierto. A través de sus conversaciones el narrador pone de manifiesto su propia visión sobre la estupidez humana y la sencilla sabiduría de los niños que la mayoría de las personas pierden cuando crecen y se hacen adultos, convirtiéndose en eco vacío de sus roles.

Moraleja: No pierdas nunca el contacto con el niño que hay en ti. Él conoce el secreto del zorro: “sólo se ve bien con el corazón, lo esencial es invisible a los ojos”.

Voces del desierto, Las

Marlo Morgan, médico estadounidense, relata en este libro un viaje a pie por el desierto australiano en compañía de una tribu de aborígenes cuyas leyes de convivencia nada tienen en común con las nuestras. El aprendizaje fue duro, pues a lo largo de esta extraña peregrinación, la autora tuvo que desprenderse de sus antiguos hábitos para poder gozar al fin de una auténtica comunicación con la naturaleza.

La obra aparecida por primera vez en 1991 bajo el título *Mutant Message Down Under*, se introduce con cuatro pensamientos que encierran un profundo y emotivo contenido filosófico. Los tres primeros pertenecen a algunos de los aborígenes que compartieron con la autora esta envidiable aventura. El cuarto es una reflexión de la propia escritora Marlo Morgan.

“El hombre no teje la trama de la vida, no es más que una de sus hebras. Todo lo que le hace a la trama, se lo hace a sí mismo”.

“El único modo de superar una prueba es realizarla. Es inevitable”.

“Sólo cuando se haya talado el último árbol, sólo cuando se haya envenenado el último río, sólo cuando se haya pescado el último pez; sólo entonces descubrirás que el dinero no es comestible”.

“Nací con las manos vacías, moriré con los manos vacías. He visto la vida en su máxima expresión, con las manos vacías”.

Moraleja: No es más rico el que más tiene, sino el que menos necesita.

B) CUENTOS DE OTRAS TRADICIONES

Burro y el perro, El

Un hombre tenía un burro y un perro. Este último estaba muy harto y enfadado por la forma desconsiderada cómo le trataba su amo y decidió hacer huelga. El burro, preocupado, se opuso a la actitud del perro recriminándole dejar su trabajo que nadie más podría hacer por él. Una noche entraron los ladrones a casa del amo, pero el perro que estaba en huelga decidió no ladrar y el burro al ver la situación empezó a rebuznar para avisar al amo del peligro. Pero éste, enfadado porque los rebuznos del burro le habían despertado, bajó al establo y empezó a darle una paliza al burro hasta matarlo, mientras los ladrones pudieron huir sin ser vistos.

Moraleja: “Meterse en camisa de once varas” No te metas donde no te llamen. Si el perro hubiera ladrado el amo hubiera salido expectante, pero al meterse el burro a rebuznar se trastocó el orden de las cosas.

Granjero y su caballo, El

El hijo de un viejo granjero chino deja la verja del establo abierta y su caballo se escapa. Ahora no tiene nada; está completamente arruinado. Todos sus vecinos le dicen

“Qué mala suerte la tuya”.

El granjero por toda respuesta exclama:

“Quién sabe, quién sabe”.

Al día siguiente se observa una gran nube de polvo en el horizonte: es el caballo que vuelve al establo encabezando a un grupo de dieciséis caballos salvajes que le siguieron desde las montañas. El hijo cierra la verja del establo, y ahora el granjero tiene diecisiete caballos y se convierte en el hombre más rico del pueblo. Entonces todos los vecinos le dicen:

“Parece que al final fue un golpe de suerte que el caballo se haya escapado”.

De nuevo, el granjero comenta:

“Quién sabe, quién sabe”.

Al día siguiente su hijo intenta domar a uno de los caballos. El caballo le tira y se rompe una pierna, por lo que no puede ayudar a su padre en la granja. El invierno se acerca y el anciano se encuentra con un serio problema. Todos los vecinos vuelven otra vez y le dicen:

“¡Oh! en el fondo fue una desgracia. Ahora tienes los caballos pero no tienes a tu hijo para que te ayude, y ésta es una situación terrible”.

El padre no cesa de repetir:

“Quién sabe, quién sabe”

Al día siguiente aparece de nuevo una nube de polvo en el horizonte: es un destacamento del ejército que viene a reclutar a todos los jóvenes del pueblo para

luchar en una guerra suicida. Es posible que ninguno de ellos regrese a casa. Sin embargo el hijo del granjero es excluido de la leva porque tiene la pierna rota. Así que los vecinos vuelven a comentar la buena suerte del granjero. A lo que el buen hombre se limita a contestar:

“Quién sabe, quién sabe”

Moraleja: No hay mal que por bien no venga

Elefante del circo, El

Había una vez un elefante en un circo que durante la función hacía gala de su peso su tamaño y su fuerza, pero después de la función permanecía atado a una pequeña estaca con una cadena y aunque parecía gruesa era obvio que un animal con su fuerza podría liberarse de ella con facilidad. No huía porque desde pequeño tenía su pata atada con una cuerda a una estaca y aunque al principio lo intentó muchas veces desatarse sin conseguirlo, agotado decidió resignarse a su destino. El elefante enorme y poderoso no escapa porque cree que no puede. Tiene grabada la impotencia que sintió después de nacer y jamás intentó volver a poner a prueba su fuerza. Cuando es mayor sigue atado porque ya no luchó más, sin pensar que siendo mayor seguramente con mover la pata se soltaría con facilidad.

Moraleja: Todos somos un poco como el elefante. Vamos atados a cientos de estacas que nos quitan libertad. Vivimos pensando que no podemos hacer muchas cosas simplemente o porque alguna vez lo intentamos y nunca pudimos y nos decimos nunca pude y nunca podré (indefensión aprendida). La única forma es volver a intentarlo de nuevo.

Lobos, los dos

Un viejo cacique de una tribu conversaba con sus nietos acerca de la vida y les dijo:

*“¡Una gran pelea está ocurriendo dentro de mí!... ¡es entre dos lobos!
Uno de los lobos es maldad, odio, temor, ira, envidia, dolor, rencor,
avaricia, arrogancia, culpa, resentimiento, inferioridad, mentiras, orgullo,
egolatría, competencia, superioridad... El otro es bondad, alegría,
paz, amor, esperanza, serenidad, humildad, dulzura, generosidad,
comprensión, benevolencia, amistad, empatía, verdad, compasión y fe...
Esta misma pelea está ocurriendo dentro de vosotros y dentro de todos los
seres de la Tierra”.*

Después de unos minutos de silencio, uno de los niños le preguntó a su abuelo:

“¿Y cuál de los lobos crees que ganará, abuelo?”

El viejo cacique respondió, simplemente:

“El que más alimentos.”

Moraleja: “Siembra vientos y recogerás tempestades”

Monje imperturbable, El

En un monasterio había un anciano monje ante el cual los jóvenes novicios se sentían intimidados; no porque fuera severo con ellos, sino porque nada parecía perturbarlo o afectarlo nunca. Así, veían en él algo inquietante y le temían. Al fin sintiendo que no podían soportar más esa situación, decidieron ponerlo a prueba. Una oscura mañana de invierno, cuando era tarea del anciano llevar la ofrenda del té a la sala del Fundador, el grupo de novicios se ocultó en un recodo del largo y sinuoso corredor que a ella llevaba. Al pasar el anciano, salieron de su escondite dando alaridos como una horda de demonios. Sin que su paso vacilara, el anciano siguió andando con calma, llevando cuidadosamente el té. En la siguiente vuelta del corredor, como él bien sabía, había una mesita. Se dirigió hacia ella en la oscuridad, depositó la taza, la cubrió para protegerla del polvo, y entonces, apoyándose sobre la pared, se desahogó con exclamaciones del susto:

- *¡Uff, Uff, qué susto!*

Moraleja: Un maestro del Zen, al relatar esta anécdota, comentaba:

- *Se ve, pues, que no tienen nada de malo las emociones, sólo que no debe dejarse que nos arrastren o perturben*

Monjes y la joven del kimono, Los

Dos monjes novicios de diferentes edades viajaban de vuelta hacia el monasterio, hablando animadamente y caminando a paso ligero cuando llegaron a un vado para cruzar el río. Frente al vado se hallaba paralizada una hermosa joven, ataviada con su impoluto kimono, que no se atrevía a atravesarlo a causa del caudal que llevaba el río. Sin dudarlo ni un momento, el monje más joven cogió a la bella muchacha en brazos y la dejó a salvo en la otra orilla, despidiéndose cortésmente de ella.

Los monjes prosiguieron su viaje, caminando esta vez en hermético silencio. Cuando habían transcurrido varias horas y ya se divisaba el monasterio en el horizonte, el monje mayor despegó los labios para increpar al monje más joven:

- *¿Es que has olvidado nuestras reglas? Nos está estrictamente prohibido rozar a mujer alguna, ¡cuánto menos cogerla en brazos! ¿Cómo te has atrevido?*

A lo que el más joven repuso:

- *Aquella mujer necesitaba ayuda para atravesar el río. Con toda naturalidad la tomé en mis brazos para ponerla a salvo y la dejé en tierra firme. Yo ya no me acordaba de ella; yo la he llevado en mis brazos, sin embargo, tú todavía la llevas en tu cabeza.*

Moraleja: “Haz el bien y no mires a quién”

Novicio escrupuloso, El

Un novicio tenía a su cuidado el mantenimiento de un pequeño templo. Llevado por su celo monacal dedicaba la mayor parte de las horas del día a la limpieza y el orden tanto del interior como del exterior del templo. Ante la noticia de que el maestro de los novicios iba a visitarle aquel día su celo se extremó aún más: limpió con sumo cuidado todos los rincones, abrigó las partes metálicas de estatuas, candelabros y manijas de las puertas; repasó con especial cuidado todos los recovecos del jardín, recogiendo una por una todas las hojas que pudiera haber esparcidas por el suelo. Una vez terminada su tarea se sentó sobre las gradas que daban acceso al pequeño templo en actitud de humilde espera, manteniendo no obstante ojo avizor para detectar cualquier alteración que pudiera producirse mientras tanto, particularmente alguna hoja que pudiera caer del árbol o que pudiera traer el viento. En esta situación se presentó de improviso el anciano maestro, al que el monje saludó respetuosamente. Después de dirigir su mirada circunspecta por todo el entorno, se acercó el maestro de novicios, apoyado en su báculo, a un tilo que presidía el jardín y dándole una sacudida al árbol con la punta de su cayado, dijo por toda palabra:

- “¡Ahora!”,

y se alejó mientras algunas hojas del tilo iban cayendo balanceándose suavemente sobre el suelo.

Moraleja: “A veces lo mejor es enemigo de lo bueno”

Padre, el hijo y el burro, El

(Existen varias versiones de este cuento. Nosotros hemos preferido la versión escrita por el infante Don Juan Manuel entre 1330 y 1335, recogida en el Conde de Lucanor, que hemos recuperado en un castellano actualizado)

- LUCANOR: ¡Patronio! Tú que siempre me has aconsejado con sabiduría y prudencia, escúchame con atención y dime luego lo que te parece mejor que haga.

- PATRONIO: Hablad, señor Lucanor, que yo os prometo aconsejaros según mi entendimiento y mi conciencia me dicten.

- LUCANOR: Es el caso, Patronio, que yo me esfuerzo día y noche en servir a mi pueblo, pero por más que hago, nunca consigo su aprobación. Ya actúe de una manera, ya de la contraria, siempre soy criticado. Esto me trae desde hace unos días inquieto y confundido, pues pienso que no sirvo para gobernar. ¿Qué piensas tú de esto?

- PATRONIO: Lo que has dicho, señor, me trae a la memoria lo que sucedió a dos labradores cuando iban en un burro a la feria.

- LUCANOR: ¿Cómo fue eso?

- PATRONIO: He aquí el cuento.

“Iban una vez dos labradores, padre e hijo, a la feria con un burro. El padre iba montado en el burro, y el hijo a pie. Y sucedió que, pasando por un

pueblo la gente comentaba...

- “*¡Fíjate qué padre desnaturalizado! Su pobre hijo a pie y él tan campante, montado en su jumento*”.

- EL PADRE: *Hijo, será mejor que montes tú y vaya yo a pie...*

- PATRONIO: Pero sucedió que, pasando por otro pueblo decían unos a otros:

- “*¡Qué barbaridad!, ¿Has visto alguna vez tal falta de consideración? ¡El pobre viejo a pie y el joven cabalgando en el burro, tan tranquilo! La verdad es que no sé cómo no le da vergüenza:*”.

- EL HIJO: *Padre, ¿qué te parece si montamos los dos?*

- EL PADRE: *Sí hijo; creo que es una buena idea.*

- PATRONIO: Así pues lo hicieron. Y de este modo, montados los dos en el burro, pasaron por otro pueblo y también oyeron murmurar a quienes les contemplaban

- “*A eso le llamo yo tener compasión. ¡Un burro tan flaco y esos dos montados en él, con lo gordos que están! ¡Qué cosas se ven en el mundo!*”

- EL PADRE: *¿Qué te parece si fuéramos los dos a pie?*

- EL HIJO: *Sí, creo que es lo más prudente.*

- PATRONIO: Desmontaron los dos y pasaron al fin por otro pueblo, donde la gente se reía exclamando:

“*¡Fíjate! Ésos dos a pie y el burro detrás, tan campante! En verdad, no se sabe cuál es el más burro de los tres...*”

- EL PADRE: *¿Tú entiendes esto, hijo mío?*

- EL HIJO: *Yo qué he de entender, ¡padre! Sólo nos falta llevar el burro a costillas, y aun así me parece que no daremos gusto a la gente...*

Moraleja:

Este cuento, señor conde Lucanor, le enseñará que lo mejor es que haga las cosas según su conciencia, sin hacer caso de la opinión de los demás.

Pelar el melocotón

Un novicio emprende un largo viaje para recibir las enseñanzas de un famoso maestro. Al llegar a las puertas de la casa del maestro, éste sale a su encuentro y le acoge con afectuosa atención. En consideración al cansancio de su largo viaje le ofrece un poco de comida, un jugoso melocotón, y le pregunta si quiere que se lo rebane, a lo que el discípulo responde que sería un gran honor para él. Una vez pelado el melocotón, el maestro le propone cortárselo, a lo que el discípulo corresponde con muestras de gran satisfacción. Finalmente el maestro le interroga: ¿quieres que te lo mastique? A lo que el discípulo, sorprendido y azorado, le responde que no.

Moraleja: Mucha gente espera en terapia que le den la solución masticada. El terapeuta puede ayudarte a desvelar el significado del problema (pelar el meloco-

tón), comprenderlo y desmenuzarlo (cortarlo). Pero lo has de solucionar tú (mastigarlo).

Ranas en un establo, Dos

Dos ranas se habían metido saltando desde la alberca en un establo de vacas. Al verlas correr por allí la dueña del establo les dio un escobazo, de modo que fueron a caer en un cubo de leche. Ambas empezaron a mover las patas para poder escapar de allí, pero una se desanimó al cabo de un rato, porque no podía más, y pensó que si igual tenía que morir se no tenía sentido prolongar más este sufrimiento estéril, por lo que dejó de patear y se hundió, ahogándose. Pero la otra fue más persistente, estuvo toda la noche moviendo sus patas, y aunque se acercaba la muerte prefería luchar hasta el último aliento. Y de pronto de tanto patear y batir las ancas se dio cuenta que la leche se había convertido en mantequilla, lo que le permitió dar un salto y salir del cubo.

Moraleja: “A Dios rogando y con el mazo dando” “La gota orada la piedra”. La constancia y la resiliencia acaban venciendo la dificultad. No hay que rendirse a la primera.

Tres ranas, Las

Tres ranas estaban en un estanque helado, descansando encima de una hoja. Pero un buen día, empezó el deshielo y las ranas deliberaron que era imposible que la hoja pudiera sostener a las tres, por lo que acordaron unánimemente que una de ellas, sin determinar cuál, tendría que saltar... ¿Cuántas ranas quedaron en la hoja?... Las tres, por lo que, al final, cuando el deshielo se completó, todas cayeron en las frías aguas.

Moraleja: “Del dicho al hecho hay un buen trecho” “El infierno está lleno de buenas intenciones”

Entre los diversos recursos analógicos de tipo discursivo que pueden utilizarse en terapia hemos escogido los mitos, cuentos y leyendas. Su carácter analógico los hace especialmente útiles para completar la toma de conciencia sobre determinados aspectos que se desea trabajar. La selección aquí presentada tiene sólo un carácter indicativo e ilustrativo, dejando a la creatividad del terapeuta la posibilidad de recurrir a otros muchos o incluso de inventarse para la ocasión.

Palabras clave: metáfora, mitos, cuentos, leyendas, psicoterapia

Referencias bibliográficas

- Bach, R. (2003). *Juan Salvador Gaviota*. Barcelona: Ediciones B
- Brady, J. (1995). *Dios vuelve en una Harley*. Barcelona: Ediciones B
- Bucay, J. (2005). *Déjame que te cuente*. Barcelona: RBA
- Coelho, P. (2008). *El alquimista*. Barcelona: Planeta
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza, Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino
- Fisher, R. (2006). *El caballero de la armadura oxidada*. Barcelona: Obelisco
- Gibran, K.G. (2009). *El Profeta*. Barcelona: Obelisco
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: Chicago University Press (trad. cast.) 1986. Metáforas de la vida cotidiana. Madrid: Cátedra.
- Lakoff, George y Mark Johnson. 1999. *Philosophy in the Flesh. The Embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.
- Linares, J. L., Pubill, M. J. y Ramos, R. (2005). *Las cartas terapéuticas*. Barcelona: Herder
- Morgan, M. (2004). *Las voces del desierto*. Barcelona: Ediciones B
- Mallor, P. (2006). Relaciones de dependencia ¿cómo llenar un vacío existencial? *Revista de Psicoterapia*, 68, 65-88
- Ribas, G. (2009). Un caso de insomnio. ¿Qué hay detrás de los síntomas? *Revista de Psicoterapia*, 77, 133-147
- Rivero García, F. (2011). *De Prometeo a la guerra de Troya. Un nuevo viaje por los mitos griegos*. Madrid: Alianza Editorial
- Robin, S. (2002). *El monje que vendió su Ferrari*. Barcelona: Plaza y Janés
- Saint-Exupéry, A. (2000). *El principito*. Barcelona: Salamandra
- Verghese, A. (2010). Cuidar a una persona es como cuidar a todo el mundo. En Inma Sanchís, *La Contra de la Vanguardia* 31/03/2010
- Villegas, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- Villegas, M. (1993a). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87
- Villegas, M. (1993b). Las disciplinas del discurso: hermenéutica, semiótica y análisis textual. *Anuario de Psicología*, 59, 19-60.
- Villegas, M. (1995). La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 22/23, 5-19
- Villegas, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 26/27, 25-78
- Villegas, M. (2000). *Análisis del discurso en psicoterapia*. Urbino (Italia): Quattro venti. Villegas, M. (2002). Textual analysis of Therapeutic Discourse. En Robert A. Neimeyer & Greg J. Neimeyer (Eds.) *Advances in Personal Construct Psychology. New Directions and Perspectives*. Westport, CT.: Praeger
- Villegas, M. (2003). Hermenéutica textual del discurso en psicoterapia. En Isabel Caro (Ed.) *Psicoterapias Cognitivas. Evaluación y comparaciones*. Barcelona: Paidós
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Ricci, M. (1998). El discurso onírico: Aplicaciones de las técnicas de análisis textual a los sueños en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 34/35, 31-92
- Villegas, M. y Nicolò, G. (2003). Análisis poliédrico de una entrevista: el caso Laura. *Revista de Psicoterapia*, 53, 29-54
- Villegas, M. y Mallor, P. (2010). Consideraciones sobre la terapia de pareja: a propósito de un caso. *Revista de Psicoterapia*, 81, 37-106.



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

www.centroitaca.com
centroitaca@gmail.com

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ANALÓGICOS COMO MEDIADORES EN EL TRABAJO EMOCIONAL

Dra. María José Pubill

The analogical resources of verbal and nonverbal nature are powerful instruments for facilitating the emotional work in psychotherapy. They are useful for the elaboration of traumatic experiences, and help in closing them. They are very suitable mediators for the exploration of the emotional world, thanks to its picturesque and versatile nature.

Keywords: Emotions, analogical resources, traumatic experiences, psychotherapy

La importancia de los cuentos no viene dada por el hecho de que nos subrayen que los dragones existen, sino por que nos recuerdan que siempre somos capaces de vencerlos.

Las emociones tienen un papel destacado en cualquier proceso de transformación psicoterapéutico, ya sea de forma explícita porque se trabaje con ellas como objetivo y objeto de intervención en la psicoterapia, ya sea de forma implícita por que, a través del cambio desde el nivel de intervención correspondiente, se las active, y su aparición en escena conduzca a la plasmación de un salto cualitativo en el funcionamiento del cliente.

Ahora bien, hay momentos en que el proceso terapéutico se queda estancado y detectamos que cualquier tipo de técnica consigue sólo una eficacia superficial. Es en ese momento en el que las emociones toman un papel prioritario. Trabajemos desde la posición que trabajemos ¿cuándo podemos considerar que es ineludible intervenir emocionalmente? Se hace una intervención específicamente dirigida a la emoción cuando **el proceso de cambio está bloqueado ante una emoción que no se conoce, no se entiende, no se expresa y/o no se reconoce si se expresa.**

Ya sabemos que nos podemos haber quedado en zonas madurativas a nivel emocional diferentes, según las áreas de nosotros mismos que se pongan en juego. Eso tiene que ver con bloqueos en etapas madurativas, es decir, con dificultades en las fases de transición de una etapa evolutiva a otra.

Sabemos que en el ciclo vital individual, de pareja o familiar existen diferentes etapas. Cada una de ellas acompañadas de conflictos y negociaciones y pruebas a

superar. También sabemos que, si una etapa no se resuelve bien, es posible que el paso a la siguiente etapa no se dé o se dé de forma “virtual”, es decir sólo se manifieste aparentemente, o se quede encallado en la fase de transición, a través de síntomas

María Luisa es una mujer de 50 años, casada y con dos hijos de 20 y 25 años. Aparece en consulta tras ser diagnosticada de fibromialgia. Su demanda tiene que ver con entender y controlar su dolor. Al comenzar a hablar, relata su estrecha relación con su familia de origen, su necesidad continua de aprobación por parte del padre y el deseo de captar la atención por parte de su madre. Al cabo de un rato comenta **“no sé si me duele más el dolor físico o el dolor de no saber si me querrían si no fuera tan obediente y perfecta ¿Mi dolor me dice que ya no puedo más, que ya no quiero ser obediente ni perfecta, sólo quiero ser yo?”**

María Luisa es una mujer que ha seguido con su vida aparentemente, pero sigue enclaustrada en la etapa de la infancia, buscando la aprobación de sus padres, lo que ha bloqueado la construcción, en algunas áreas de su funcionamiento, de una identidad propia e idiosincrática.

Esos bucles emocionales que nos pueden haber atrapado en el tiempo, ha podido hacerlo por motivos:

- **Individuales:** por los llamados *bucles evolutivos*, es decir por situaciones traumáticas o no traumáticas no resueltas, bien por falta de herramientas, bien por problemas de funcionamiento interno.
- **Familiares:** sucede en familias con *disfuncionalidad en ciertas áreas*, que no pueden transitar a la etapa siguiente del ciclo vital, y que por ello, atrapan a algún miembro en síntomas homeostáticos, que perpetúan juegos familiares que los hacen sentirse seguros.

Evidentemente, la historia de nuestras *vinculaciones relaciones* con las figuras de apego interviene de forma relevante en esos bucles emocionales, tanto si los motivos son individuales como familiares. El hecho de que no nos hayan dado la suficiente seguridad y confianza en nosotros mismos y en el mundo, confluye en **carencias emocionales** que muchos definen como *agujeros negros*, en los que si caemos nos manejan y provocan:

1. Emociones que no controlamos (ejemplo, rabia descontrolada ante una pequeña descalificación: “Mira que has sido tonta, al dejar ese equipo tan maravilloso con el que trabajabas” –dice un compañero de trabajo cariñosamente, valorando el trabajo de su colega -. “¡No te atrevas jamás a decirme tonta, gilipollas!” – responde con rabia la primera)
2. Creencias que ayudan a justificar nuestra postura en las relaciones (ejemplo, apartarse de una relación de amistad, cuando tu amigo-a empieza a

relacionarse con otra gente. “*Ya sé que va a preferir a otros. Me aparto porque no me gusta competir*”. En realidad, ¿tiene miedo a no ser escogida?)

3. Valores nucleares muy importantes sobre el mundo y nosotros mismos (“*La razón tiene que tener supremacía. Las emociones no me han de manejar nunca. Son dañinas*”): demanda “No soy capaz de enamorarme”. Hecho relevante en su historia vital: a los 5 años vio una escena en que su madre, que pasaba una depresión, se autoagredía)

La mayoría de nuestros clientes intentan **no detectar ese bloqueo**, poniendo en juego una sofisticada gama de tramas defensivas, como la racionalización, la no comprensión de la propia conducta, la ansiedad por un exceso de control emocional, las huidas hacia delante, la proyección de las propias emociones en los demás, la repetición de situaciones no resueltas, la disociación. Es cierto que, durante un tiempo, pueden funcionar bastante adecuadamente en algunas áreas. También es cierto que la psicoterapia puede solucionar algunas de sus dificultades sin rozar esos bloqueos. Ahora bien cuando la sintomatología no desaparece o su funcionamiento prioritario, problemático y transversal en el tiempo no cambia, sin duda la terapia no tiene más remedio que intervenir y abordar las emociones con *el fin de conocer, explicitar, elaborar, transformar y flexibilizar el mundo emocional del cliente, recolocando su historia vital y dando un nuevo sentido a la narrativa que ha construido sobre si mismo y su vida*. Por ello, trabajar con las emociones es ayudar a iluminar esos agujeros negros, construyendo puentes que permitan a nuestros clientes transitar de un lado del agujero al otro, sin el pavor de caer en el abismo de sus dificultades.

Ahora bien, a la mayoría de las personas les da miedo entrar en el tema de las emociones ya que creen que:

- Sentir las emociones *les producirá dolor* y que no serán capaces de soportarlo
- Sentir las emociones provocará que *se sientan malos o diferentes a los demás o demasiado iguales a alguien que no les gusta*.
- Sentir las emociones les hará *sentir culpables* por sentir cosas que no deberían sentir en contextos temporales, vitales que están atravesando.

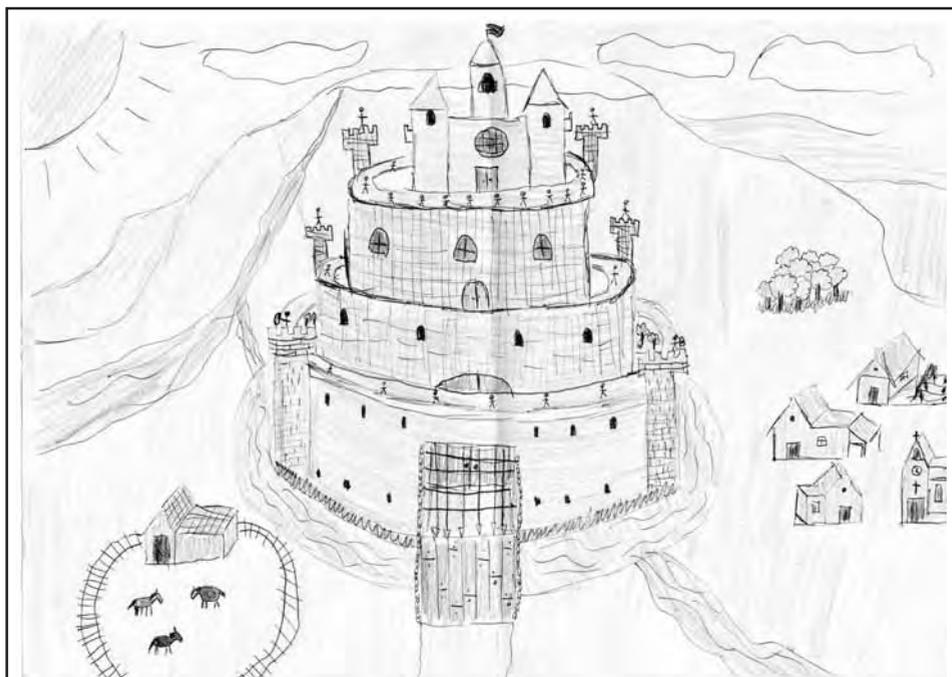
Todo ello puede influir en que, cuando en el contexto psicoterapéutico se intente utilizar una técnica de trabajo emocional, el nivel de implicación del cliente sea bajo y la intervención quede reducida a una mera exploración de tipo cognitivo, por lo cual la eficacia técnica queda mermada notablemente.

Precisamente por este motivo, el **uso de lo analógico como mecanismo intermediario** es una estrategia efectiva en este tipo de casos. Vemos su utilización en diferentes momentos del trabajo emocional.

El uso de lo analógico como elemento preparatorio del trabajo emocional

En personas con una experiencia emocional demasiado intensa y/o traumática, puede que el trabajo emocional necesite una preparación previa. Por tanto, dirigiremos parte de la primera fase del tratamiento a esa preparación con tareas en casa complementadas trabajo cognitivo, estratégico o relacional en las sesiones. Una buena tarea de inicio es hacerle dibujar algo que esté en relacional con sus dificultades emocionales y darles voces a nivel narrativo (veremos un ejemplo en el próximo apartado) o bien trabajar el dibujo a nivel hipnótico.

Javier es un joven de 24 años que aparece en consulta porque siente que cada vez esta más cerrado en si mismo. Sufrió bullying en los estudios de primaria masivamente y, en el instituto, de una forma menos generalizada. Nunca ha hablado de ello con nadie y cree que se ha esforzado mucho en superar síntomas de fobia social. Ahora bien, nota que le cuesta comprometerse en las relaciones y que no confía en nadie. Viene porque se nota “demasiado racional”. Su postura es estirada y rígida. Sonríe y tiene buen contacto relacional. Debido a su demanda y como se presenta, se hipotetiza que quizás una técnica indirecta para abordar su dificultad será, de entrada, más efectiva y por ello, se le indica como tarea para la próxima sesión que dibuje como *siente su corazón*. Trae el siguiente dibujo (cuadro 1).



Cuadro 1.- Tarea de Javier sobre “Como sientes tu corazón”

Cuando trae el dibujo y lo presenta, comenta que es como el castillo de “El Señor de los Anillos 3”, consta de tres plantas; todas las puertas están cerradas y en las murallas de cada una de las plantas, se encuentran vigilando guardias. Todos tienen la cara del cliente. Bajo el castillo, hay un sótano y subsótano. Se le propone explorar el castillo en un estado de relajación profundo (semi-hipnótico). Le parece adecuado y empezamos.

Tras relajarlo y hacerle una inducción hipnótica, relata lo siguiente:

“Llego al valle en un caballo blanco. La gente me mira. No tengo miedo pero siento un poco de vergüenza. Me siento diferente. La puerta principal del castillo está abierta y puedo traspasar el foso de la fortaleza. Dejo mi caballo atado en el patio principal. Los guardias me miran amenazantes, apuntándome con las lanzas. Intento abrir la puerta del primer nivel. La empujo y se abre con facilidad. Encuentro una gran sala. No hay nada, solo dos puertas, una que va hacia la derecha y otra que va hacia la izquierda.

- *¿Cuál quieres coger? – pregunta la terapeuta*
- *El de la izquierda (¿Hemisferio izquierdo?). Es un camino despejado, iluminado. Lleva a una pequeña sala con una gran ventana, que tiene buenas vistas al valle (¿el mundo del lenguaje racional y el control?). En esta sala me siento tranquilo y seguro. Me siento a descansar un rato. No percibo nada...Me siento dormido...*
- *¿Necesitas algo de esta habitación o puedes continuar con la visita?*
- *Puedo continuar. Deshago el camino y cojo el camino de la derecha. Está oscuro y el suelo está lleno de calaveras. El que ha intentado entrar aquí antes, ha perecido (!!!). Encuentro una antorcha y la enciendo. Ahora veo mejor. Llego a una puerta. No la puedo abrir*
- *Mira alrededor tuyo, a ver si encuentras alguna llave...- sugiere la terapeuta*
- *Sí, aquí hay una...Me cuesta un poco abrir la puerta. La cerradura está oxidada pero ya...Es una sala muy oscura y triste. Sólo hay una estantería con un libro, una mesa con un cofre, y una silla...Hay un tapiz que cubre la ventana.*
- *Intenta sacarlo y abrir la ventana...-propone la terapeuta*
- *No puedo...Está muy alto y no tengo escalera...Miro el libro...Lo abro...Dice “Necio,, tonto...Idiota...” Lo cierro de golpe.*
- *¿Cómo te sientes? – interroga la terapeuta*
- *Así...Como un idiota...El libro dice como me siento...- cambia el tono de voz hacia uno más firme -Voy hacia la mesa y abro el cofre. Hay una carta de póker. Es el joker. Se ríe de mí...Me siento fatal...*
- *A que te recuerda...- pregunta la terapeuta, intentando construir un puente con su vida.*

- *A los chicos que se reían de mí...quiero salir de la habitación...*
- *Hazlo...Es tu castillo...- afirma la terapeuta –pero recuerda dejar la llave de la puerta a mano para cuando queramos volver a entrar...*

Tras la exploración del primer nivel del castillo, se le propuso la tarea de que, durante la semana, acondicionara la sala a su gusto: que llevara una escoba, fregona y trapos para limpiar el polvo y la dejara bien aseada. También se le indicó que, con una escalera, sacara el tapiz y abriera la ventana y, que llevara objetos de decoración y mobiliario que le hicieran sentir a gusto en la estancia, que mirara por la ventana para ver que vistas tenía y que colocara en la estantería otros libros y cd's a su gusto. Cuando estuviera acondicionada y fuese acogedora, tenía que pasar cada día un ratito allí y ver cómo se sentía. La idea es que esa parte de su cerebro – corazón no le fuera tan desconocido y, en la próxima visita, pudiéramos acceder a otros niveles de su castillo – corazón más fácilmente. Se dejó de lado las partes más emocionales del trabajo (libro y joker), para cuando el cliente tuviera más confianza en la relación terapéutica y en sus recursos a nivel emocional, con la intención de abordarlos con profundidad.

El trabajo en las sesiones siguientes continuó con la exploración de los siguientes niveles, de arriba abajo, acondicionando todas las zonas del castillo. Así, en la segunda planta, se encontraron nuevamente dos caminos: el de la izquierda llevaba a una sala con una buena vista; el de la derecha a una sala vacía con un joker que se carcajeaba mientras bailaba. En la tercera, una gran sala con un papel donde volvíamos a encontrar un insulto. Las tareas fueron reconvertir la sala de la derecha de la segunda planta, en un lugar de recogimiento y meditación, con una colchoneta y cojines, música de ambiente y una fuente que hiciera sentir el fluir del agua. También se propuso transformar el póster en una carta, que pudiera guardar donde quisiera. Con la sala de la última planta, se hizo un trabajo de ventilación y limpieza. Se propuso un ritual con el papel: se quemó y las cenizas se barrieron de izquierda a derecha (como en el EMDR) con la intención de que el hemisferio derecho transformara la información del izquierdo. En la última sesión, los guardias dejaron de vigilar a Javier y las puertas de todos los niveles pudieron permanecer abiertas en todo momento. El trabajo más importante se realizó en el subsótano, donde se encontró un gran fuego que el cliente definió como “el fuego del infierno” y que solo se podía atravesar con un gran esfuerzo y mucha preparación. Tras el fuego había un pedestal con un libro. Este libro, que era el libro de su vida, no se podía separar del pedestal. El libro sólo se podía abrir por una página (!!) que llevaba impresa con sangre la frase: “*Eres un idiota*”. El cliente decide dejar el libro en el subsótano. Señalar que en el sótano también hay dos puertas. La de la derecha está cerrada y Javier no la quiere abrir. La de la izquierda lleva a un pequeño jardín con un riachuelo, donde Javier se baña y siente que se purifica y le permite sentir.

En este punto, el terapeuta le pregunta si se cree capaz de trabajar a otro nivel distinto al de la hipnosis y dice que sí. Se inicia un trabajo con objetos transaccionales

(se verá en otro apartado), con el fin de trabajar la vergüenza, el miedo y el dolor que hay tras estas afirmaciones.

El uso de lo analógico como método externalizador del síntoma

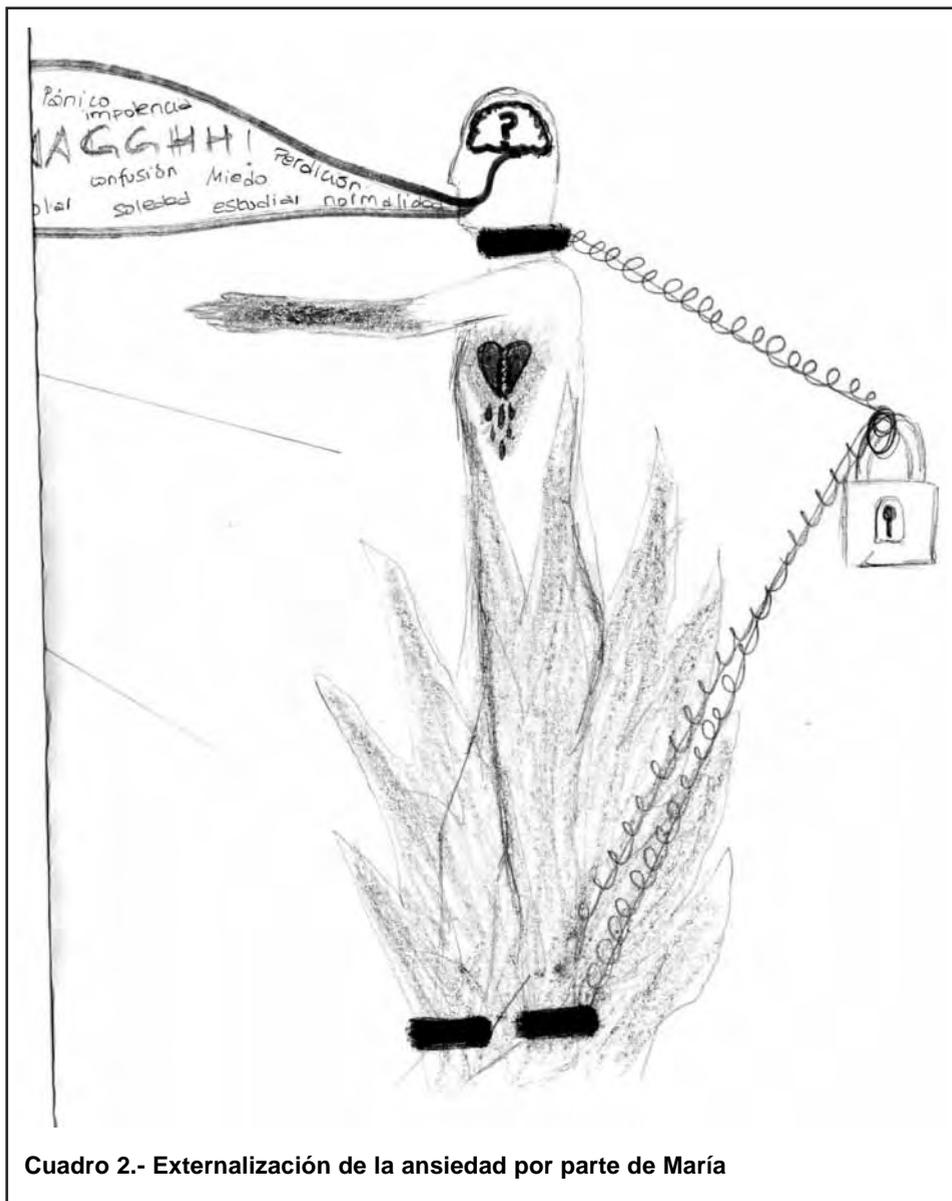
La *externalización del síntoma* es una técnica que se utiliza de forma muy eficaz y efectiva desde el marco de la terapia narrativa. Esta técnica pretende personalizar o cosificar el síntoma, con el objetivo de que la persona diferencie el síntoma de “ella como totalidad”, y le ayude a comprender el significado que tiene el síntoma en su funcionamiento individual y/o familiar. Esta técnica es especialmente eficaz en casos de ansiedad, ya que ayuda fácilmente a detectar que se encuentra bajo esta sintomatología. Hay dos formas de externalizar el síntoma:

1. *Personalizándolo* y haciéndole una entrevista
2. *Cosificándolo*, a través de un dibujo, objeto o muñeco, y dándole voz. Veamos un ejemplo de ello.

María es una joven de 25 años. Acude a terapia porque desde hace dos años, tiene ataques de ansiedad cuando intenta subir al metro. Puede estar en una parada pero no subir al tren. Lo paradójico es que trabaja en una estación de metro desde hace tres años. Su síntoma coincide temporalmente con una ruptura amorosa que ella provocó, pero de la que no se siente muy convencida. Su externalización de “*como siente la ansiedad en su cuerpo*” puede verse en el cuadro 2:

Cuando María trae el dibujo, dice que la ansiedad la siente como unos grilletes que no le permiten avanzar. Ahora bien, cuando la terapeuta le indica que se ponga en el fuego y que hable desde él, María expresa “*soy el fuego que quema María, porque si yo no la quemara, no se movería, se quedaría enganchada a la pared, muerta de miedo. Tiene miedo, mucho miedo...Teme avanzar porque ya se ha equivocado una vez y no se quiere equivocar más...*”. Después de este discurso, la terapeuta indica a María que ahora hable desde los grilletes. María explicita “*Somos los grilletes de su equivocación. Estamos bloqueándola. No queremos que se mueva. No queremos que su vida continúe. Equivocarse duele*”. Tras lo que ha dicho, María se queda callada y, luego, manifiesta: “*Mi vida está tan bloqueada como yo en una estación de metro. No puedo coger el metro al igual que no puedo avanzar en la vida ¿no? La ansiedad me indica que me tengo que mover, que no puedo continuar así... ¡Pobre ansiedad!, ¡con lo que me ayuda y yo odiándola tanto!*”

Como observamos, María, simplemente trabajando su dibujo con la externalización, toma una conciencia clara de la función del síntoma. La consecuencia de ello, en este caso, es que la clienta, tras la sesión, volvió a casa en metro y que, durante la semana, cogió todas las líneas de este medio de transporte, solucionando su sintomatología y, estando preparada, para abordar la dificultad real que la trajo a terapia: el duelo de su anterior pareja y la activación de sus proyectos existenciales.



Cuadro 2.- Externalización de la ansiedad por parte de María

El uso de lo analógico como elemento mediador en la exploración de la emoción: la utilización de objetos transaccionales

Hasta ahora, hemos visto como el uso del dibujo o la imaginación guiada puede ayudar a preparar el trabajo psicoterapéutico. Sin embargo, el trabajo desde lo analógico consigue resultados muy importantes combinado con técnicas de intervención guesáltica, ya sea en la exploración, elaboración o cierre emocional.

Sin embargo, no está de más recordar ciertos principios básicos a la hora de intervenir emocionalmente:

- **Respetar el límite de la gente:** las personas saben hasta donde pueden llegar. Nunca hay que forzar las cosas.
- **No dar por sentado NADA:** los contenidos vivenciales de cada persona se enlazan de formas muy variadas en nudos emocionales. Debemos dar la oportunidad a cada uno de expresar lo que hay debajo de su dolor.
- **Ayudar a la expresión, estando nosotros conectados con las propias emociones:** Sólo si nosotros estamos conectados a nivel emocional, ayudaremos al otro a entrar a ese nivel.
- **Diferenciar lo propio de lo del cliente:** ¡Cuidado, con las propias historias! No debemos proyectar nuestros conflictos en los conflictos del cliente y eso, es relativamente fácil, si uno no está trabajado, cuando nos movemos a nivel emocional. El terapeuta debe ser un instrumento bien afinado, preparado para tocar las melodías que otros compositores han escrito en las partituras de sus vidas.
- **Elaborar lo manifestado:** todo lo que se abre se ha de cerrar. Por tanto, no podemos dejar, por falta de tiempo, algo que hemos estado trabajando a nivel emocional con un cliente. Si no nos da tiempo, no iniciemos el trabajo
- **El cuerpo siempre da la respuesta:** Si no sabemos por donde seguir, situar al cliente en el cuerpo. Cuerpo, emoción y pensamiento son uno. Por tanto, uno nos lleva al otro y el otro al otro. Basta con preguntar: “¿cómo sientes esto en tu cuerpo?...Respira, deja que te hable” Y el cliente encontrará la respuesta.
- **Ayudarse, en caso necesario, de objetos transaccionales,** que es lo que vamos a ver, en este momento, en el ejemplo que se sigue.

Javier, nuestro cliente del castillo, ya está dispuesto a trabajar. Para ello, iniciamos el trabajo desde el cuerpo. Le pedimos que, con una postura corporal, nos exprese como es estar en el lado izquierdo del castillo. Se pone muy recto, con la espalda hacia atrás, rígido, con las piernas juntas, postura militar. Comenta que así se siente incómodo, con poca capacidad de movimiento, pero se siente seguro. Después le pedimos que represente, con una postura, como es estar en la parte derecha del castillo, se cierra bajando la espalda y protegiendo el tórax. Dice sentirse más débil, con necesidad de protegerse. Se le pide que acentúe la postura. Se siente como una cueva. No ve nada. Como se comprueba acabamos de marcar las dos polaridades: “**Fuerte con control/ Débil, cerrado con necesidad de protección**”.

Escogemos la polaridad “Débil” y intentamos que establezca contacto con ella, a través de la postura corporal. Comenta “*No se me ocurre más de lo que te he dicho*”. La terapeuta comprueba que necesita de algún **objeto transaccional** (en



Cuadro 3.- Alumna explorando el corazón

homenaje a Bowlby), es decir de *algún objeto que le permita establecer un puente entre el nivel cognitivo y el nivel emocional, haciéndolo sentir seguro*. Diferentes escuelas han trabajado con objetos para poner en marcha emociones: la terapia guesáltica con la rabia (cojines, raquetas), el análisis corporal de la relación y el psicodrama, con disfraces, plastilina..., la terapia narrativa, con juegos en terapias con niños... y la terapia estratégica con tareas diversas... En este caso, se utilizan los objetos de forma diversa. Veámoslo.

Se toma un corazón de espuma mediano (ver cuadro 3) y un estetoscopio de juguete. El primero se le pone entre sus manos, y el segundo se le pone en las orejas con el fin de que ausculte ese corazón. La reacción es inmediata. Javier empieza a llorar y dice *“mi corazón tiene mucho miedo y que está lleno de heridas que no sabe como curar”*. ¿Quién le ha hecho esas heridas?, pregunta la terapeuta. *“El mundo”*. Y Javier se pone rígido y se cierra. Cuando la terapeuta, le señala que ha cambiado su posición, Javier comenta que no quiere que le hagan daño. La terapeuta toma un peluche de ojos dulces (ver cuadro 4) y le indica a Javier que lo mire a los ojos. Javier lo mira y se pone a llorar. *“Soy un niño pequeño que tengo miedo, tengo mucho miedo y necesito que me quieran y que me cuiden”*.

Tras el trabajo emocional en esta visita, Javier explica lo siguiente: *“El otro día iba en tren y me puse a explorar mi castillo. Estaban cerradas las ventanas y otra vez dejado. Decidi ventilarlo y limpiarlo. Lo hice fácilmente. Baje*



Cuadro 4.- alumna con peluche

al subsótano y ya no había fuego. Abrí el libro y las hojas pasaban fluidamente, mostrando fotografías de toda mi vida, de los momentos buenos y malos. Me llevé el libro, levantando el pedestal del que no se podía separar. Por fin, fui al sótano y me atreví a entrar en la sala de la derecha: estaba llena de fantasmas, el del miedo, el de la vergüenza... Decidí dejarlos allí. La vida ya me dará la oportunidad de sacarles las sábanas y ver que hay humo debajo”.

Javier ha hecho una elaboración de su trauma casi sin darse cuenta. Ha dejado de ser la víctima de un bullying para que el bullying forme parte de su vida simplemente. Ya no le define sino que forma parte de sus aprendizajes. Por otro lado, su castillo se ha convertido en algo parecido a lo que sugiere el Dalai Lama: *“Dentro de cada persona ha de existir un lugar, que nada más esté habitado por si mismo, que le dé paz y tranquilidad”*. Ha conseguido que su corazón no sea una fortaleza sino simplemente su hogar. El camino para empezar a recuperar la confianza en el mundo comienza a estar trazado.

El uso de lo analógico en la resolución de un trauma a través de la presencia protectora de una figura de vinculación

Trabajar con traumas irresueltos que se arrastran durante años, es un trabajo delicado y complejo, ya que entran en acción factores como la identidad de la persona, la dignidad ante la herida que se le ha generado, la valoración moral de uno mismo y su necesidad de sentirse más o menos bueno o adecuado... Por tanto, cuál va a ser el resultado de la resolución siempre es algo un tanto misterioso, ya que aquello que se considera conveniente puede no serlo por el momento evolutivo de la persona.

José es un chico de 27 años. Llega a la consulta muy deprimido y con mucho miedo. Hace un año y medio sufrió un episodio psicótico por el que estuvo ingresado dos meses, de ahí su pánico a la recaída. Está medicado con un antidepresivo y un antipsicótico. Antes de este episodio, su vida era muy funcional. Llevaba años en Europa estudiando y trabajando (él es de un país de América del Sur pero de abuelos europeos, por lo que no ha tenido problemas burocráticos). Ha sido siempre un estudiante brillante y un responsable trabajador. Su descompensación es fruto de una serie de acontecimientos: José fue violado sistemáticamente por su hermano mayor (7 años mayor que él), durante 5 años – de los 7 a los 12 años -. Los abusos acabaron cuando el mismo José se lo comentó a su madre. Esta habló con el hermano mayor, pidió a José que no le explicara a nadie lo sucedido y se cubrió con un tupido velo el asunto. Empezó entonces un peregrinaje de José: iba de la consulta de un psicólogo a la consulta de otro psicólogo, con la demanda, por parte de la madre, de unos supuestos síntomas que nadie encontraba (José tampoco), mientras que el abusador no acudía a ningún profesional. José jamás comentó con nadie el tema del abuso y la vida continuó.

Un año antes de su episodio psicótico, José empieza la primera relación seria

de su vida. Antes jamás se había comprometido de verdad. Al cabo de unos meses de salir con esta chica, se siente en la obligación de explicarle a ésta, lo que le había sucedido de pequeño, ya que sino siente que “no está en la relación de verdad”. Es la primera vez que habla de ello. Coincidiendo con esto, su hermano mayor viaja a Europa y le propone hacer una ruta juntos. Duermen en la misma habitación y el hermano se pasea por las estancias desnudo, con el pene erecto. José no puede dormir, ya que siente pánico de que la violación se repita. Cuando vuelve a Barcelona, se dispara la sintomatología. Es ingresado y al salir, recibe terapia pero, entre el exceso de medicación y que se sitúa muy ambivalentemente en la relación terapéutica, el trabajo no cuaja. Así se presenta en consulta.

Tras una primera fase, en que la psicoterapia se centra en resolver aspectos depresivos contextuales y después de que José ponga a prueba la relación terapéutica para ver si la terapeuta está ahí, se inicia el trabajo con el trauma. Se le pide que le escriba una carta a su hermano que nunca va enviar. José no se siente capaz. Así que la terapeuta decide utilizar un método indirecto. Le pide que traiga una fotografía de la abuela materna, ya muerta, con la que José tenía un buen vínculo y, por su parte, la terapeuta le prepara una carta – cuento, con el fin de activar un trabajo emocional intenso con la técnica de la silla vacía.

En esa sesión, prepara las dos sillas: en una pone la foto de la abuela y en la otra es la de José. La terapeuta pide a José que se siente en la silla de la abuela y que lea la carta que le ha enviado ésta. He aquí la carta:

Querido Nieto:

No sabes lo contenta que estoy de que me hayas sacado de entre los muertos para pedirme ayuda. Llevaba años sin que nadie recurriera a mí y el hecho de que, en este momento, hayas llamado a la tapa de mi fèretro, me recuerda lo mucho que he querido y me han querido en este tu mundo. Sinceramente, no entiendo cómo te ha podido ocurrir lo que te ha sucedido, sin que nadie haya movido un dedo para hacer un poco de justicia y poner las cosas en su sitio. Muy mal he debido criar a mi hija para que tenga tanto miedo a enfrentarse a la realidad ¿Está ciega o qué? ¿Cómo puede confundir tanto las cosas? ¿Cómo puede definir al villano como víctima e ignorar al que es agredido? Tu hermano será un cabrón pero tu madre, que es mi hija, no merece un apelativo más suave. Como ves estoy muy enfadada. Estoy todo lo enfadada que tú no te dejas estar. Me duele que te encuentres atrapado en el sufrimiento y que no te atrevas a seguir adelante con tu vida. Ellos no necesitan que los protejas, evitando sentir la rabia y el dolor por lo que te han hecho. Ellos ya saben protegerse solos. Lo demuestran cada día de su vida, cuando giran la cara hacia otro lado y te preguntan por qué estás tan mal ¡Como si no lo supieran! Lo que pasa que es más fácil jugar a que sois la familia perfecta. Y en las familias perfectas no hay problemas porque todos son fantásticos y maravillosos ¡Será

gilipollas mi hija y el calzonazos con el que se ha casado! Y tú, un poco tonto también lo eres, para que mentir...

De todas formas, me alegro de que estés empezando a hablar de ello, aunque al menos sea conmigo que estoy más fiambre que el jamón en dulce...¿Cuántos años llevabas con ese secreto en las entrañas?, ¿16, 17 años? El tabú ya debe encontrarse en estado putrefacto y tú, con él. Por eso, ya no sabes sonreír ni llorar...sólo te deprimes y te deprimes y te deprimes. Cada vez, más profundamente. Te veo cayendo en una tristeza intensa y en una soledad infinita. Cuando lo noto se me encoje el alma. Me gustaría tanto abrazarte como cuando eras pequeñito ¿Te acuerdas? Te abrazaba y se te pasaba todo. Es lo que tienen los abrazos hechos con amor.

Ayer cuando vi que se te caían las lágrimas mientras me hablabas de todo lo que habías pasado, pensé que por fin algo sucedía. Se abría camino entre el ghetto, en el que habías encerrado tus sentimientos, un explorador dispuesto a comprobar si, más allá de ese refugio obligado, hay vida y calor. Esos lagrimones generaban la esperanza en mí, de que pudieras construir de una vez por todas, barquitos de papel con esas páginas de tu existencia que lees y lees repetidamente, en el intento de encontrar un sentido a todo lo que te ha pasado. Pero ¿qué sentido puede tener la violación repetida de un niño a manos de la persona en la que más confía y admira? Ninguno. No hay ningún significado oculto en ello. Solamente dolor, dolor, dolor. Tu dolor. El dolor que sientes en tu cuerpo, el dolor que distingues en tu mente cuando se te filtran esas escenas que no puedes olvidar, el dolor que no quieres notar en tu corazón.

Esas lágrimas son una promesa de curación porque disuelven el tumor que te carcome por dentro desde que todo pasó, son el impulso que puede sacarte de la fosa que tu familia ha cavado con esmero en tu interior.

Quizás creas que si abres de cuajo la herida y limpias tu carne infectada te vas a quedar sin seres queridos, pero no sé si te has dado cuenta de que hace tiempo que los perdiste. Para ti, desaparecieron en el momento en que no te protegieron e hicieron ver que nada había pasado, que todo estaba bien...Y dejaron ese cáncer dentro de tu cuerpo, sin importarles si hacía metástasis y acababa contigo. Nada podía manchar la pulcra historia que se explicaban y explican cada día de si mismos. Lo siento, cariño, pero tu familia hace más de 20 años que se fue...Se volatizó cuando el cabrón de tu hermano te traicionó, cuando la irresponsable de tu madre se puso una venda en los ojos y pensó que con una tirita mágica todo desaparece. Ahora sólo cuentas contigo mismo y con las personas que has escogido para que estén a tu lado. No creas que eso es poco...Son tus elecciones...Las mejores, las más sabias, si tú quieres...

Llora, tesoro, llora...Deja que el barquito de papel se lleve la historia y date una oportunidad de seguir adelante...no temas al dolor de abrir la herida...estoy aquí para sostenerte cuando aúlles...Hay que arrancar el tormento que no te deja estar cómodo en ningún lugar, en ningún momento...Eso duele...Pero duele menos que vivir con ello incrustado en los órganos vitales, sin que te deje respirar, ni moverte, ni hablar, ni oír, ni sentir. Enfádate, enfádate...como yo me enfado. Te han hecho daño. Enójate...Luego, si quieres, los perdonas pero enójate...No puedes seguir siendo una víctima toda la vida. Una víctima sigue atrapada en los grilletes que le impuso su agresor mucho tiempo después de que se los quitara. Por eso, encolerízate y arráncate los grilletes y, con ellos, la impotencia y la frustración. Solo tu rabia te dará la energía para sentirte fuerte. Necesitas furia en tu corazón, indignación en tu mente y acaloramiento en tus gestos para soltar el veneno que te inocularon en cada omisión intencionada a tu malestar. Aunque sea interiormente, envíales a la mierda...Se lo merecen. No lo dudes, se lo merecen...La compasión por su falta de coraje, por su falta de valor vendrá después, si viene...Haz caso de una vieja que te quiere...Y después, sigue adelante sin más peso que el de tu cuerpo, sin más deudas que tu responsabilidad contigo mismo.

Queridísimo nieto, ¡ojala tuviéramos tantas vidas como camisetas!... ¡que sepamos solo tenemos una!...Aprovéchala...No la tires al vertedero ¡Es tremendo lo que te pasó! Pero sé valeroso y haz lo que tienes que hacer para sanarlo. Confío en ti, ¡no sabes cuanto!...Escoge bien cada minuto porque es tu minuto...El dolor viene solo, a ráfagas. No hace falta que lo busques. Lo trae la vida, a ratos. Ahora bien, puedes desprenderte del sufrimiento y disfrutar de lo que eres. Hazlo, sobre todo, hazlo. Recuerda que para mí, eres maravilloso. Mírate y sélo también para ti. Te quiero mucho. Quiérete tu también y abandona al sufrimiento.

Con afecto, tu abuela que siempre está en tu corazón

José se emociona mucho. La terapeuta le pide que ahora sin la carta, se ponga en la piel de su abuela, ya que ésta quiere enviar unas palabras a José. José dice lo siguiente *“Te quiero mucho y quiero que dejes de proteger a tu familia. No se lo merecen. Lucha por ti y por tu pareja. Tienes que ser feliz. Ya estás solo...ya estás solo...Sólo te tienes a ti y a Lola...”* (José ha seleccionado de la carta aquello que más le ha llamado la atención: ¿es lo que más necesitaba escuchar para activarse?). Se queda muy parado y dice *“Es verdad”*. La terapeuta le invita a ponerse en la silla de José y a contestar a la abuela. José, desde su silla dice: *“Gracias abuela. Me has devuelto el coraje para limpiarme de mi pasado y recuperar mi dignidad. Voy a cortar con la lealtad que no me deja seguir adelante. Mi familia no se merece mi locura porque no me quieren lo suficiente. Se acabó”*. La terapeuta le pregunta qué quiere hacer y José contesta: *“Acabar con la promesa de silencio”*. *“¿Cómo lo*

quieres hacer?”, interroga de nuevo la terapeuta. *“Cortando el cordón umbilical”*. Entonces, la terapeuta coge unas tijeras y se las ofrece. ¿Estás seguro?, pregunta. *“Sí, desde luego”*. “Indícame de donde parte el cordón”. José señala el centro del ombligo. “Bien cuando estés preparado”, le indica la terapeuta y José con solemnidad lo corta. Después se le pregunta cómo se siente y responde que más libre y más preparado para trabajar y cerrar sus heridas. A partir de ese momento, José vendrá siempre acompañado (por iniciativa propia) de la fotografía de su abuela y hará todo el proceso de elaboración traumática con su abuela a su lado, protegiéndole y dándole coraje, según él.

Vemos aquí, como la intensificación de la técnica de las silla vacía a través de la creación de la presencia de la abuela, con la fotografía y con la carta, da unos resultados excelentes. El cliente es capaz de atreverse a expresar aquello que está coartando la elaboración del trauma y esa expresión se remarca con un ritual de cierre de una posición, la de víctima, y la promesa de un rol nuevo, más luchador, digno y responsable.

El cierre de una situación traumática utilizando lo analógico

Beatriz es una mujer de 30 años acude a terapia porque, en la infancia y en la adolescencia, sufrió acoso escolar y, aunque cree que ha superado la mayoría de sus secuelas, nota que en ciertas situaciones laborales se queda todavía encallada. Después de trabajar en dos sesiones los agravios recibidos y perdonarlos, queda cerrar la situación traumática. Para ello, la terapeuta le ha pedido que traiga fotocopias de fotografías de ella en esa época: ella, feliz en su pueblo, ella triste con las compañeras de colegio que le hicieron bullying. Trae tres fotografías. Dos, en que ella está contenta y disfrutando de la vida y una, con las niñas que la acosaban. Situamos las fotografías en tres sillas distintas. Habla la primera fotografía. Es ella en un parque acuático. El mensaje principal que le envía *“es que no hay nada como no controlar. Esa es la receta para ser feliz”*. Habla desde la segunda fotografía, está en su pueblo. El mensaje es que *“confíe en que los demás la quieren como es, porque ella es una persona que vale la pena, y la vida y ella misma se lo ha demostrado”*. Habla desde la tercera fotografía, cuando está en el colegio y dice: *“No, no voy a dejar que nunca más nadie me haga sentir así”*. Lo dice decidida y firme. La terapeuta le pregunta si de verdad está preparada para que esa sea su posición vital. Lo dice acercando el tórax a su cuerpo y bajando la voz. La clienta afirma convencida. Entonces, la terapeuta le da unas tijeras y le propone que separe su imagen de la de las otras niñas, en la foto del colegio. Beatriz lo hace rápida y eficazmente, sin dudar.

- *“¿Cómo te sientes?”*, le pregunta la terapeuta.
- *“Feliz y segura, siento que ya no estoy allí”*, contesta la clienta -
- *“¿Qué quieres hacer con la foto de tus compañeras?”*, interroga la psicoterapeuta.

- “Guardarla. Así cuando mi pensamiento me diga tonterías, la miraré y sabré que ya no soy esa niña porque lo he decidido así, con todo mi corazón”, responde Beatriz
- “¿Dónde ponemos a esta, tu niña del colegio?”, indaga la terapeuta.
- “En un collage que construiré con las tres fotos”, propone la clienta
- ¿Cómo te sientes?, termina la terapeuta.
- “Por fin, yo misma”, exclama sonriente Beatriz

Nuevamente, vemos la utilización de lo analógico potencia la aparición de lo emocional, por lo que incrementa la eficacia terapéutica y el cierre de situaciones que complican la vida de los clientes a niveles cognitivos, comportamentales, relacionales y emocionales.

En realidad, la conexión con lo emocional pretende que la persona conecte con un proceso de *empatía y compasión consigo misma* y, ello comporta también de rebote, *la resolución de conflictos con los demás*. Evidentemente, la comprensión hacia uno mismo nos traslada a la **posibilidad de perdonarnos y darnos la oportunidad de seguir hacia delante, asumiendo la responsabilidad de cuidarnos, protegernos, validarnos y respetarnos**.

Ahora bien, al igual que para curar tensiones corporales enquistadas, hemos de sufrir un dolor intenso, mientras que el masajista desbloquea nuestros nudos tensionales, enfrentarnos a nuestras emociones comporta un aumento del estrés funcional para que no podamos escondernos en las huidas repetitivas que utilizamos habitualmente. Por ello, el terapeuta debe estar atento a las posibles disociaciones que el cliente, sin duda, intentará durante el proceso de confrontación emocional. Con paciencia y comprensión, se ha de guiar al cliente hacia **la evidencia**, en el intento de que transforme su miedo en conocimiento y respeto por el mismo.

Para ello, el uso de *un lenguaje no verbal adaptado al nivel de trabajo* es indispensable: tono de voz bajo, tórax inclinado hacia delante, movimientos que inviten a la expresión emocional adecuada (no es lo mismo ayudar a expresar rabia que pena)... Así también, es importante la *continua normalización y humanización del sentir*. Por ello, quizás el terapeuta debe indicar cómo se sentiría él en esa situación, si al cliente le cuesta manifestarlo (indicación que se dará desde la óptica del cliente, no del terapeuta, claro).

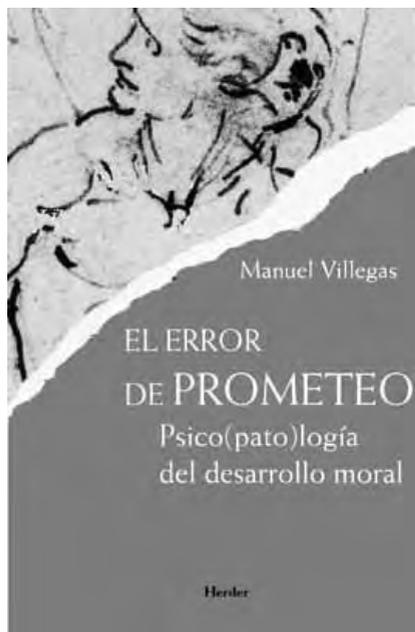
Recordemos aquello que dijo Buda “*El dolor es inevitable pero el sufrimiento es opcional*”. La mayoría de nuestros clientes se han pasado la vida intentando no sentir un dolor muy intenso que el devenir les ocasionó, y han acabado sintiendo un sufrimiento muy intenso de forma continua y prolongada. El aprendizaje de la no huida y la asunción responsable de las frustraciones cotidianas son aquello que nos hace crecer. Pero poder convivir, momento a momento con ello, conlleva una buena gestión emocional, ya que sólo utilizando las emociones como **brújulas** de nuestras necesidades y deseos, conseguimos ser congruentes con nosotros mismos.

Los recursos analógicos tanto de naturaleza verbal como no verbal son poderosos instrumentos para facilitar el trabajo emocional en psicoterapia. Acompañan en la elaboración de las experiencias traumáticas, y ayudan en el cierre de las mismas. Constituyen mediadores muy adecuados para la exploración del mundo emocional, gracias a su carácter sugestivo y polivalente.

Palabras clave: *Emociones, recursos analógicos, experiencias traumáticas, psicoterapia*

Referencias Bibliográficas

- Asen, K. E & Tomson, P. (1997). *Intervención familiar*. Barcelona: Paidós
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée.
- Greenberg, R. L. & Elliot, R. (1993). *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1977). *Familia y Terapia de Familias*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. i Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.



Manuel Villegas

El error de Prometeo

Psico(pato)logía del desarrollo moral

486 páginas
14,1 x 21,6 cms
Rústica con solapas

ISBN: 978-84-254-2763-3



Precio s/ IVA: 28,65 €

Precio c/ IVA: 29,80 €

Palabras clave

Ensayo: Psicopatología moral personalidad

Mayo 2011

Síntesis

Prometeo consiguió arrebatar el fuego y la técnica a los dioses para dárselo a los hombres pero se le olvidó dotarlos de un sistema de regulación que les permitiera vivir en paz y armonía consigo mismos y sus semejantes. Tuvo que ser el propio Zeus -nos cuenta Platón en el Protágoras- quien subsanara este error, dotándoles de conciencia moral para el cumplimiento de esta función.

Hoy podemos afirmar que la aparición de la conciencia moral no es el resultado de un don divino sino que sigue un proceso evolutivo de construcción a través de las diferentes etapas del desarrollo psicológico. Este proceso implica un coste en términos psicológicos, dado que combinar los intereses propios con los de los demás no se hace sin generar una cierta tensión estructural en el sistema de regulación moral. El resultado pueden ser trastornos de personalidad o ansioso-depresivos. Este libro presenta las vicisitudes del psiquismo humano desde la perspectiva evolutiva y estructural del desarrollo moral.

Autor

Manuel Villegas Besora es doctor en psicología y profesor en la Universidad de Barcelona desde 1974. Su actividad docente ha estado dedicada a la formación y supervisión de terapeutas en universidades españolas, iberoamericanas e italianas. Director de la *Revista de Psicoterapia* desde 1990 ha convertido esta publicación en un referente en el ámbito nacional e internacional en su género. Desde el punto de vista profesional tiene una larga experiencia como terapeuta individual, de grupos y de pareja. Es miembro de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas de la que fue socio fundador y presidente durante más de una década.

Otros títulos relacionados

Salomón Resnik *Tiempos de glaciaciones*

A.P. Morrison, J.C. Renton, P. French y R.P. Bentall

¿Crees que estás loco?

Antoni Talarn (ed.) *Globalización y salud mental*

Irvin D. Yalom *Psicoterapia existencial*

UTILIDAD CLÍNICA DE LA AUTOBIOGRAFÍA

Carmen Maganto Mateo y Carmelo Ibáñez Aguirre

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Universidad del País Vasco

Avda. de Tolosa 70

20018 Donostia-San Sebastián

The autobiography is a qualitative and semistructured clinical technique that can be used at different moments of the diagnostic-therapeutic process. It is a valuable starting from which significant contents can be extracted with which to work therapeutically. This explains the richness of the contents it provides in the assessment process, its contribution to the patient's self-knowledge and the individual's interpretation of past experiences. The treatment, which revolves around and is based on the autobiography, promotes therapist-patient interactions that allow reelaborations and new autobiographical formulations that, little by little, will reflect the changes occurring in the process of assessment-therapeutic intervention. The parallelism between the task of verbally expressing what is the matter in the interview and telling one's story in written form will be completed during treatment with due feedback. Both forms of communication share common aspects and should complement each other.

Keywords: autobiography, narrative therapy, self-help, and therapeutic assessment.

¿QUÉ ES LA AUTOBIOGRAFÍA?

La palabra autobiografía proviene del griego *αὐτός* *autos* = «propio», *βίος* *bios* = «vida» y *γράφειν* *grafos* = «escritura», lo que significa la narración de una vida o la historia hecha por la propia persona sobre ella misma.

Lo que caracteriza a esta técnica es la identidad entre el protagonista de la narración y el propio narrador, lo que le proporciona una originalidad única. Es precisamente esta identidad la que establece el fundamento de lo que se ha llamado el “pacto autobiográfico” (Lejeune, 1991), válido especialmente en la ámbito clínico. En dicho pacto o “contrato” entre el narrador y el lector, el primero se compromete a contar la verdad sobre su vida, y el segundo a creer el relato ofrecido, al menos como verdad subjetiva del paciente.

La autobiografía tiene un doble componente creador y recreador, que respectivamente apunta a lo que es y ven de él los demás y lo que uno ve de sí mismo o

le gusta ver. No es fácil distinguir ambos componentes de las autobiografías, pues un relato auténtico no siempre significa un relato veraz.

La variedad de usos que puede hacerse de la autobiografía es amplia. Puede verificarse una teoría de la personalidad (Atkinson 1998) o puede ser un estudio del ciclo vital (Bornat, 2002). A veces el uso de la metáfora que se incorpora a la misma o el análisis gramatical narrativo de la adjetivación o adverbialización, permiten un acercamiento a la sensibilidad y cultura del paciente, así como su estilo narrativo y lingüístico.

El aumento del interés por esta técnica ha sido evidente durante los últimos años, como lo atestigua el incremento que ha tenido la historia oral y el desarrollo del análisis narrativo (Perks y Thomson, 1998). Desde el punto de vista metodológico, y aunque parezca sorprendente, la vida ha comenzado a ser un tema para la discusión metodológica. Sin duda, hoy estamos ante un movimiento re-evaluativo profundo de las ciencias humanas y sociales en el que la autobiografía se considera objeto de la metodología epistemológica (Sparkes, 1993).

Una de las limitaciones está asociada a su condición de posible ficción (Bordieu, 1997). El pensamiento sobre la propia biografía se libera al combinar y reconstruir ideas, pero se corre también el riesgo de internarse en territorios que remiten a la ficción más que a la realidad. Esto se acentúa en el caso de pacientes que por su patología mental se ven más invitados o forzados a ello. La limitación apuntada se suma a otras más evidentes, como la que deriva del contraste cognitivo entre memoria y olvido, las limitaciones de ciertos pacientes para verbalizar los recuerdos, esto es, la parte no olvidada de sus experiencias pasadas, la ceguera en buena medida voluntaria provocada por el rechazo de algunos episodios, como en el caso de la ilusión, etc. En todo caso, lo que cuenta es aquello que el paciente narra de sí y que fenomenológicamente él experimenta como real y personal al mismo tiempo.

Aunque no ha sido considerada como un método histórico y científico serio, Plummer (2001), en un análisis extenso de documentos autobiográficos y biográficos responde a las críticas y limitaciones que se plantean respecto a esta técnica, informando de que es la vía regia para el conocimiento de la realidad subjetiva del individuo. Se la ha considerado útil en distintos ámbitos y sin duda cobra especial relevancia en el ámbito de la evaluación e intervención psicológica (Geertz, 1995). No hay duda de que este género de escritura se inserta en las metodologías de rigor cualitativo, subjetivo, nada despreciable por los datos que aporta en diversos ámbitos aplicados (Albert, 1996; Frank, 2000; Karlsson, von Post y Bergbom, 2010). Cada vez se escuchan más voces sobre el rigor metodológico de la autobiografía desde la perspectiva de construcción personal y social (Fivush y Nelson, 2004; Nelson y Fivush, 2004; Freeman, 2007). En la actualidad, una visión de la historia de la psicología ha sido escrita desde la dimensión autobiográfica, aportando datos de interés sobre lo que ha sido el devenir de la psicología a través

de renombrados investigadores teóricos y metodológicos (Linzey y Runyar, 2007; Toomela, 2010).

1. LA AUTOBIOGRAFÍA COMO TÉCNICA DE EVALUACIÓN

El hecho de que el narrador sea a su vez el protagonista del relato permite que la vida de esta persona, los estados de ánimo, las emociones y sentimientos, así como su desarrollo personal, sean el contenido temático del relato (Kohan, 2002). Esto se convierte en una especie de autoinforme cuando se escribe para un psicólogo, y se escribe con la confianza que puede sentir quien está escribiendo para sí mismo, sabiendo que nadie tendrá acceso al mismo excepto el profesional. De este modo no tiene el temor de si está bien escrito o no, si tiene lógica o carece de ella, si el orden es el adecuado... no es ésta su preocupación. La idea rectora es que surjan del modo más natural y espontáneo posible todos los recuerdos, vivencias, experiencias y emociones que son importantes para esa persona en un momento dado. La autobiografía en el ámbito psicológico no tiene la pretensión de hacer historia real sobre la vida del entrevistado, sino historia vivencial de esa persona en las etapas de que se ocupa (Kohan, 2002).

La contribución específica de la autobiografía en el proceso de evaluación (Maganto, 2010) se centra en la etapa exploratoria. En esta etapa, la técnica abre un abanico de posibilidades para explorar la personalidad del entrevistado en términos que de otro modo ignoraríamos. Puede también completar, dentro del proceso de la evaluación, datos incompletos o contradictorios, al aportar información sensible para el sujeto en áreas no exploradas habitualmente. Con este objetivo “in mente”, la autobiografía se convierte en herramienta importante. Es una técnica metodológica subjetiva complementaria a la metodología objetiva (Brockeimer y Harre, 2003; Ibañez, 2009).

Otro punto fuerte de la autobiografía es la contextualización. Cuando un paciente narra hechos sobre su vida en una entrevista o a través de otro autoinforme, éstos pueden quedar descontextualizados, sin conexión o sin significado. Sin embargo, la autobiografía permite entender el significado que las personas dan a los sucesos de su vida, cómo los acontecimientos y la experiencia cobran relieve, y cómo explican y definen el sentido que para una persona tiene su presencia en el mundo.

El efecto sobre los otros también debe ser considerado como uno de los beneficios del relato biográfico. Una historia puede plantear al lector preguntas sobre la propia vida (Stuart, 1993; Sparkes 1994), o incluso puede plantear soluciones. Es difícil ser neutro, ajeno a la impresión de la lectura autobiográfica. La narración emocional que contiene está revestida de situaciones genéricas sobre lo que pasa a toda mujer o a todo hombre, sobre las dificultades con los padres, etc., sobre problemas similares vividos por otros pacientes

Hollway y Jefferson (2000) explican la relación entre el que investiga en el

tema (evaluador) y los significados atribuidos por el propio narrador (entrevistado). Juntos pueden descubrir nuevas vías de interpretación de significado en la vida del paciente. Tratándose de un psicólogo evaluador, la historia de la vida del paciente es la narrativa principal y se enmarca dentro de las técnicas de entrevista. Sin embargo, no hay que olvidar que en la autobiografía hay que darle prioridad a la narración sobre la coherencia narrativa. No importa cuán bien escrito está el texto o si la cronología temporal tiene saltos ilógicos, es prioritario que se escriba con espontaneidad, guiándose por las asociaciones que le vengan a la mente. Posteriormente podrá efectuarse el trabajo de ordenar secuencialmente hechos o acontecimientos.

En un primer momento de la evaluación psicológica la información se recaba de un modo exploratorio, las observaciones e indagaciones se dirigen, de un modo tentativo, abierto y provisional, hasta acotar el terreno donde pueda surgir nueva información, extensiva y relevante, en relación con los objetivos de la demanda del paciente. Es en este contexto donde cobra importancia la autobiografía como técnica de evaluación psicológica.

En su formato de técnica semiestructurada permite planificar la recogida de información de aquellas áreas que se precise, por ejemplo: 1) Cómo era su la vida del paciente antes y después de la aparición del problema. 2) Cómo surgió el problema, qué factores influyeron en su aparición. 3) Qué consecuencias le ha acarreado en su vida. 4)Cuál es la historia del problema. 5) Qué intentos se han hecho de darle solución y sus resultados. 6) Cómo han vivido sus familiares y otras persona cercanas su problema, si ha recibido ayuda de ellos o no. 7) Cómo le gustaría hallarse una vez solucionado el problema y qué iniciativas para conseguirlo se le ocurren, etcétera.

Salvadas las diferencias evidentes, encontramos un cierto paralelismo entre la manera precisa de recoger datos específicos del pasado en la autobiografía y en el autorregistro en relación a datos del presente. Si bien estos últimos son más exactos, en buena parte cuantificables, aquélla da origen a datos más abiertos y ricos cualitativamente.

Además, al escrito autobiográfico se le puede o no poner voz, en función del propio entrevistador o del propio entrevistado. La lectura con voz por el propio paciente matiza y clarifica las experiencias narradas, las emociones expresadas o las “fallas de lógica o texto” que se hayan producido. El conocimiento de estos aspectos contribuye al enriquecimiento de la comprensión que el evaluador hace del evaluado.

Cada uno de nosotros damos sentido a distintos acontecimientos de nuestra vida y de nuestra propia historia, contando nuestras experiencias a los demás y ellos responden con los aportes de su propia experiencia. Cuando esto se realiza ante un psicólogo entrevistador, la atribución de significados entra en un proceso interactivo que, sin duda, ayudará a entender los problemas y producirá algunos cambios.

Su utilidad ha sido demostrada en la evaluación de niños abusados sexualmente, para los que la narración espontánea, escrita, releída y corregida de su propia experiencia ha aportado más datos de realidad que la narración verbal en respuesta a las preguntas de los profesionales, dado que al ser dirigidas sesgan la información que un niño quiere y necesita ofrecer. De este modo, su “primera versión” de los hechos no tiene la sobreintención de lo que se espera de ellos al narrar la dolorosa experiencia (Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones y Gordon, 2003; Hayne, Boniface y Barr, 2000; Sjoberg y Lindholm, 2009). Y no solamente en estos casos, sino que para los niños, la narración escrita y ofrecida como un fragmento autobiográfico de una experiencia traumática reviste una verosimilitud emocional difícil de conseguir por otros medios. Su utilidad en la evaluación de niños con retardo mental (Smorti, Pananti y Rizzo, 2010) o con autismo (Causton-Theodaris, Ashby y Cosier, 2009) ha sido demostrada. Sin embargo, como bien hemos apuntado, es necesario recurrir a una entrevista posterior que enmarque, dé sentido e integre estos datos autobiográficos en el proceso de evaluación, ya que sin duda la capacidad verbal, cognitiva y memorística de un niño está en juego en los textos escritos y debe releerse a la luz de su etapa evolutiva (Bauer, 2006; French, 2005; Richarson y Hayne, 2007). Con adolescentes, tan dados a la escritura de sus propias experiencias a través del diario íntimo, el uso de la autobiografía ha resultado de gran valor en la evaluación e intervención terapéutica (Stewart, 2009).

Consignas para el uso de la autobiografía en el proceso de evaluación

Antes de ponerse a escribir existe un período de reflexión más o menos extenso, en el que el narrador se para a pensar qué es en concreto lo que va a decir y cómo empezar a hacerlo. Conviene indicar al paciente que no se autocritique, que deje de lado la desvalorización porque este relato es de otro orden. Así mismo, que no se preocupe por la ortografía, ya que no se trata de una redacción literaria, sino de una narración íntima y personal. Se le insta a que sea honesto y sincero consigo mismo. Que escriba lo que considere que es su verdad, no la de los demás, que escriba tal y como siente, piensa o ve las cosas, no como desea que fueran o como le han dicho que fueron o está bien visto que diga. Que sea él mismo con sus experiencias las que queden reflejadas en el escrito. Conviene aclararle que “lo que Vd. escriba entrará a formar parte del secreto profesional, al igual que otros autoinformes cumplimentados por Vd. o las informaciones que transmite en las entrevistas”.

Al ser una técnica que puede utilizarse como un autoinforme, el evaluador elige el modo de impartir la consigna. Siempre se espera que el narrador, en este caso el entrevistado, respete el pacto autobiográfico del que anteriormente hemos hablado. El uso y variedad de consignas es muy variado (Maganto, 2010), aquí se recogen las más habituales en el proceso de evaluación:

- a) “Escriba su autobiografía desde que Vd. tiene sus primeros recuerdos hasta

el día de hoy, puede tomarse el tiempo que necesite”. Se le permite que escriba en su casa y que en otra entrevista posterior nos traiga el escrito. Es una historia escrita de un tirón, en la que, como es lógico en cualquier acercamiento a la vida personal, se eligen los detalles más significativos para el entrevistado en ese momento, con la sinceridad con la que se viven o vivieron, y sin la pretensión de ser exhaustiva. Es una primera visión global de la historia de una persona, escrita en soledad, en un ambiente íntimo y personal, con fines de evaluación psicológica.

b) “Escriba su autobiografía en tercera persona, como si hablara de alguien ajeno a Vd.” A muchas personas les facilita narrar su vida, pero indudablemente es más impersonal.

c) “Puede Vd. escribir su autobiografía, empezando por el fragmento de edad que Vd. considere oportuno para iniciarse en ello y hágalo apoyándose en 3 fotografías (pueden ser más o menos) elegidas por Vd. de su álbum personal. Traiga las fotos a la próxima entrevista”. El documento escrito y el soporte fotográfico dan pie a que el entrevistador conozca al entrevistado desde una nueva perspectiva. Se habla en la entrevista siguiente del porqué de esas fotos, cuáles rechazó, la facilidad/dificultad para seleccionar éstas en concreto, si está solo, en grupo o familia, qué momento histórico de su vida ha seleccionado, qué imagen ha elegido... en fin, toda una serie de variables enriquecedoras para la evaluación psicológica o el trabajo psicoterapéutico.

d) “Escriba sobre sí mismo en las casas donde ha vivido”, o bien sobre las personas que han sido significativas en cada etapa de su vida. En vez de este eje temático el evaluador puede proponer otros, como los trabajos que ha tenido, las ciudades donde ha residido, etc., según vea oportuno.

e) “Me gustaría que escribiera su vida dividiéndola en tres períodos similares de tiempo. Por ejemplo, me gustaría que sus 27 años los dividiera en períodos de 9 y que para la próxima sesión rememorara y escribiera aquel fragmento de su vida que abarca desde que nació hasta los 9 años, posteriormente los otros periodos”. Es útil analizar qué extensión ocupa cada uno de estos períodos, qué contenido temático prioriza, qué personajes nuevos incorpora, y qué cuenta sobre las personas que son el hilo conductor de su historia, como padres, hermanos, etc.

f) “Rescate de entre sus recuerdos alguna escena impactante, significativa para usted, y déjese llevar por las evocaciones que le surjan a partir de ella”. Por ejemplo, preparando en la actualidad un pastel puede que evoque una escena de su infancia, del día de su cumpleaños, de la primera comunión... donde vivió experiencias inolvidables que podría evocar y recogerlas por escrito, junto a las asociaciones que ellas le traigan en el presente, en su autobiografía parcial.

g) “Cuente qué es lo que le gusta más y lo que le gusta menos de sí mismo, de quienes le rodean, del trabajo que realiza, del mundo actual y de la vida en general”. Se trata, como es obvio, de movilizar sus gustos y preferencias, sus inclinaciones, así como lo que le desagrada y suscita su rechazo.

Se pueden establecer variaciones en relación a éstas u otras consignas, en realidad son sólo estímulos motivacionales para que entre entrevistador y entrevistado surja la máxima confianza, intimidad, conocimiento y, en su caso, motivación de cambio. La autobiografía ayuda al entrevistado y al entrevistador a tomar conciencia de aspectos importantes de la vida del paciente. Permite interpretar los hechos desde la perspectiva del presente, qué queda aún de rencor, dolor o indiferencia... Puede hacerse “insight” con sucesos que nunca hasta entonces habían sido comprendidos o bien recordar hechos que estaban enterrados.

Beneficios psicológicos de la autobiografía en el proceso de evaluación

En el primer acercamiento entre entrevistador y entrevistado, el uso de esta técnica aporta ventajas y conlleva beneficios tanto para el narrador como para el evaluador. Entre ellas cabe destacar:

- *Conversar consigo mismo para conversar con otro.* Ser el autor de su propia vida, el narrador de su historia, le vincula consigo mismo. Es una conversación íntima con su propio ser, narrada hoy para sí mismo. Responde a una necesidad de encuentro personal, de interiorización y de sintonía emocional consigo mismo. Posteriormente podrá relatar a alguien y compartir esos hechos, una vez que han sido hablados intrapersonalmente. Esta posterior comunicación interpersonal facilita transmitir a otro a través de papel lo que no puede ser dicho con palabras, y a partir de ahí puede iniciar un diálogo.
- *Autoconocimiento.* A través del descubrimiento de qué recuerda, qué tiempo dedica a cada aspecto, qué olvida, sobre qué no quiere escribir y qué quiere enfatizar, le da la posibilidad de acceder a un nuevo conocimiento de su propia persona. La palabra, cuando se habla, desaparece instantáneamente y no se recuerda si no hay testigos para recordarla. El escrito, en cambio, tiene una perdurabilidad material y puede ser retomado en otro momento, por lo que permite volver a leerlo y tomar conciencia de lo que se escribió.
- *Memoria experiencial.* A veces el objetivo de escribir no es otro que la recuperación de fragmentos de la vida de uno que vienen asociados a los recuerdos evocados. El “puzzle” más o menos completo de la propia historia se logra en este esfuerzo de escribir sobre uno mismo. Supone, sin lugar a dudas, un ejercicio de memoria experiencial, generalmente emocional, pero también es verdad que parte de la historia de cada uno puede ser olvidada si no se transcribe por algún medio. En esta línea, son varias las investigaciones que muestran la capacidad de expresar el sufrimiento experiencial de personas que con esta técnica nos hacen partícipes de su malestar en distintos ámbitos de la vida humana (Brandao y Germando, 2009).

- *Catarsis*. Escribir es de por sí un acto liberador, catártico, por ello se utiliza en psicología para que los entrevistados tengan la posibilidad de liberar parte de sus emociones, tensiones, conflictos, etc. Recoger datos y obtener información en entrevistas iniciales suele ser el objetivo prioritario, pero no hay duda de que el valor curativo de escribir sobre uno mismo, ha hecho que su utilización terapéutica vaya en aumento. Los momentos de duelo, crisis o reviviscencia de traumas, permiten liberarse de los mismos, por lo que muchos entrevistados sienten la necesidad de plasmarlo por escrito al explicitar las emociones y combatir el dolor que experimentan (Piana et al., 2010; Smorti, Matteini y Buffa, 2005). De esta forma nos llega la voz del pasado analizado en las terapias narrativas (Murard, 2002; Thompson, 2000). Compartir a través de la autobiografía la vida de uno es una forma de sacar hacia fuera todos aquellos aspectos que nos han podido lastimar y que a la luz de la experiencia de otro, pueden ser recuperados en la memoria personal como heridas curadas o no. La autobiografía puede también ayudar a la propia persona a ver su vida desde otra perspectiva, o con mayor claridad, de forma diferente. Esta nueva perspectiva de aumento del autonocimiento, a la que hemos aludido más arriba, constituye un buen punto de partida para iniciar cambios terapéuticos (Atkinson 1998).
- *Reflexión crítica para el propio profesional*. Algunos profesionales han hecho uso de esta técnica para plantearse una visión crítica de su propia actuación. Escribir periódicamente sobre lo que hacen y lo que están viviendo, constituye un “diálogo interno” (Hughes, 2009) que no debe ser obviado si se quiere ser honesto consigo mismo. El poder dialogar con uno mismo como con un segundo yo, permite desdoblarse en una perspectiva reflexiva y crítica para corregir errores y alentar aciertos (Clegg, Tan y Saeidi, 2002).

La autobiografía muestra al individuo no como lo ven los demás, incluido el evaluador, sino contemplado en su privacidad más íntima, lo que aporta una gran riqueza de información estimuladora de la capacidad de análisis del evaluador, además del autoconocimiento del propio narrador.

Papel del evaluador en el empleo de la autobiografía

A la hora de analizar la autobiografía hay que tener en cuenta los sesgos del recuerdo y de la reconstrucción de los mismos datos que pueden producirse, además de los fenómenos deformadores asociados a la aparición de idealizaciones, exageraciones, contradicciones, elaboraciones inadecuadas, etc.

Por esta razón, el evaluador ha de analizar la información recabada, empezando por cribarla, organizarla, clasificarla, agruparla y, finalmente, interpretarla. De esta forma avanzará en la dirección de crear la hipótesis diagnósticas. Como ya se ha dicho, si la autobiografía se aplica en un primer momento del proceso de

evaluación psicológica, la información consiguiente tiene carácter exploratorio, pero también puede utilizarse en estadio más avanzados con intención confirmatoria, esto es, con el fin de poner a prueba la hipótesis que se baraje al respecto.

Un esquema de cuestiones a contemplar para el análisis de la autobiografía puede ser, siguiendo a Padilla (2000), el siguiente:

1. Incidentes significativos que se mencionan.
2. Organización de la información: lenguaje utilizado y profundidad de la narración.
3. Aspectos que se omiten o que se abordan más superficialmente.
4. Posibles aspectos que se narran de forma distorsionada y sobre los que es necesario recabar más información.
5. Incoherencias que dan a entender que se evita una cuestión.
6. Otros puntos sobre los que preguntar en la entrevista verbal.
7. Comentarios que resumen el contenido.

Sin embargo, no es el único modo de analizar una autobiografía como proceso evaluativo. Desde nuestro punto de vista, el papel del evaluador es de lecto-receptor y a su vez de interlocutor activo en su actuación con el paciente. La lectura de la narración tiene que contemplar dos aspectos importantes: el análisis del contenido temático y el análisis de los aspectos formales y estructurales de la propia escritura.

A) Análisis temático.

Es esperable que el evaluador analice el contenido temático como si de una entrevista u otro autoinforme se tratara. Sin embargo, la peculiaridad de esta técnica ofrece toda la vida del sujeto relatada en primera persona y siguiendo un orden cronológico, lo que da pie a completar y conocer hechos que en la entrevista no se han relatado, o que pueden ser posteriormente objeto de confrontación en sucesivas entrevistas.

El evaluador trabaja con los contenidos que son comunes a todas las autobiografías:

- Época de nacimiento
- La infancia
- La adolescencia
- La juventud
- La madurez.
- La tercera edad...

No obstante, es de interés no solo conocer estas etapas evolutivas e históricas para el sujeto, sino los acontecimientos, de un signo u otro, que él sitúa en cada uno de estos momentos. Por ejemplo, cómo trata sus primeros recuerdos infantiles, sus experiencias más tempranas, la vida escolar y académica, sus primeras amistades, sus hobbies, las primeras experiencias sexuales y la elección de pareja, enfermedades, acontecimientos felices, situaciones dolorosas, experiencias de muerte si las

hubo y experiencias de superación, desempleo, soledad, ... Todo cobra sentido en el contexto en el que el sujeto enmarca los diferentes acontecimientos.

Por ello, al evaluador le interesa sobremanera hacer un análisis atendiendo a aspectos como:

- Extensión que dedica a cada momento de su vida
- La acronicidad de los acontecimientos, es decir, acontecimientos que no se pueden situar en un tiempo determinado
- Las reiteraciones temáticas
- Las omisiones evidentes
- Las incoherencias cronológicas o de sucesos concretos
- La ausencia de personas significativas
- La descompensación en cuanto al espacio que ocupa un momento evolutivo de la vida
- El poner el énfasis solo en aspectos positivos o solo negativos
- La negativa a narrar determinados acontecimientos o experiencias vitales
- Otros aspectos que cada evaluador puede considerar de interés

Cualquier dato significativo que obtenga el evaluador a través de la autobiografía es susceptible de abrir un nuevo camino de ampliación del conocimiento y de profundización en los datos de interés. La detección de ciertos datos le puede poner sobre la pista de la existencia y localización de otros datos no menos interesantes con ellos relacionados. Es el caso de los síntomas principales en relación con algunos síndromes, de ciertos indicadores importantes respecto a trastornos o conductas problema. De hecho, al evaluador le interesará no sólo lo que de verdadero contenga la autobiografía, esto es, los aspectos del pasado reconstruibles, más o menos verificables, sino también la manera en que las manipulaciones de la memoria y la imaginación deslizadas en el relato autobiográfico lo contaminan en función de las necesidades de la consciencia actual del paciente.

B) Análisis de los aspectos formales y estructurales de la propia escritura.

Al igual que en una entrevista es relevante observar la comunicación no verbal, también en la autobiografía, hay que prestar atención a los aspectos formales de la misma, que en este caso se traducen en:

- El modo de adjetivar, si son abundantes o apenas existen, la singularidad de los adjetivos, la emocionabilidad de los mismos, la propiedad con que los emplea, etc.
- El uso y significado de los verbos que elige
- La utilización de los pronombre o nombre propios
- La necesidad de poner signos de admiración e interrogación
- El modo en que el relato es básicamente una narración o se utilizan el diálogo entre las personas involucradas
- El sentido poético del lenguaje o el estilo llano, breve, cortante, burdo, etc.

- Los aspectos gestálticos de figura-fondo, es decir, cuánto ocupa el escrito en el papel, los márgenes, los espacios libres...
- Y sin duda, hay que observar la grafía y ortografía que indican aspectos particulares de la persona evaluada

Cualquier evaluador sabe que estos datos iniciales propician una aproximación a la problemática del paciente y que conocerlos enriquece la evaluación. Consiguientemente, muchos de estos datos serán objeto de tratamiento terapéutico, como se verá a continuación.

2. LA AUTOBIOGRAFÍA COMO TÉCNICA TERAPÉUTICA

La autobiografía es una técnica muy versátil, adaptable no sólo a distintos problemas y casuística, sino también a enfoques teóricos múltiples que respaldan las principales maneras de entender hoy en día la psicoterapia. Si bien la propia narración autobiográfica brinda un marco para las experiencias vividas (Cates, 2010; Epston, White y Murray, 1996; Stolorow, 2007), cualquier técnica de trabajo psicológico a su vez ha de insertarse en algún marco teórico. De hecho, el marco teórico aporta al terapeuta variables, relaciones hipotéticas entre ellas, objetivos, procedimientos, claves de interpretación, etc. Todo lo cual facilita el trabajo científico, y la organización de la información que los pacientes vierten en la autobiografía y cualquier otra técnica.

La técnica de la autobiografía cabe considerarla de utilidad terapéutica desde dos perspectivas complementarias: a) Como técnica de autoayuda, utilizada de manera autónoma en los supuestos clínicos menos graves. b) A modo de apoyo de otras técnicas terapéuticas especializadas para el tratamiento de los trastornos mentales desde la perspectiva estrictamente psicopatológica.

La vida de cualquiera está compuesta de palabras y de actos, podíamos añadir que de elocuentes omisiones y silencios, de modo que a través del relato autobiográfico es posible apresarlos, reflejar con las propias palabras el recorrido vital de uno mismo, enfatizando en los aspectos más significativos y de la manera personal que se prefiera (Jodorowsky, 2004).

A través de la autobiografía se pueden trabajar psicoterapéuticamente aspectos referidos al desarrollo (Bruner, 1985), dimensiones evolutivas y del curso vital, características personales y psicosociales, entre ellas la propia identidad, el ajuste a distintos niveles, la madurez alcanzada... Tras la narración realizada y las primeras sesiones evaluativas, el contenido y los aspectos formales de la autobiografía podrán analizarse en profundidad como proceso dialéctico entre: 1) Pasado, presente y futuro. 2) Lo aprendido y lo innovado. 3) Estabilidad y cambio. 4) Interacción entre cambios biológicos, psicológicos y sociales. 5) Equilibrio entre la asunción del autoconcepto y los cambios de rol. 6) Masculinidad y feminidad, etc. (Serra y Zacarés, 1991). La persona madura sabe recoger en su autobiografía aspectos reales, con sus claroscuros, evitando la idealización debida, por ejemplo,

a la nostalgia, etc., asumiendo su pasado.

La información suministrada por el paciente en la autobiografía puede ser utilizada terapéuticamente de distintas formas: 1) A modo de conexión de experiencias y acontecimientos varios. 2) Como fuente de sugerencias para la movilización de recursos terapéuticos. Es más: “las vidas y las relaciones de las personas son moldeadas por los conocimientos y los relatos que usan para dar significado a sus experiencias” (Epston, White y Murray, 1996, pp.123 y 134).

La autobiografía puede proporcionar similares beneficios que la psicoterapia en general proporciona al paciente, esto es, comprensión, apoyo, nuevas experiencias y nuevos conocimientos que pueden contribuir a (Ursano y Silberman, 2006). Como bien apunta Jodorowsky (2004).

Consignas para el tratamiento

Cuando el profesional desea utilizar esta técnica de la autobiografía como herramienta de intervención terapéutica, puede proponer consignas acordes con sus objetivos. Son consignas útiles las siguientes:

- a) “Me gustaría que re-escribiera fragmentos de su vida a partir de las personas que han sido importantes para Vd., por ejemplo su madre”. Se le indica que otro día se elegirá otro personaje. Es muy instructivo ver la propia autobiografía en relación a cada uno de los personajes importantes de su historia. Para el propio narrador aporta un plus de conocimiento personal y de relativismo en lo que a su personalidad se refiere.
- b) “Escriba su autobiografía desde el mapa de su cuerpo”. Esta es una consigna muy sensorial y emotiva. “Recorra el mapa de su cuerpo y a través de él vaya resituando su autobiografía. Puede iniciarse con cualquier parte que a Vd. le interese, por ejemplo las manos, la piel, el sexo, el pelo...” Esta perspectiva cambia la forma de narrar y, por supuesto, es difícil respetar la cronología. Importa más lo sensorial y relacional, el dolor, la enfermedad, las significaciones específicas, los recuerdos inéditos, etc. Al propio entrevistado le plantea un reto que le obliga a verse a sí mismo sin tanta racionalidad como en otros supuestos.
- c) “Haga, en este momento, una autobiografía parcial, limitada a alguna etapa de su vida que, por alguna razón, la reconozca asociada al motivo de la consulta y por ello le parezca más importante”.
- d) La autobiografía puede redactarse desde el punto de vista de otro observador, por ejemplo, “escriba pensando qué opinaría de Vd. su madre (o cualquier otro personaje que se considere oportuno) si escribiera su vida”. Este desdoblamiento, el mirarse desde los ojos de los demás, ayuda a revelar y trabajar terapéuticamente otras facetas interesantes, acaso inesperadas, de la personalidad del paciente.
- e) En ocasiones, durante el proceso terapéutico, se le pide que dedique un

apartado final para exponer “qué tareas tiene todavía pendientes en su vida y desearía completar”

- f) En ocasiones, se plantea la cuestión del final de la vida, sugiriéndole que escriba sobre cómo le gustaría al autor que terminara su autobiografía si estuviera en su mano poder elegir su final”.

Esta riqueza de sugerencias y propuestas de contenidos permite la re-elaboración terapéutica de la propia vida desde una dimensión del cambio progresivo.

La utilización de la autobiografía de intención terapéutica

No se olvide que el objetivo básico de la situación terapéutica, cualquiera que sea el apoyo que reciba de unas u otras técnicas, es permitir hablar y sentir al individuo, que salga el niño que hay en cada persona (Miller, 1992). A través de la autobiografía se rompe ese mutismo y se puede facilitar tanto el abordaje de determinados contenidos como la transición a la interrelación personal, comprometida y directa, de la entrevista. En este sentido, los estudios de Fivush (2001, 2004, 2010) exponen la fuerza sanadora de dejar que el “silencio hable” y se transforme en una construcción social de la propia experiencia que no debe ser ignorada. Es esta la dimensión terapéutica común a todas las terapias narrativas.

En la fase de intervención, el terapeuta analiza a través de la técnica de la autobiografía los procesos disfuncionales y problemas significativos que presenta el paciente, bien en relación consigo mismo como con respecto a su relación con los otros, tanto en el pasado, como en el presente y, por supuesto, las proyecciones inevitables hacia el futuro, que es el que en definitiva determina con más fuerza la conducta presente en el paciente. Nunca el clínico debe ignorar en su trabajo evaluador y terapéutico los componentes explícitos e implícitos que apuntan al futuro del paciente (metas, planes, ideales...), tal como él lo anticipa, lo desea o lo teme.

Como se ha visto, un componente central que propicia la autobiografía, de gran importancia en la terapia, es la toma de conciencia de sí mismo y de los problemas que afectan al paciente. Esta toma de conciencia acrecienta el propio conocimiento y entrena un mirar hacia dentro, ligado a la comprensión profunda, que es un factor facilitador del cambio terapéutico.

En el proceso que vive el paciente de contar por escrito y oralmente lo que le pasa, lo que le pasó, lo que siente y piensa, etc. se activan en él distintas funciones cognitivas y se potencia la observación de sí mismo, así como las oportunidades de relacionar sus experiencias con potenciales explicaciones de las mismas. Para Quiñones (2000), al contar la historia de su vida se le brinda una oportunidad de generar ideas que le conduzcan a un mejor entendimiento del problema y de sí mismo como persona, de tratar la tensión asociada con acontecimientos pasados, de exteriorizar o hacer explícitas esas emociones, re-experimentar y entender la emoción real y examinar procesos privados asociados o no con la narración de sus

problemas.

Otra oportunidad de gran interés, a resaltar de entre las que se abren con la utilización de la autobiografía como técnica terapéutica, es “liberar al yo de las fuerzas de la represión” (White, 2002, p. 265), la cual suele estar en el núcleo de algunos problemas graves y suele interceptar la salida o solución de otros muchos (Brandao y Germando, 2009).

Todos y cada uno de los aportes que moviliza la técnica de la autobiografía y las vías que abre, alimentan y estimulan el proceso terapéutico. Es más, el hecho de que alguno o algunos de ellos se vieran bloqueados o reducidos, podría alertar de la pertinencia de considerarlos como objetos de atención discriminativa por parte del terapeuta.

Como resultado del tratamiento efectuado con apoyo de la autobiografía, el paciente descubre nuevos modos de ver las cosas e interpretarlas, reduce su negación y el rechazo a aceptar las cosas como fueron y aprende a asumirlas y a extraer de ellas nuevas consecuencias. En definitiva, el paciente aboca a una transformación doble: del modo de interpretar determinadas situaciones y, resultado de ello, de las consecuencias derivadas de los nuevos hechos. Puede, por ejemplo, pasar de interpretar (subjektivamente) el comportamiento traumático que con él tuvo su padre de supuesto maltrato y las perniciosas consecuencias en su biografía, a ver y vivir aquel pasaje de su vida de modo completamente diferente. Si se diera este tipo de cambios drásticos, la resultante es que, en adelante, la autobiografía del paciente se vería alterada sustancialmente, de modo que no sólo cambiaría en positivo él, sino también su ulterior relato autobiográfico, por más que en tanto que autobiográfico éste naturalmente se refiera al pasado. Concluimos que, a la postre, ni siquiera el pasado está definitivamente escrito para aquellos que quieren y pueden cambiar

En síntesis podemos decir que los beneficios de la autobiografía como técnica terapéutica son, entre otros:

- Poder explicarse a sí mismo, comprender desde una nueva dimensión autobiográfica.
- Exteriorizar los problemas y a su vez tomar cierta distancia de los mismos.
- Ordenar, analizar y elaborar los contenidos problemáticos.
- Liberarse, en cierta manera, de la opresión que producen los problemas no entendidos ni canalizados.
- Acrecentar el control personal sobre dichos problemas y sus consecuencias.
- Completar la visión de la propia identidad, constituida por lo que “sabemos” de nosotros mismos.
- Dialogar y elaborar con un profesional los contenidos del relato personal biográfico.
- Re-etiquetar y re-significar parte de su historia o de sus momentos más

traumáticos.

La importancia de valorar los beneficios resultantes de su intervención, o la ausencia de los mismos, a través del uso de la herramienta de la autobiografía, se ha utilizado en diversos estudios, y su utilidad no deja lugar a dudas, pero es necesaria utilizarla con el rigor que se merece (Blustein, Kenna, Murphy, Devoy y Dewinw, 2005; Bujold, 2004; Rehfuss, 2009).

Habilidades del terapeuta

Con las autobiografías sucede como con cualquier otra técnica y procedimiento de intervención terapéutica, que su eficacia en última instancia depende, por una parte, de las características del terapeuta (personalidad, destrezas técnicas, competencias, creatividad...) y, por otra, de su capacidad para movilizar las condiciones óptimas para la aplicación del tratamiento, como son la motivación, las expectativas del paciente y su implicación en el mismo.

El terapeuta ha de contar con las habilidades necesarias para extraer de la autobiografía los datos relevantes para ahondar en ellos, valorarlos y asimismo planificar y pautar el tratamiento apoyado en entrevistas. Alentará al paciente a facilitar información complementaria y a desarrollarla tanto como sea necesario para generar los cambios terapéuticos deseados.

Entre las habilidades que han de acompañar al terapeuta en general se cuentan: la aceptación del paciente, la autenticidad, la habilidad para despertar confianza y disposición a colaborar, el respeto, la comprensión empática... , en definitiva, lo que se entiende por profesionalidad (Kleinke, 1995, Ruiz, 1998; Ibáñez, 2010).

La empatía por parte del terapeuta actúa a modo de puente que conecta con la experiencia del paciente, lo que facilita la correcta interpretación de los mensajes escritos (y en su caso complementados por otros orales), así como la comprensión real de los mismos, evitándose así el riesgo de identificarlos con las interpretaciones que brotan directamente de la subjetividad del terapeuta. De hecho, si se desea acertar en la labor interpretativa, además de la organización y contextualización de los mensajes, es muy importante movilizar el componente de acercamiento empático.

Las principales habilidades que las psicoterapias promueven, sobre todo desde los enfoques cognitivos y humanistas, son las idóneas para trabajar con relatos autobiográficos, entre ellas (Bohart, 1992):

- Aprender a procesar y prestar atención a ciertos tipos de información que antes el paciente evitaba.
- Intentar apartar al paciente de las abstracciones y especulaciones, conduciéndole a la confrontación con los datos reales.
- Contrastar las hipótesis en el proceso de intervención, ateniéndose a los datos que el paciente proporciona.
- Saber trabajar con los sesgos memorísticos y resignificarlos en el proceso de tratamiento..

- Trabajar con metas reales, provenientes del contexto que la autobiografía ofrece.
- Reconstruir el significado de la propia vida pasada y presente.

Si se analizan con detenimiento éstas y otras tareas que las psicoterapias tratan de impulsar, se verá que las autobiografías proveen de elementos susceptibles de ofrecer gran interés para trabajar con ellos y poder llevarlas a término.

3. LA AUTOBIOGRAFÍA COMO TÉCNICA DE AUTOAYUDA

La autoayuda ha experimentado en las dos últimas décadas un desarrollo extraordinario y se ha popularizado su uso a través de la proliferación de obras que guían al respecto. En la autoayuda, como el mismo término lo dice, es el paciente el que, en un contexto de terapia bibliográfica autoaplicada se ocupa de internarse en ella como protagonista total: él necesita ayuda y la recibe a través de sí mismo, con la guía compuesta de directrices y sugerencias marcadas por expertos. Los posibles cambios son autogenerados. En este contexto la autobiografía goza del poder de propiciar el autoconocimiento y el consiguiente cambio impulsado por uno mismo.

Además, la técnica de la autobiografía, por su centralidad en el individuo, su flexibilidad y dinamismo, se constituye en un recurso psicoterapéutico compatible con otros manuales de autoayuda. Es fácil, por ejemplo, imaginar a una persona pesimista y amargada, pero que conserve algún sentido de la ironía y humor, combinando la lectura de “El arte de amargarse la vida”, de Paul Watzlawick (2000) con otras distintas posibilidades, la atenta lectura de ese texto y a la par confeccionando su autobiografía. Esta persona podrá reflexionar sobre su tendencia a convertir lo cotidiano en insoportable y lo trivial en desmesurado y pasar tal vez a reenfocar la manera de ver y valorar las cosas y su propia personalidad. O bien, por poner otro ejemplo, a una persona que deseando corregir su visión superficial de la existencia, recogida en su autobiografía, con el fin de mejorar la espiritualidad y llegar a alcanzar lo mejor de sí mismo para así poder proyectarlo en los demás, se ayuda leyendo “Tus zonas mágicas”, de Dyer (2001).

De hecho, un lema extraído de la literatura de autoayuda puede erigirse en el principio rector ideal para la confección de cualquier autobiografía cabal: “Nadie es mejor que tú y tú no eres mejor que nadie”. La deseable espontaneidad y autenticidad son garantías de validez de cualquier tipo de autoinforme, entre ellos, la autobiografía (Ibáñez, 2010).

El potencial de autoayuda ha sido reconocido por los propios pacientes en el simple hecho de relatar, ordenar, dar sentido y significación a los problemas que les aquejan. Sin duda que muchas autobiografías han tenido este efecto sanador por la circunstancia de ser escritas, plasmadas en un papel, ser releídas, asimilados sus contenidos, recordados, reflexionados, etc. (Morgan, Graves, Poggi y Cheson, 2008; Warner, et al., 2006).

4. LA RE-CONSTRUCCIÓN AUTOBIOGRÁFICA COMO EFECTO DEL TRATAMIENTO

La utilización eficaz de la autobiografía como recurso terapéutico, a la vez que combina las funciones de recogida de información para la evaluación del caso (síntomas, rasgos de personalidad, contexto...), incluye impartir instrucciones iniciales para su adecuada realización, así como en el proceso de trabajar la información relevante vertida en ella con fines terapéuticos.

El propio narrador refleja el modo de interpretación aplicado en su autobiografía a sus experiencias, en función de la re-estructuración aplicada y del sentido otorgado (Ricoeur, 2008), pues al narrar se ve obligado a elaborar las informaciones, ordenar sus experiencias, sus pensamientos y valoraciones sobre ellos y, en suma, consumir la interpretación suya. En este sentido, la capacidad de re-construir la propia vida a través de la autobiografía ha sido utilizada por pacientes aquejados de diversos trastornos, (cáncer, diabetes, anorexia, depresión, abuso sexual, etc.) permitiéndoles entenderse y comprenderse mejor, aceptarse y asumir su “diagnóstico” desde una perspectiva integradora y sanadora (Leung y Chan, 2006; Leung, 2010; Neymeyer, 2004; Piana et al., 2009). Su utilidad terapéutica ha sido demostrada incluso en pacientes aquejados de psicosis o esquizofrenia (France y Uhlin, 2006; Lysaker y Buck, 2006; Lysaker y Daroyanni, 2006; Lysaker, Lancaster y Lysaker, 2003).

A las dificultades de ajuste a lo real que presenta la componente interpretativa del discurso narrativo, se suman las dificultades que se producen en razón de la dificultad que a menudo afecta al paciente de discernir en su autobiografía entre memoria y fantasía.

Por consiguiente, tanto para la comprensión como para la elaboración de los contenidos de las autobiografías, el terapeuta se ve obligado a interpretar lo que a su vez hubo de interpretar el propio paciente. En este choque de subjetividades, la prudencia es imprescindible si se desea preservar la calidad del trabajo del terapeuta. En todo caso, lo principal inicialmente es atender al significado que el paciente otorga a los episodios de su autorrelato, ya que priorizando este tipo de información el tratamiento estará mejor encauzado (Maldonado, Piana, Bloise y Baldelli, 2010).

Sin embargo, lo dicho no impide considerar que el terapeuta hará su labor terapéutica movilizandolos pensamientos del paciente y sus emociones, indagando en los contenidos de la autobiografía, en ocasiones también en algunos sintomáticamente ausentes, eludidos por alguna razón que interesará conocer. En este sentido, las preguntas constituyen un poderoso recurso durante las entrevistas. Destacamos en relación a los contenidos de las autobiografías cuatro tipos de preguntas (Kleinke, 1995; Ibáñez, 2010). En primer lugar, preguntas lineales dirigidas a conocer mejor los problemas apuntados, con su reflejo en el aquí y ahora de la vida del paciente. Preguntas circulares que permiten explorar interrelaciones

entre contenidos significativos detectados en la autobiografía o que así le parezcan al terapeuta, en su reflejo en el presente. Un tercer tipo de preguntas útiles son las preguntas estratégicas donde el terapeuta intenta modificar las formas de pensar o de actuar del paciente. Por último, las preguntas reflexivas con las que se pretende inducir a afrontar soluciones a los problemas no resueltos y a reformular los mal resueltos. En todo caso, las preguntas, cualquiera que sea el tipo a que pertenezcan, han de ser relevantes, esto es, que afecten a los objetivos de cambio, a aspectos sensibles de los problemas analizados que sean susceptibles de modificación.

El terapeuta trabajará la información autobiográfica que le llega para valorar los comportamientos de éste, según los escenarios en que discurren: público, privado, íntimo. Sin duda estos últimos, inobservables, al desarrollarse en el escenario virtual de la mente, se ven libres de coacción, pues se desarrollan en un ámbito de libertad que hace que sean más representativos de la verdadera personalidad del protagonista de los mismos (Castilla del Pino, 1996).

Respecto a las percepciones de autoeficacia elevada del paciente, correlacionan con un enfoque productivo de las tareas terapéuticas y, más en concreto, con la capacidad suya de hacer frente en positivo al “feedback” del terapeuta indicador de un fracaso (Bohart, 1992).

El terapeuta colaborará con el paciente en la tarea de acceder a la comprensión del entero relato autobiográfico (sin descuidar las omisiones, sus silencios significativos). Desde la perspectiva cognitiva de construcción social, la terapia de re-escritura (Epstein, White y Murray, 1996) se basa en la premisa de que la vida del paciente ha sido moldeada por los conocimientos y los propios relatos que él utiliza para dar significado a sus experiencias pasadas.

En todo caso, las intervenciones del terapeuta se apoyarán tanto en las informaciones autobiográficas escritas como las narradas después de modo oral en la entrevista, tomando como base las propias interpretaciones y valoraciones que de ellas realice el paciente. El terapeuta no dejará pasar la ocasión de intervenir cuando detecte que se activan o reaparecen esquemas desadaptativos, sean estos cognitivos, emocionales, conductuales o interpersonales. Quizá quepa resaltar de entre ellos los relacionales, en razón de la propia naturaleza de la interacción desplegada allí entre paciente-terapeuta.

Entre los mecanismos con poder terapéutico a fomentar en el paciente están: la creación de expectativas de autoeficacia, así como la persuasión de que el paciente obtendrá éxito si adopta la motivación, implicación y comportamientos adecuados a lo largo del tratamiento, que en este caso se inicia con la propia elaboración de la autobiografía. De hecho, de la magnitud y fuerza de la autoeficacia del paciente dependerán, en buena medida, los resultados positivos alcanzables durante el tratamiento.

Como resultado de los procesos terapéuticos activados, el relato inicial se irá transformando, reflejando los propios cambios terapéuticos producidos. Así, los

efectos resultantes afectarán, además de y sobre todo al contenido, al propio vocabulario, sintaxis y matices de significado barajados en el relato autobiográfico ulterior resultante.

Hay que decir que el propio terapeuta acaba construyendo su propio relato del paciente (Gergen, 2006). Naturalmente, parte del relato autobiográfico que de sí mismo hace el paciente, así como de las aportaciones vehiculadas a través de la entrevista, hasta lograr al fin re-construir dicho relato inicial suplantándolo por otro más evolucionado y supuestamente más real, más objetivo, que proyecta de algún modo y devuelve, dentro de su misión terapéutica, al paciente. Evidentemente, nos referimos al relato autobiográfico reconstruido. Los estudios de Smorti (Smorti, Matteine y Buffa, 2005; Smorti, Risaliti y Cipriani, 2008) muestran la utilidad de trabajar con esta técnica como medio de auto-reconstrucción en supuestos referidos a traumas, desórdenes mentales y problemas psicológicos en general.

La reconstrucción referida es en sí misma terapéutica, ya que logra algunas de las metas dinámicas tradicionalmente asignadas a la psicoterapia: a) Aumento de la autoestima y la seguridad en el paciente; b) Liberación de emociones, impulsos, y sentimientos de frustración y agresión; c) Producción de “insight” cognitivo-emocional; d) Promoción de la aceptación de sí mismo; y e) Fomento de la integración y desarrollo de las tendencias dirigidas a metas positivas.

CONCLUSIÓN

El procedimiento de la autobiografía está, hoy por hoy, insuficientemente reconocido y aplicado en la clínica. Constituye un poderoso recurso para personalizar la atención clínica, siendo especialmente valiosa utilizada en el ámbito de la evaluación y de la intervención terapéutica bien para orientar la exploración, bien para planificar un tratamiento. Es susceptible de adaptarse a los enfoques psicológicos predominantes en la práctica profesional actual.

En el contexto de la evaluación psicológica, la autobiografía debe ser analizada más específicamente, en el marco de lo que son los autoinformes. Habrá que prestar especial atención a los posibles sesgos del recuerdo y de la reconstrucción de los datos, además de los fenómenos deformadores típicos del autorrelato, asociados a la aparición de idealizaciones, agregaciones, exageraciones, invenciones... A pesar de ello, es una de las técnicas idiográficas que mejor permiten investigar en la historia vital del paciente, los problemas que le afectan, su origen, desarrollo y efectos, así como la adecuación personal y social, la madurez y satisfacción alcanzada, etcétera.

En el contexto terapéutico tiene múltiples finalidades, ya que marca el mapa del itinerario a seguir por el terapeuta y sus hitos principales. Facilita al respecto el logro de objetivos tan importantes como la resolución de problemas, la aceptación de sí mismo, la mejora de la adaptación, del funcionamiento a todos los niveles y la satisfacción vital. Se apoya principalmente en la experiencia vivida por el

paciente, se inserta en la modalidad multimétodo, en estrecha conexión principalmente con la entrevista clínica.

No obstante, en la medida en que esta técnica no cuenta con investigación suficiente para ponderar científicamente su validez y eficacia, deberá incrementarse a fin de mejorar la estructuración del procedimiento y aislar sus componentes más importantes. De este modo se conseguirá superar la etapa de carácter exploratorio y, por así decirlo, de “ensayo clínico”, en la que en cierto modo todavía se encuentra.

La autobiografía es una técnica clínica cualitativa y semiestructurada que puede ser utilizada en distintos momentos del proceso diagnóstico-terapéutico. Constituye un valioso punto de partida de donde extraer contenidos significativos con los que trabajar terapéuticamente. Se explica la riqueza de contenido que ofrece en el proceso de evaluación, su aportación al autonocimiento del paciente y la interpretación que el propio individuo hace de sus experiencias pasadas. El tratamiento que gira en torno a la autobiografía y se apoya en ella, promueve interacciones entre terapeuta-paciente que permiten reelaboraciones y nuevas formulaciones autobiográficas que irán, poco a poco, recogiendo los cambios operados en el proceso de evaluación-intervención terapéutica. El paralelismo entre la tarea de contar verbalmente en las entrevistas lo que le ocurre y narrarlo de forma escrita se irá completando durante el tratamiento con el debido “feedback”. Ambas formas de comunicación comparten aspectos comunes y están llamadas a complementarse.

Palabras clave: *autobiografía, terapia narrativa, autoayuda y evaluación terapéutica.*

Referencias Bibliográficas

- Albert, M^a J. (1996). La biografía y autobiografía como modalidades metodológicas de investigación cualitativa. En E. López-Barajas, (Ed.). *Las historias de vida y la investigación biográfica. Fundamentos y metodología*. (pp. 187-198). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Atkinson, R. (1998). *The life story interview*. London: Sage.
- Bauer, P. J. (2006). Constructing a past in infancy: A neuro-developmental account. *Trends of Cognitive Science*, 10, 175-81.
- Blustein, D. L., Kenna, A. C., Murphy, K. A., Devoy, J. E. y Dewine, D. B. (2005). Qualitative research in career development: Exploring the center and margins of discourse about careers and working. *Journal of Career Assessment*, 13, 351-370.
- Bohart, A. C. (1992). Un modelo integrador de proceso para la psicopatología y la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 3 (9), 49-74.
- Bordieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bornat, J. (2002). Doing life history research. In A. Jamieson y C. Victor (Eds.) *Researching ageing and later life: The practice of social gerontology*. Buckingham: Open University Press.
- Brandao, T. O. y Germando, I. P. (2009). Experience, memory and suffering of women in autobiography narratives. *Psicología y Sociedad*, 21 (1), 5-15.

- Brockeimer, J. y Harre, R. (2003). Narrativa: problemas e promesas de um paradigma alternativo. *Psicologia Reflexao e Critica*, 16 (3), 525-535.
- Bruner, J. S. (1985). En busca de la mente. México: F. C. E.
- Bujold, C. (2004). Constructing career through narrative. *Journal of Vocational Behavior*, 64, 470-484.
- Castilla del Pino, C. (1996). Teoría de la intimidad. *Revista de Occidente*, 182-183, 15-30.
- Cates, L. B. (2010). Review of Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic and philosophical reflections. *Psychoanalytic Social Work*, 17(1), 59-64.
- Causton-Theoharis, J., Ashby, C. y Cosier, M. (2009). Islands of loneliness: Exploring social interaction through the autobiographies of individuals with autism. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (2), 84-96.
- Clegg, S., Tan, J., y Saeidi, S. (2002). Reflecting or acting? Reflective practice and continuing professional development in higher education. *Reflective Practice*, 3, 131-146.
- Dyer, W. W. (2001). *Tus zonas mágicas: cómo usar el poder milagroso de la mente*. Barcelona: Grijalbo.
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* (pp. 121-141). Barcelona: Paidós.
- Fivush, R. (2001). Owning experience: The development of subjective perspective in autobiographical memory. In C. Moore y K. Lemmon (Eds.), *The self in time: Developmental perspectives*. (pp. 35-52). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fivush, R. (2004). Voice and silence: A feminist model of autobiographical memory. In J. Lucariello, J. A. Hudson, R. Fivush, y P.J. Bauer (Eds.), *The development of the mediated mind: Sociocultural context and cognitive development* (pp. 79-100). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fivush, R. (2010). Speaking silence: The social construction of silence in autobiographical and cultural narratives. *Memory*, 18 (2), 88-98.
- Fivush, R., y Nelson, K. (2004). Culture and language in the emergence of autobiographical memory. *Psychological Science*, 15, 586-590.
- France, C. M. y Uhlin, B. D. (2006). Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychological Psychotherapy*, 79, 53-60.
- Frank, A. W. (2000). The standpoint of the storyteller. *Qualitative Health Research*, 10, 354-365.
- Freeman, M. (2007). Autobiographical understanding and narrative inquiry. In D. J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 120-145). Thousand Oaks, CA: Sage.
- French, A. P. (2005). Wild child. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 44, 1-1.
- Geertz, C. (1995). *After the Fact: Two Countries, Four Decades, One Anthropologist*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P., y Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negligence*, 27, 525-40.
- Hayne, H., Boniface, J. y Barr, R. (2000). The development of declarative memory in human infants: Age-related changes in deferred imitation. *Behaviour Neuroscience*, 114, 77-83.
- Hollway y Jefferson (2000). *Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative And The Interview Method*. London: Sage Publications.
- Hughes, G. (2009). Talking to oneself: Using autobiographical internal dialogue to critique everyday and professional practice. *Reflective Practice*, 10 (4), 451-463.
- Ibáñez, C. (Ed.) (2010). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica. La entrevista clínica*. Bilbao: Servicio Editorial UPV.
- Ibáñez, C. y Maganto, C. (2009). El proceso de evaluación clínica: cogniciones del evaluador. *SUMMA Psicológica*, 6 (1), 81-99.
- Jodorowsky, A. (2004). *Psicomagia*. Madrid: Siruela.
- Karlsson, M., von Post, I. y Bergbom, I. (2010). Being cared for and not being cared for—A hermeneutical interpretation of an autobiography. *International Journal for Human Caring*, 14 (1), 58-65.
- Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kohan, S.A. (2002). *Escribir sobre uno mismo*. Barcelona: Alna Editorial.
- Lejeune, P. (1991). El pacto autobiográfico. *Suplementos Anthropos*, 29, 47-57.
- Leung, P. P. (2010). Autobiographical timeline: A narrative and life story approach in understanding meaning-making in cancer patients. *Illness, Crisis, and Loss*, 18 (2), 111-127.
- Leung, P. P. Y. y Chan, C. L. W. (2006). Reconstructing the self: A qualitative study of the experience of Hong Kong Chinese breast cancer survivors. Paper presented at the 3rd Annual Conference of American Psychosocial Oncology Society, Amelia Island, Florida, February 16-19.

- Lindzey, G. y Runyan, W. M. (2007). *A history of psychology in autobiography* (vol IX). Washington, DC: American Psychological Association
- Lysaker, P. H. y Buck, K. (2006). Moving toward recovery within client's personal narratives. Directions for a recovery-focused therapy. *Journal of Psychological Nursing, 44*, 28-35.
- Lysaker, P. H. y Daroyanni, P. (2006). Facilitating the emergence of interpersonal relatedness in individual psychotherapy of schizophrenia: A case study. *Bulletin of Menninger Clinical, 70*, 53-67.
- Lysaker, P. H., Lancaster, R. S. y Lysaker, J. T. (2003). Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychological Psychotherapy, 76*, 285-299.
- Maganto, C. (2010). La autobiografía. En C. Ibáñez (Ed.). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica. La entrevista clínica* (pp. 115-137). Bilbao: Servicio Editorial UPV.
- Maldonado, A., Piana, N., Bloise, D. y Baldelli, A. (2010). Optimizing patient education for people with obesity: Possible use of the autobiographical approach. *Patient Education and Counseling, 80* (1), 56-63.
- Miller, A. (1992). *Por tu propio bien*. Barcelona: Tusquets.
- Morgan, N. P., Graves, K. D., Poggi, E. A., Bruce, D. y Cheson, B. D. (2008). Implementing an expressive writing study in a cancer clinic. *Oncologist, 13*, 196-204.
- Murard, N. (2002). Guilty victims: social exclusion in contemporary France. In P. Chamberlayne, C. Rustin y T. Wengraf (Eds.). *Biographical and social exclusion: experiences and life journeys*. (pp. 41-60). Briston: The Policy Press.
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry, 15* (1), 53-59.
- Nelson, K., y Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review, 111*, 486-511
- Padilla, M. T. (2000). Estrategias para el diagnóstico y la orientación profesional de personas adultas. Barcelona: Alertes.
- Perks, R. y Thomson, A. (1998). *The oral history reader*. London: Rotledge.
- Piana, N., Maldonado, A., Bloise, D., Carboni, L., Careddu, G., Fraticelli, E., Mereu, L. y Romani, G. (2010). The narrative-autobiographical approach in the group education of adolescents with diabetes: A qualitative research on its effects. *Patient Education and Counseling, Vol.80* (1), 56-63.
- Plummer, K. (2001). *Documents of life 2*. London: Sage.
- Quiñones, A. (2000). Organización de significado personal: Una estructura hermenéutica global. *Revista de Psicoterapia, 11* (41), 11-33.
- Reh fuss, M. C. (2009). The future career autobiography: A narrative measure of career intervention effectiveness. *The Career Development Quarterly, 58* (1), 82-90.
- Richardson, R. y Hayne, H. (2007). You can't take it with you: The translation of memory across development. *Psychological Science, 16*, 223-227.
- Ricoeur, P. (2008). *Tiempo y narración*. México: Siglo XXI.
- Ruiz, M. A. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta* (vol.1) (pp. 83-131). Madrid: Dykinson.
- Serra, E. y Zacarés, J. J. (1991). A qué llamamos madurez. *Revista de Psicología de la Educación, 3* (8), 1-18.
- Sjoberg, R. L. y Lindholm, T. (2009). Children's autobiographical reports about sexual abuse: A narrative review of the research literature. *Nordic Journal of Psychiatry, 63* (6), 435-442.
- Smorti, A., Pananti, B. Y Rizzo, A. (2010). Autobiography as tool to improve lifestyle, well being, and self-narrative in patients with mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198* (8), 564-571.
- Smorti, A., Matteini, C. y Del Buffá, O. (2005). Autobiographical reconstruction of traumatic experiences and the role of community. Paper presented at: Proceedings of First ISCAR. Seville, Spain: *International Society for Cultural and Activity Research*; 20-24.
- Smorti, A., Risaliti, F., Pananti, B. Y Cipriani, V. (2008). Autobiography as a tool for self-construction: A study of patients with mental disorders. *Journal of Nervous Mental Disorders, 196*, 531-537.
- Sparkes, A. (1993). Reciprocidad en la investigación crítica. Algunas alteraciones del pensamiento, en G. Shacklock y J. Smyth (Eds.). *Ser reflexivo en la educación crítica y la investigación científica*. Londres: Falmer Press.
- Sparkes, A. (1994). Life histories and the issue of voice: reflections on an emerging relationship. *Qualitative Studies in Education, 7* (2), 165-183.
- Stewart, M. R. (2009). Autobiographical narratives of Haitian adolescents separated from their parents by immigration: Resilience in the face of difficulty. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, .69* (11-B), 7181.

- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic and philosophical reflections*. New York: The Analytic Press.
- Stuart, H. (1993). Encoding/Decoding. En S. Doring (Ed.). *Cultural Studies Reader* (pp. 96-98). London: Routledge.
- Thompson, P. (2000). *The voice of the past*. Oxford: University Press.
- Toomela, A. (2010). Poverty of modern mainstream psychology in autobiography: Reflections on A history of psychology in autobiography. *Culture and Psychology*, 16 (1), 127-144.
- Ursano, R. y Silberman, E. (2006). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo. En R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.) *Fundamentos de psiquiatría clínica* (2ª ed.) (cap. 19). Barcelona: Masson.
- Warner, L. J., Lumley, M. A., Casey, R. J., Pierantoni, W., Salazar, R., Zoratti, E. M., Enberg, R. y Simon, M. R. (2006). Health effects of written emotional disclosure in adolescents with asthma: a randomized, controlled trial. *Journal of Paediatric Psychological*, 31, 557-68.
- Watzlawick, P. (2000). *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.



FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA 2011 – 2012

Dr. Richard Erskine
Dr. José Manuel Martínez

Esta formación consta de dos bloques teórico y práctico:

Bloque I: Fundamentos de Psicoterapia Integrativa

El primer bloque ofrece una orientación teórica de la Psicoterapia Integrativa a través del estudio de sus fundamentos. El docente Dr. José Manuel Martínez aportará las bases teóricas del modelo y una comprensión profunda sobre el método de intervención.

José Manuel Martínez es Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. Psiquiatra. International Trainer and Supervisor Integrative Psychotherapist. Analista Transaccional Supervisor (S.T.A.-I.T.A.A.-E.A.T.A.). Psicodramatista. Miembro Fundador de la International Integrative Psychotherapy Association (I.I.P.A.). Miembro Fundador y ExPresidente de la Asociación de Profesionales de Psicología Humanista y Análisis Transaccional (A.P.P.H.A.T.). Director del Instituto de Análisis Transaccional y Psicoterapia Integrativa en Valladolid.

Bloque II: Integración práctica de Psicoterapia Integrativa

El segundo bloque tiene una orientación práctica que permite por un lado integrar técnicas de la psicoterapia integrativa a partir de la experiencia vivencial, y por otro abre un espacio para el desarrollo personal del terapeuta.

En esta ocasión, el Dr. Richard G. Erskine desarrollará su visión sobre la narrativa, el cuerpo y la psicoterapia basada en la relación mediante la terapia experiencial y el debate.

Los asistentes tendrán la oportunidad de observar y vivir la experiencia de la indagación fenomenológica e histórica, el reconocimiento, la validación, la normalización y la presencia terapéutica. A través de la terapia en vivo se explorará la emoción, el ritmo y la armonización del desarrollo, las necesidades relacionales y los conceptos de la empatía emocional y vicaria.

El Dr. Richard Erskine es psicólogo clínico, director del Integrative Psychotherapy Institute de New York. Fundador de la International Integrative Psychotherapy Association. Training and Supervisor Transaccional Analyst. Psicoanalista del Estado de New York.

Para una mejor comprensión del segundo bloque práctico se recomienda haber realizado el bloque teórico de Fundamentos de Psicoterapia Integrativa o poseer conocimientos del modelo.

Fechas y horario:

● **Bloque I:**

Fundamentos de Psicoterapia Integrativa

16 de septiembre 2011 (16h a 20h)

23 de marzo 2012 (16h a 20h)

25 de mayo 2012 (16h a 20h)

Precio: 240 €

● **Bloque II:**

Integración Práctica de Psicoterapia Integrativa

Del 15 al 18 de junio 2012

Horario de 9h a 18.30h

Precio: 850 €

Lugar: CEP Eric Berne, C/Mallorca 339, Barcelona

Inscripción online www.cepericberne.com

Para más información contactar con info@cepericberne.com

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO: REELABORACIÓN DE LA HISTORIA DE MARIA

Maria Figueras Vives
FPCEE/SAAP Blanquerna
MariaFV@blanquerna.url.edu

Núria Grañó Solé
FPCEE/SAAP Blanquerna
Nuriags@blanquerna.url.edu

Lluís Botella García del Cid
FPCEE/SAAP Blanquerna
Lluísbg@blanquerna.url.edu

This article presents a case study of emotional distress which was approached from a narrative constructivist perspective. The work structure is as follows: firstly the case and the method used is contextualized, secondly the description of the client is provided, thirdly the conceptual framework guiding the therapist intervention is described, fourthly the challenges and the client goals are assessed, fifthly a treatment plan is formulated. Finally the course of the therapy is described and an evaluation of the results of the therapy is made.

Keywords: emotional distress, narrative therapy, the family's relational dynamics, case study.

1. Contexto del caso y método

En este artículo analizaremos un caso de psicoterapia trabajado básicamente desde una perspectiva constructivista. Seguidamente vamos a justificar por que hemos elegido el siguiente caso así como a describir cual fue la metodología de trabajo y el encuadre clínico.

Este caso fue seleccionado como estudio de caso único debido a que ilustra de manera clara la evolución positiva de la paciente y porque ejemplifica diversas cuestiones teóricas de relevancia según la visión constructivista integradora,

mostrando la eficacia de esta concepción teórica en este caso.

Para maximizar el rigor metodológico del estudio de caso se han incluido anotaciones de todas las sesiones de la terapia que tuvo lugar en un centro médico ambulatorio privado de Barcelona. Estas nos han permitido el estudio detallado de los datos recopilados, así como la citación textual de algunos comentarios y hechos más relevantes de las sesiones terapéuticas. Por este motivo se ha tenido en cuenta información tanto cuantitativa, obtenida a través de escalas y cuestionarios administrados al inicio de algunas sesiones; como cualitativa, contrastando y compartido datos recogidos y opiniones entre las terapeutas del caso y otros profesionales del equipo de supervisión semanal.

Para conocer la situación y la evolución de la paciente durante el transcurso del tratamiento, se ha administrado el cuestionario de Evaluación de Resultados CORE Outcome Mesasure (Barkham, M. et al.; 2001). Es un cuestionario de 34 ítems auto administrado que evalúa el estado del cliente centrándose: 1- bienestar subjetivo; 2-problemas/síntomas; 3- funcionamiento y 4- riesgo.

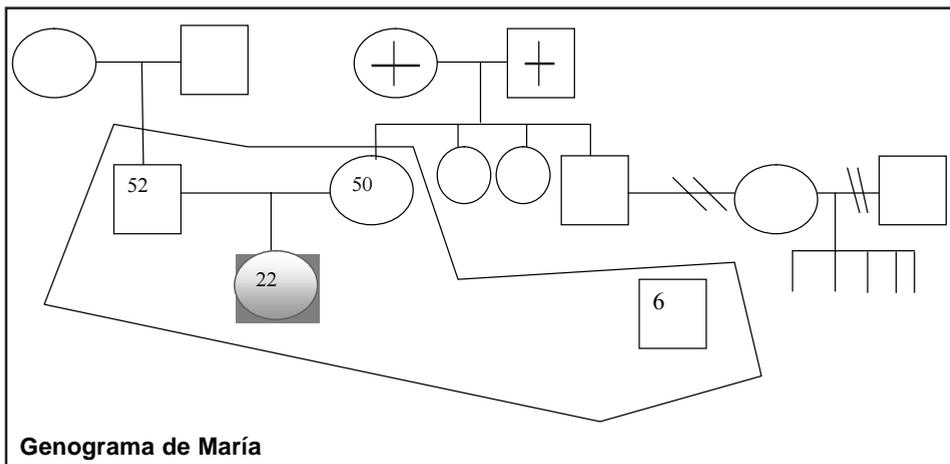
Para evaluar el alianza terapéutica se ha utilizado el WATOCI (Working alliance Theory of Change Inventory) que es una versión modificada de la original WAI (Working alliance Inventory) de Horvath y Greenberg (1986), revisada posteriormente por Corbella y Botella (2004).

Es necesario decir que todos los datos que se exponen aquí provienen del testigo de la paciente, que se asume decir la verdad, siguiendo una “actitud crédula” (Kelly, 1955, p.322), como experta en sí misma y en su vida, para poder ser ayudada. Por este motivo, la atención se ha centrado en la vivencia subjetiva de su realidad y no tanto en hechos objetivos pasados.

Para garantizar la confidencialidad han sido modificados algunos datos personales que permitían reconocerla, procurando mantener la información relevante para la comprensión del caso y su abordaje.

2. La paciente

María es una chica de 22 años que está estudiando una licenciatura. Ésta guarda estrecha relación con el mundo de la psicología hecho que hace que tenga grandes conocimientos sobre conceptos psicológicos que la ayudan en las sesiones. Actualmente su constelación familiar se encuentra constituida por su madre, su padre y un primo hermano que está con ellos desde que tenía 11 meses; inicialmente a modo de acogida pero desde hace tres años con adopción. Su primo se llama Ángel, es el hijo más pequeño de sus tíos maternos. Debido a los problemas de drogodependencia de su madre biológica y la poca cura que el padre le brindaba, el EAIA les retiró la custodia. Se le propuso la acogida inicialmente a la abuela materna de Ángel pero al ver que ella no podría hacerse cargo demasiados años debido a la enfermedad degenerativa que sufría, la misma le propuso a la madre de la María, su hija mayor y con quien tenía más confianza, que se hiciera cargo hasta



que la madre (biológica) se rehabilitara. De lo contrario, Ángel tenía la posibilidad de ir en acogida a con una familia de Girona. El EAIA pedía una respuesta rápida y con el consentimiento de Josep, el padre de María realizaron el procedimiento de acogida del niño. Con once meses Ángel presentaba graves problemas fisiológicos y de relación pero los médicos lo atribuían a las condiciones ambientales que había sido expuesto y a la poca estimulación que había recibido. La paciente asegura que no aguantaba la cabeza derecha, las piernas le temblaban (le faltaba fuerza), la mirada estaba perdida y triste y no sonreía; y con el paso del tiempo se le ha diagnosticado espectro autista, lo que ha cambiado la vida a la familia de la paciente.

María mantiene poco contacto con su tío (padre biológico de Ángel) lo describe como una persona con pocos recursos económicos, “limitado” intelectualmente y “extraño” de carácter. Los domingos es el día que los pasa con Ángel pero la paciente asegura que cuando el niño ve su padre su conducta es de fuga y en el regreso se puede apreciar un estado nervioso en el niño.

Explica que la llegada de Ángel a su casa se produjo cuando ella tenía dieciséis años y que la noticia se la comunicó su padre en el coche, volviendo del instituto, diciéndole: “tendrás un hermanito”. Ella pensó que su madre estaba embarazada hasta que le clarificó que era Ángel que venía una temporada a vivir con ellos. María afirma que es un tema que tiene pendiente solucionar porque la llegada del niño a su hogar le produjo sentimientos muy contradictorios que nunca ha podido expresar, y que es un tema que le ha estado preocupando significativamente en los últimos años.

La paciente es una chica que ha compaginado el trabajo con sus estudios; a menudo eran trabajos relacionados con el ámbito educativo que le es de gran interés profesional excepto este año que se dedica exclusivamente a finalizar la carrera y a hacer las prácticas de esta.

Se define como una chica dependiente de su madre e insegura cuando debe

tomar decisiones. Asegura que se exige mucho a sí misma y que le da muchas vueltas a las cosas. Le preocupan los rituales que debe hacer cuando se siente ansiosa (tocar cosas varias veces) y los miedos irracionales (por ejemplo a morir de un ataque de corazón).

María tiene la teoría de que los problemas y vivencias de su pasado así como la acogida de la Ángel, repercuten de alguna manera a su situación actual y está dispuesta a abordarlos mediante un proceso psicoterapéutico; cree que el trabajo psicológico podría ser una manera de integrar todos los sentimientos contradictorios que actualmente le producen malestar y tristeza. Según la paciente, necesita orientación y ayuda en referencia a su preocupación por el que siente por su hermano, como ella lo define: por una parte asegura que ha sido una alegría muy grande tenerlo en la familia pero por otra siente que tanto sus padres como ella deben *cargar* con el problema de tener un hijo discapacitado. Esto le genera sentimientos muy contradictorios y no se permite sentir emociones como tristeza y rabia.

Describe la llegada de Ángel como muy positiva sin negar los cambios que ha habido a nivel de reestructuración familiar. Relata que la relación entre sus padres siempre ha sido buena aunque en los últimos años ha cambiado por el “problema” de su hermano y por buscar una “etiqueta” a este problema que permita encontrar la solución. La visita a numerosos médicos sin obtener respuestas claras han traído un estado de preocupación a la familia.

Según los datos obtenidos en la evaluación inicial, María es concedora del que es un proceso psicoterapéutico y se muestra motivada por iniciar un tratamiento. Sus expectativas de mejora son elevadas y espera sentirse mejor con ella misma. La interferencia de los problemas que explica la paciente en su vida es de siete en una escalera que va de cero a ocho, donde ocho significa mucha interferencia y cero significa ninguna interferencia. Se puede deducir que el malestar subjetivo es elevado y por lo tanto, estará más predispuesta a introducir cambios. Con su discurso se intuye, que se encuentra en la etapa de contemplación según Prochaska, (1999): “quiere cambiar pero no sabe como hacerlo”. Teniendo en cuenta estas cuestiones podemos predecir que es un caso de buen pronóstico psicoterapéutico.

En esta misma sesión inicial de evaluación acordamos que las metas terapéuticas de la paciente son las siguientes:

- Dar otro significado al cambio que se produjo cuando llegó su hermano con el objetivo de digerir los sentimientos que tiene contradictorios hacia su hermano.
- Mejorar la relación con su hermano y con sus padres.

3. Marco conceptual de la intervención. Fundamentos empíricos y clínicos

A continuación se presenta una síntesis del marco conceptual que ha guiado la intervención, exponiendo por una parte, algunas ideas básicas del constructivismo y de la Psicología de los Constructos Personales (PCP) de George A. Kelly (1955/

1991) y por otra, se hará referencia a la integración; una actitud que ha sido muy presente en el caso presentado.

Dado que no es posible expandirnos en las implicaciones del constructivismo, sólo destacar que se ha mantenido siempre una actitud abierta hacia varias visiones y orientaciones psicológicas, desde la coherencia teórica y el eclecticismo técnico. De este modo se ofrece una teoría, unas estrategias y unas técnicas adaptadas a la paciente que facilitan la alianza y el cambio terapéutico; sin pretender que sea el cliente el que se adapte a estas, pudiendo generar una sensación de incompreensión que dificulta la alianza terapéutica y el éxito de la terapia.

Según el enfoque constructivista el conocimiento es una construcción subjetiva de la experiencia humana y resulta válido cuando es viable a través de la coherencia interna y el consenso social. Se deduce después de que no existe una única verdad dogmática sino múltiples maneras de interpretar la realidad. El ser humano es visto como proactivo y no como reactivo: busca activamente dar significado a la experiencia y lo hace a través del lenguaje. “La multiplicidad de significados sólo es posible gracias al poder creativo y múltiple del lenguaje y del discurso humano” (Gonçalves, 2002; p.20). Y como afirma Neimeyer (1998, p.32) “los seres humanos tienen negado el acceso directo a la realidad inmediata más allá del lenguaje”.

La experiencia es organizada jerárquicamente en unidades básicas de significado o constructos (dimensión avaluativa bipolar que discrimina entre elementos en función del atributo específico que abstrae, Bannister y Fransella, 1986, p.171). Es después cuando la evaluación y el conocimiento del ser humano se basan en métodos cualitativos, no tanto cuantitativos, y en el análisis hermenéutico de sus narrativas.

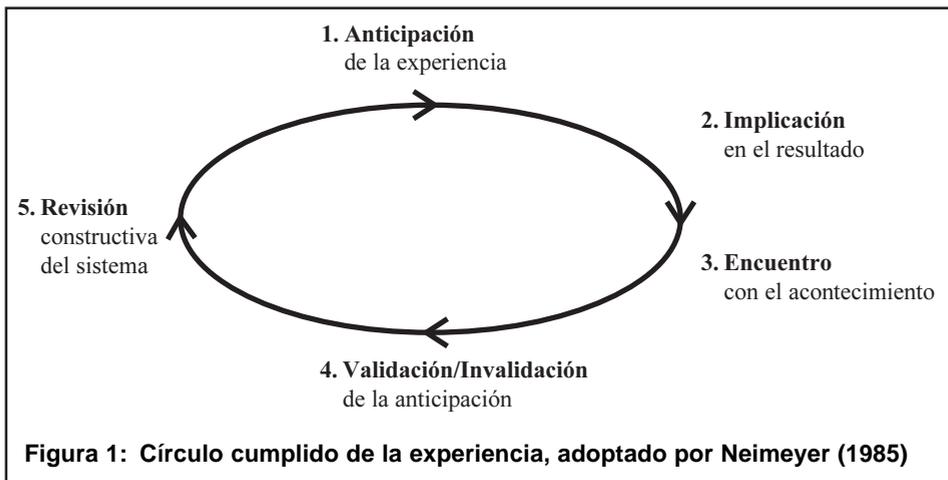
En este sentido, Mahoney (1988,1991) presenta tres características básicas comunes a la teoría psicológica constructiva: 1) la consideración del ser humano como agente proactivo en la construcción de sus propios significados, que anticipa hipótesis y busca la coherencia interna de sus sistemas; 2) la existencia de una estructura jerárquica que organiza los significados, de forma que los constructos nucleares forman parte de la identidad y proporcionan estabilidad dinámica y continuidad temporal, generando mayor resistencia al cambio; mientras que existen otros constructos periféricos subordinados a los anteriores más susceptibles de cambiar; 3) el desarrollo dinámico de la autoorganización como proceso no lineal: el ser humano va sufriendo “perturbaciones” como resultado de nuevas experiencias y la resistencia al cambio, lejos de ser un proceso patológico, acontece una forma de mantener la integridad del sistema. En la misma línea, Neimeyer, (1998) planea cuatro metáforas de la psicoterapia constructivista que ilustran muy bien las diferentes visiones de la práctica psicoterapéutica, especialmente a un nivel teórico concreto, que pertenece a varias tradiciones que, aún así, mantienen los cuatro principios comunes del constructivismo como epistemología: 1) *La terapia como*

ciencia personal constituye la piedra angular de la PCP formulada por Kelly y será abordada más adelante con mayor profundidad; 2) Se caracteriza por prestar mayor atención a las fases evolutivas primarias, así como a las relaciones de apego. Defiende que los *cuestionamientos profundos de sí mismo* se deberían basarse en un descubrimiento cuidadoso y guiado; 3) *La terapia como reconstrucción narrativa*, en tercer lugar, parte de la redescrición biográfica de las historias vitales es decir, el cliente busca terapia cuando se siente identificado con su problema y está sujeto a una narrativa dominante prototípica que incapacita, delimita o niega su persona (White y Epston, 1990). Es después cuando el terapeuta, en una relación de experto a experto, ayuda a experimentar con nuevas posibilidades para hacer emerger narrativas alternativas más funcionales y coherentes por el cliente; 4) La cuarta metáfora propuesta por Neimeyer es la *terapia como una elaboración convencional*. Esta proviene de la tradición familiar sistémica que parte de que el significado surge en una acto comunicador en vez de estar presente en el sí mismo individual. “El terapeuta actúa como director de la conversación por co-construir una nueva historia con la familia que tenga coherencia, que sea relevante por los que luchan alrededor del problema y que se les dé una sensación de posibilidad elaborativa” (Loos, 1993. Citado a Neimeyer y Mahoney, 1998. P.43).

En este sentido, otro autor destacado es George A. Kelly (1955/1991) que presenta la Psicología de los Constructes Personales (PCP). Aquí se puede distinguir un postulado fundamental seguido de once corolarios que desarrollan diferentes aspectos de este. Partiendo del postulado fundamental según el cual “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos” Kelly (1955/1991), el significado que le damos a la experiencia es una construcción personal y por lo tanto existe la posibilidad de reinterpretar la realidad de una manera diferente.

Este autor a través de la comparación con el método científico, describe el proceso según el cual la persona atribuye un sentido a la experiencia; el científico elabora hipótesis de la realidad basándose en sus conocimientos previos para después tratar de validarlas o rehusarlas. Por lo tanto, las anticipaciones de la experiencia determinadas por el sistema de constructos de la persona guían las acciones posteriores y confieren a las teorías previas un valor predictivo de la conducta futura. Kelly describe el proceso según el cual se anticipa y se contrasta la experiencia y lo denomina “Círculo completo de la experiencia”. Véase Fig. 1.

La primera fase (1) hace referencia a la generación de hipótesis o anticipaciones basadas en las teorías preexistentes confirmadas en círculos anteriores. La implicación en el resultado (fase 2) dependerá del que suponga una invalidación de la hipótesis; es decir, cuanto más nucleares sean los constructos, mayor será la implicación en el resultado de la contrastación subjetiva con la realidad. El encuentro (fase 3) con el acontecimiento posibilita la validación o invalidación de la hipótesis (fase 4), haciendo posible dos opciones: la aceptación de la hipótesis al



ser esta validada, reafirmando el valor otorgado a los constructos implicados; o rechazando la hipótesis inicial, obligando a hacer una revisión constructiva de la teoría previa que ha precedido la hipótesis desconfirmada (fase 5). El círculo se cierra cuando el nuevo sistema de constructos personales revisado permite generar nuevas predicciones (fase 1).

De esta manera el funcionamiento óptimo del individuo según la PCP consiste en la sucesión indefinida de círculos completos de la experiencia, incrementando la eficacia predictiva de un sistema de constructos personales cada vez más coherente, extenso y organizado. Es por esto, que el trastorno mental se relaciona con el bloqueo del individuo en una de las fases del círculo, considerando de mayor gravedad el bloqueo en las primeras fases del círculo que en las últimas.

La PCP plantea un cambio en el sistema de significados del cliente que le permita reinterpretar la experiencia de forma que pueda atribuirle sentido y seguir generando anticipaciones óptimas. Ofrece una alternativa a la manera inicial que uno tiene de interpretar la realidad para que pueda volver a iniciar el círculo de la experiencia.

Desde esta perspectiva se respeta el equilibrio entre la preservación y la alteración de estructuras de significado, necesarias por todo ser humano (Neimeyer, 1988). Es la tarea del terapeuta tolerar y permitir que las dudas y las resistencias puedan aparecer en el proceso de cambio, como dice Mahoney (1991, p. 283) “el cambio psicológico significativo raramente es fácil o rápido”. La resistencia se entiende como el conflicto intrapersonal, necesario para preservar el sentido de su identidad y la acción dirigida al cambio (Corbella y Botella, 2004).

Como concluye Lambert (1986), los factores comunes representan el 30% del cambio terapéutico, por lo tanto influyen en el resultado de la psicoterapia siendo un ingrediente activo de esta. Uno de ellos es la alianza terapéutica. “La calidad de

la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito psicoterapéutico” (Safran y Muran, 2005, p. 25). El cliente debe sentir que en el espacio terapéutico puede experimentar con nuevos significados y constructos sin poner en peligro o atentar contra las estructuras de significados preexistentes. También la visión del terapeuta como agente validador de sus anticipaciones facilitarán la alianza terapéutica y el cambio.

4. Evaluación de los problemas, metas, competencias e historia del cliente

Después de comentar el marco conceptual que ha guiado la intervención, se puede proceder a vincular la teoría con el caso concreto presentado. Debemos decir que se trata el caso desde una óptica integradora dónde se analizarán la demanda, el problema, la historia, las metas y las narrativas de la paciente por poder entender el posterior plan de tratamiento y estudiar la evolución y eficacia de esta.

Cuando María tenía 16 años sus padres decidieron acoger su primo germano (por parte de familia extensa materna) debido a las malas condiciones ambientales que este estaba expuesto. El EAIA propone a la madre de la paciente tener este niño de once meses de edad en régimen de acogida hasta que su madre biológica estuviera rehabilitada de varias adicciones. La llegada de Ángel coincide con la adolescencia de María, una etapa evolutiva dónde se conforma la identidad de uno mismo y los cambios hacia la independencia son los predominantes.

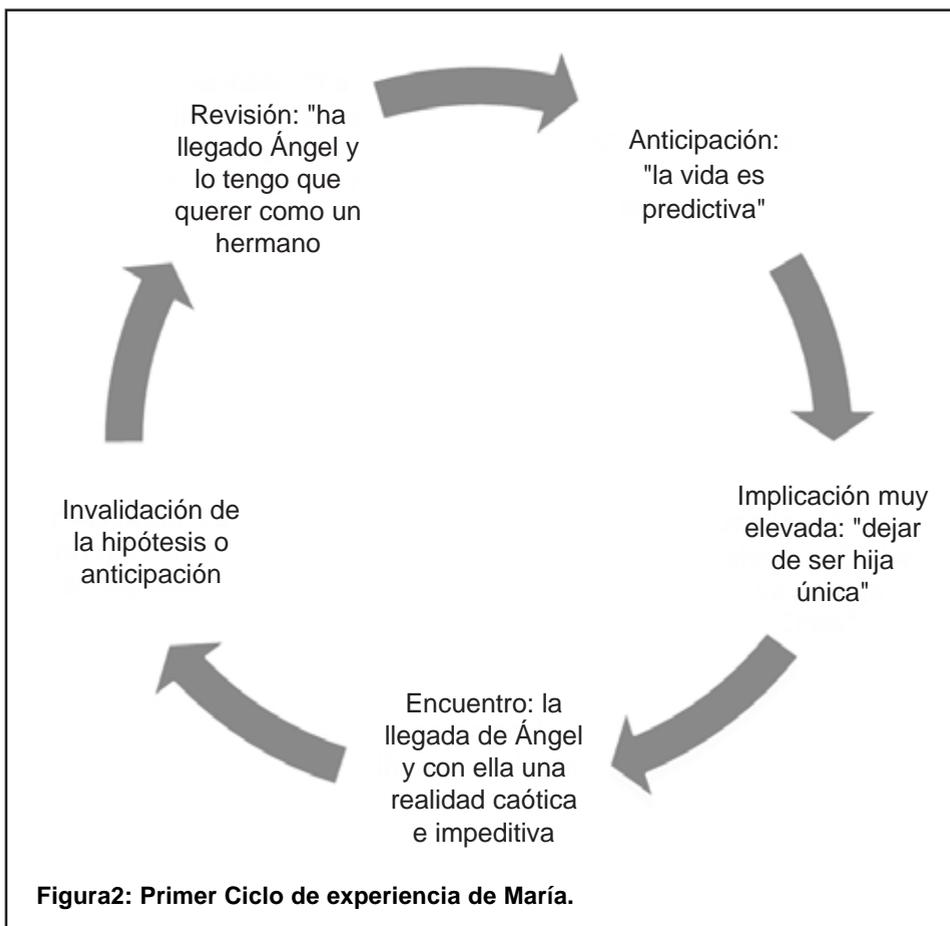
María con dieciséis años pasa de una infancia ideal hacia la elaboración repentina del cambio que supone para ella este “hermano”. Esta elaboración le promueve unos sentimientos que no puede manifestar debido a la discapacidad que presenta Ángel. Autores como Juan Luís Linares hablan de los “hermanos de los Ángeles” refiriéndose a aquellas personas que no pueden expresar sus sentimientos hacia sus hermanos con discapacidad porque no está bien visto, socialmente, enfadarse, gritar o pelearse con una persona discapacitada. Esto hace que haya una invalidación continua de los sentimientos, en este caso la tristeza y la rabia por haber cambiado y hipotecado la vida de sus padres.

Partiendo del *Círculo de experiencia* de Kelly la paciente llevaría a cabo la siguiente atribución de significados a su experiencia. Véase Fig. 2.

Se puede entender que María anticipaba (fase 1) que su vida sería predecible: dónde sus padres sólo estarían por ella y que su madre no tendría más hijos porque el curso natural de la vida no se podría cambiar.

En lo referente a la implicación en el resultado (fase 2), se deduce que era muy elevada: puesto que el que realmente estaba en juego era la propia definición de sí misma como hija única. La identidad como hija era el que estaba expuesta a una invalidación masiva de los constructos nucleares.

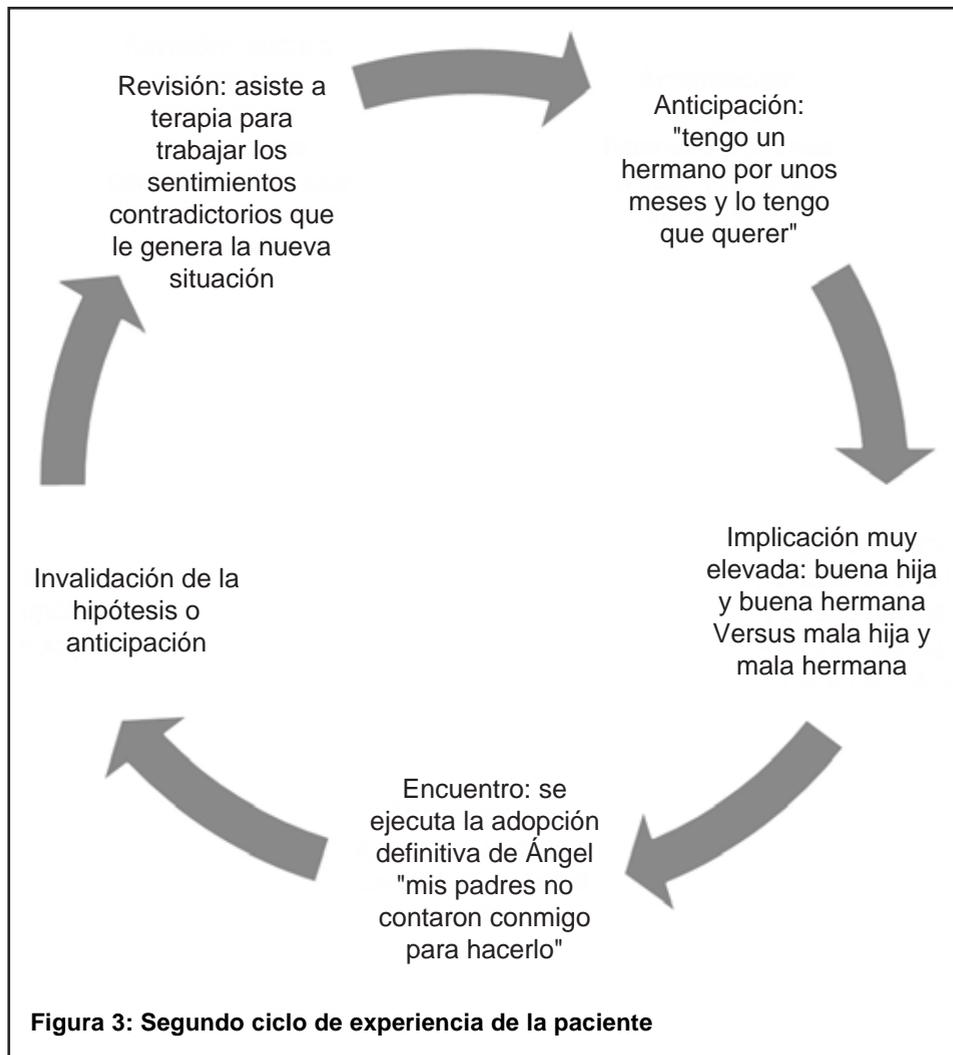
Cuando María tenía 16 años sus padres decidieron que el proceso de acogida de Ángel (primo germano de María) siguiese adelante sin ninguna explicación previa a la paciente y traerlo a vivir con ellos para que recibiera amor, estimulación



cognitiva y pudiera mejorar su desarrollo motriz (fase3). En este momento se contrasta la hipótesis o anticipación que había hecho María, de que su vida era predecible, porque dejaba de ser hija única, con esto su anticipación quedó totalmente invalidada (fase 4). Una invalidación como esta atenta a la identidad como hija y supone una toma de conciencia de una realidad caótica, impredecible e incontrolable que genera ansiedades.

Ante la invalidación del constructo personal la paciente opta por dar sentido a la experiencia que ha vivido “ha llegado Ángel a casa y debo de quererle como a un hermano” de forma que el nuevo sistema de significados le permitió adaptarse al cambio pero de manera temporal. Esta adaptación a María no le fue suficientemente óptima para seguir adelante, puesto que seis años después inicia de nuevo un círculo con una anticipación diferente, pero que en el primer círculo hay hechos pendientes. María en vez de elaborar el proceso de tener un hermano de manera repentina debe elaborar la experiencia que supuso para ella este gran cambio en su

realidad predecible. Por este motivo, el círculo de experiencia del cliente con 22 años es diferente. Véase Fig. 3.



Este segundo, se inicia con la hipótesis “tengo un hermano por unos meses y debo de quererle como tal” (fase 1); en lo referente a la implicación en el resultado (fase 2) se deduce que es muy elevada: puesto que estaba en juego la propia definición de “buena hija y buena germana” porque desde la perspectiva social sus padres están haciendo una “buena obra” por este niño y si expresa la rabia que le genera la situación impredecible y caótica se convierte en una “mala hija” y “una mala germana” esto ha hecho que sus sentimientos hayan quedados invalidados de

manera reiterada durante muchos años.

No debemos olvidar, que es en la etapa de la adolescencia de la paciente cuando la acogida de Ángel se efectúa. María asegura que “no contaron con ella en la decisión” y recrimina a sus padres “que le dieran una mala explicación sobre la llegada y la temporalidad de acogida de Ángel a su casa” (fase 3) puesto que los padres no le explicaron la verdad desde el inicio del proceso. De hecho cuando llegó a terapia no recordaba que le hubieran explicado los procedimientos que siguieron o la situación en la que se encontraron sus padres para llevar a cabo ellos la acogida y porqué no lo hicieron las otras hermanas del padre biológico. La acogida debía ser provisional pero con el paso del tiempo se ha efectuado la adopción aún habiendo acudido a dos juicios porque la madre biológica reclamaba el niño; según la paciente “sólo lo quería por recibir ayudas económicas”. Los padres de María no veían con buenos ojos que Ángel volviera en aquel entorno tan degradante hecho que hace que en los 19 años de la paciente Ángel se convierta en su hermano de manera legal.

En este momento, se contrasta la anticipación que había hecho la María con la interpretación subjetiva de la realidad y esta quedó totalmente invalidada (fase 4): la llegada de un hermano no era tan problema por la paciente (que como hemos dicho fue capaz de cerrar el círculo aun cuando tenía “asignaturas pendientes”) como la amenaza que este suponía al apego que había establecido la paciente con sus progenitores. María se define como dependiente de sus padres y mantiene una estrecha relación con su figura de apego materna. Ella asegura que hasta los 16 años era una niña feliz, generosa, vulnerable, siempre rodeada de su familia de origen pero que a partir de esta edad notó que había aspectos en ella que iban cambiando.

El constructo “buena hija vs. mala hija” es nuclear, puesto que ella se define como una persona bondadosa, generosa y querida por los otros. El temor a una invalidación de su propia identidad, genera una resistencia al cambio que hace que la paciente no pueda expresar sus sentimientos ni tomar decisiones que impliquen dejar el hogar, punto dónde se encuentra el bloqueo. María debe reconstruir su sistema de constructos personales (fase 5) de tal manera que le permita atribuir nuevos significados que le faciliten adaptarse a los cambios vividos antes los últimos seis años y poder funcionar de manera óptima. Por este motivo acude a terapia.

Actualmente María se siente muy culpable por tener sentimientos muy contradictorios hacia Ángel y se siente que es mala hija por tener resentimiento y sentimientos negativos hacia sus padres. En este punto es dónde se encuentra el bloqueo del *Círculo completo de la experiencia* descrito por Kelly. Esta hipótesis resulta comprensible si se revisa la historia de la cliente y explica muchas de las implicaciones que se derivan.

A partir de la llegada de Ángel, María atravesó una etapa que ella describe como “muy difícil” debido a la búsqueda constante del diagnóstico de su hermano. Se debe tener en cuenta que la paciente estaba en la etapa de la adolescencia,

momento evolutivo característico por la búsqueda de la propia identidad, cuando sus padres aceptan acoger provisionalmente el niño. María asegura que tiene una estrecha relación con su madre lo cual hace que la llegada del niño ponga en peligro el apego que había construido con el paso de los años y la estabilidad del sistema familiar.

La madre de María es la mayor de cuatro hermanos y también estaba muy unida a su madre que murió hace tres años debido a su enfermedad degenerativa. La pérdida de su madre fue muy duro para las dos. Autores como Oliva (2004) hablan de transmisión generacional del apego que hace referencia a la transmisión intergeneracional de la seguridad en el apego. En este caso tanto María como su madre han construido un tipo de vínculo a ambivalente ha ido pasando de generación en generación.

Desde el punto de vista de la psicología sistémica la llegada de Ángel supuso una alteración de la homeostasis del sistema familiar. Las necesidades, las llamadas de atención constantes del niño hacia la madre de María hacen que la vida de la paciente se vuelva impredecible, caótica y con ansiedades añadidas. Para poder seguir funcionando se produce una parentalización en María, ésta pasa a realizar muchas de las funciones de cuidadora hacia a su hermano Ángel “normalmente soy yo la que debo regañarle, porque sólo me hace caso a mí”, “fui a hablar con los médicos del hospital para que me dijeran qué diagnóstico tenía Ángel” mientras que su madre queda en segundo lugar. El cambio en la jerarquía familiar supone una perturbación de las fronteras generacionales y son patológicas al no ser recompensadas de ninguna forma según los propios valores familiares “es mi obligación” dice de manera reiterada María. Esta parentalización también es transgeneracional puesto que la madre de María se encuentra parentalizada con su único hermano. La paciente afirma que su abuela contó con su madre para la adopción del niño porque “es la más responsable de todas las hermanas y en la que confiaba más”. En el sistema familiar de María han aparecido cambios en la estructura pero no se mantuvo la organización (ella hacía funciones maternas) porque se organizaron en cambios pendientes.

5. Formulación del plan de tratamiento

Una vez conceptualizado el caso se procede a la explicación de las líneas generales que ha seguido la intervención. La teoría anteriormente presentada conduce inequívocamente a un plan individualizado de tratamiento adaptado a las necesidades de María. Véase Fig. 4.

Una de las primeras fases que se contempló fue el establecimiento de una buena alianza terapéutica pues desde la teoría constructivista se contempla la relación entre paciente y terapeuta de experto a experto basada en la colaboración como parte del proceso de cambio. Una buena alianza terapéutica está considerada la variable con mayor capacidad predictiva de la mejoría del cliente (Corbella y



Botella, 2004; Botella y Grañó, 2006). Una adecuada relación terapéutica requiere un buen vínculo entre terapeuta y cliente que permita un acuerdo entre metas y tareas terapéuticas, siendo un prerrequisito para que se lleve a cabo un buen proceso psicoterapéutico. En este sentido, durante las primeras sesiones las terapeutas se interesaron por la vida de María así como por sus aficiones e intereses sin cuestionarla, facilitándole un espacio de confianza donde sus opiniones eran muy válidas, mediante una escucha activa y respetando su silencio si no quería contestar alguna pregunta. La paciente empezó a colaborar desde el inicio, implicándose en las tareas y considerándolas útiles, lo que también contribuyó al establecimiento de la alianza. En este sentido, a lo largo del proceso terapéutico no hubo ningún hecho que evidenciara una ruptura de la alianza, al contrario esta fue aumentando como demostraban los cuestionarios de alianza terapéutica que se le iban administrando a lo largo de las sesiones.

En este sentido la intervención se centra inicialmente en un contexto de confianza, con un buen vínculo que no la haga sentir vulnerable, temeroso, enjuiciado, inseguro ni influenciado que permita a la paciente invalidar la anticipación actual: “si expresa sus sentimientos dejará de ser una buena hija y una buena hermana”. Por lo tanto, se tiene muy presente al inicio del tratamiento no invalidar la identidad nuclear de la paciente sino que las intervenciones van dirigidas a ofrecer

interpretaciones alternativas de los constructos periféricos que no atienden a la definición de sí misma; Así pues, solo se llevan a cabo invalidaciones de los constructos de María en el momento en que se consigue establecer una relación terapéutica segura que permita co-construir nuevos significados y hacer cambios en la narrativa de la paciente y disminuir la incompatibilidad aparente que existía entre los sentimientos que le generaba la nueva situación familiar.

Una vez se estableció esta alianza terapéutica se procedió a explorar y revisar el sistema de constructos personales de María por entender y comprender su funcionamiento mediante la autocaracterización que permitía generarle nuevas preguntas que de manera natural generaban respuestas invalidadoras de los constructos que resultaban disfuncionales. Una vez se pudo co-construir nuevos constructos la dirección de la terapia se centró en aflojar algunas construcciones que resultaban demasiadas rígidas y polarizadas por ejemplo “buena” o “mala”, “feliz” o “infeliz”, “generosa” o “egoísta”, entre otras. Se intentó considerar nuevas alternativas y flexibilizar la rigidez inicial de estos constructos, admitiendo predicciones variables y atribuir un significado más abierto.

El abordaje del caso ha sido desde un enfoque integrador por este motivo durante el proceso terapéutico se han utilizado varias técnicas procedentes de diferentes orientaciones pero que no por esto incompatibles entre ellas. La mayoría de las técnicas empleadas proceden de la terapia narrativa, puesto que para la paciente estas le ayudaban a cumplir los objetivos dentro la terapia: “digerir los sentimientos ambivalentes”.

Se procedió, a través de la técnica narrativa de la carta, a liberar todos aquellos sentimientos y emociones que había reprimido durante los años y le habían invalidado la propia identidad. Al mismo tiempo, y desde una óptica más sistémica se hizo un trabajo sobre los roles y los límites familiares ya que podemos hablar de una confusión de límites entre los diferentes subsistemas familiares. El trabajo con la unidad familiar desde la perspectiva sistémica va a permitir tratar la diferenciación de roles, las estructuras e interrelaciones, dificultades parentales y los límites familiares.

6. Curso de la terapia

A continuación se presentan los aspectos más destacados del proceso terapéutico de María mencionando y comentando de manera cronológica y sintética los aspectos más relevantes de las sesiones realizadas. Se hará hincapié en algunas de las intervenciones específicas y en la evolución de la paciente a lo largo de los meses de psicoterapia realizados.

La paciente de 22 años ha realizado un proceso psicoterapéutico que se desarrolla en un centro privado a nivel ambulatorio con una duración de cinco meses. En total han sido quince sesiones con periodicidad diversas entre ellas: las nuevas sesiones iniciales fueron semanales; de la diez a la trece incluída pasaron a

ser quincenales y las últimas, pasadas tres semanas.

La intervención en todo momento es individual y se dirige a trabajar la reconstrucción del significado de la llegada de Ángel y consecuentemente la de una realidad caótica e impredecible. A la vez, se pretende que María integre poco a poco todos aquellos sentimientos ambivalentes que le generan esta nueva realidad.

Así pues, todo el proceso psicoterapéutico de María se describe y se comenta a través de las hipótesis teóricas que guían el proceso, centrándonos en las intervenciones que se llevaron a cabo desde una perspectiva integradora lo cual hace que las técnicas empleadas procedan de diferentes orientaciones teóricas pero no por esto incompatibles entre ellas.

Dicho esto se procede a la descripción general del proceso psicoterapéutico del cliente.

6.1. Evaluación

En la evaluación María explica el motivo de demanda y se explora su historial personal. Su discurso es algo caótico aun cuando al final consigue transmitir la idea principal.

La información recogida durante la primera sesión ha sido ya comentada con anterioridad, con lo cual solo es necesario resaltar: el estado ansioso que le genera la nueva situación y la inhibición de emociones verso esta. Se muestra preocupada por si las terapeutas entienden su discurso. Estas se centran en escucharla activamente, comprender el sistema de constructos personales de María y empezar a establecer una buena alianza terapéutica que es la que después permitirá a la paciente hacer cambios, sintiéndose segura.

6.2. Sesión número 1

La primera sesión se centra en la situación actual de la paciente.

Al entrar la paciente comenta que se siente más tranquila, afirma que la sesión de evaluación la ayudó mucho a pensar en que no es incompatible el hecho querer con la carga que supone tener un hermano, no biológica, discapacitado.

Así pues, se opta por continuar con este tema principal y se pide a la paciente que exponga de manera extensa los aspectos que le generan este malestar.

María: *la verdad es que me preocupa bastante qué pasará cuando mis padres ya no puedan hacerse cargo de Ángel.*

Tp1: *y... ¿qué crees que puede pasar?*

María: *creo que la mejor opción es que yo me haga cargo porque soy la que lo conoce mejor y porque es mi hermano.*

Tp1: *¿has pensado alguna otra alternativa?*

María: *no, porque las residencias no me gustan, pienso que son lugares muy fríos y Ángel ya viene de un lugar así, donde no le han ayudado, al contrario ha hecho que esté como está ahora. Si yo me ocupo no lo*

abandono.

Tp1: ¿cómo crees que te sentirías si estuviera atendido en una residencia?

María: muy culpable, como si lo abandonara.

Tp2: ¿qué piensan tus padres sobre esto?

María: mi madre siempre me dice que Ángel acabará en una residencia porque no me tengo que “hipotecar” mi vida. Es una carga fuerte de sacrificio pero que me toca a mí porque míos padres ya han hecho mucho por este niño.

María cree que su deber es hacerse cargo de su hermano en un futuro porqué sino la palabra “abandono” volvería a la vida de Ángel. No es capaz de contemplar posibilidades alternativas a este “sacrificio” cómo podrían ser: un centro de día o una residencia donde se le puede visitar a diario y el fin de semana estar juntos.

El estilo de afrontamiento de la cliente tiende a ser externalizador puesto que las atribuciones de significado que ha ido configurando sobre el estado actual de Ángel son, a priori, únicamente por el ambiente que había sido expuesto en los primeros meses de vida.

En este inicio de la psicoterapia, pues, aparece el dilema que María tiene versus su hermano: “le quiero mucho y no lo puedo abandonar porque es mi hermano” versus “es un sacrificio muy grande por mí cargar con él”.

Paralelamente se trabaja con las emociones por articular constructos preverbales a los que no había puesto nombre. Aparece el concepto de “rabia” y a través de un ejemplo concreto, la cliente explica que la emoción la originó el pensar que Ángel ha hecho que el matrimonio de sus padres también cambiase. La paciente asegura que su madre siempre duerme con el niño porque es la única manera que este se calme y pueda adormecerse.

En la segunda parte de la sesión se entró a explorar la vida conyugal de los padres de la paciente y a observar como Ángel había pasado a ser el centro común de la pareja pues ya no compartían ocio. Esto permitió observar el rol que tenía cada unidad familiar y la dinámica disfuncional que se había establecido en los últimos años en la familia de María.

En esta sesión la paciente muestra poca resistencia al cambio dónde su sistema de significados personales resulta poco impermeable. Acostumbra a atribuir las causas de los hechos a través de la externalización por esta razón en las siguientes sesiones se remarca mucho los cambios que ha conseguido debido a *su* esfuerzo y poco a poco se va invalidando esta construcción. Siempre se respetan sus tiempos, gracias a la buena alianza terapéutica, pronto se pudieron hacer confrontaciones directas sin poner en peligro la relación terapéutica.

Des de este pensamiento dicotómico que compone el sistema de constructos polarizados, se entiende que aparezcan resistencias a introducir cambios como forma de preservar su identidad actual que es ser “buena hija” y “buena hermana”.

6.3. Sesión número 2

En la segunda sesión se pretendió entender algo más de la estructura y la organización de la familia del cliente y los cambios que había supuesto la llegada de su hermano en el sistema familiar.

La paciente inicia su discurso comentado que la llegada de Ángel desequilibró las relaciones entre sus padres y ella es la que asume las funciones de mediadora en los conflictos que se producen entre ellos, cuando, antes lo resolvían entre ellos de manera directa. Por lo tanto, se puede hablar de un sistema no sumativo es decir que “las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes” (Feixas y Miró, 1993, p. 258). Así pues, para que la familia esté en continua homeóstasis la paciente realiza funciones en un subsistema que no le atañen y deja de banda otro cómo puede ser hacer de hermana de Ángel y no de madre de este y de su padre.

Se comienza a observar que los límites no son claros dónde los roles de cada uno de los miembros son difusos y como consecuencia aparece poca diferenciación entre los subsistemas. Además, se percibe de las relaciones paterno-filiales que Ángel es usado rígidamente por desviar o evitar los conflictos parentals.

Tp1: dices que las cosas han cambiado mucho desde la llegada de Ángel, ¿en qué sentido?

María: bien, pues desde que Ángel está en casa mi madre y yo no paramos de ir de especialista en especialista, de médico a médico para encontrar un tratamiento porque nosotros no queremos una pastilla sino un plan para de tratamiento que nos aporte mejoras en el estado de Ángel. Esto hace que mi madre esté mucho rato con el niño y mi padre que trabaja afuera muchas horas (de transportista) cuando llega está cansado y se pone a la televisión. Cuando hablan de algo es de Ángel porque tampoco comparten nada...

Tp1: ¿cómo crees que hubiera estado la relación de tus padres si Ángel no hubiera tenido ninguna discapacidad?

María: yo creo que hubieran continuado como yo la recuerdo desde pequeña como unos padres unidos dónde los fines de semana podíamos ir todos tres al cine, al teatro,.. Y ahora esto no lo podemos hacer.

Tp2: pero seguramente ahora con tu hermano podéis compartir otras cosas...

María: pues ahora que lo dices sí; Ángel hace que vayamos al parque, que mi padre juegue con él porqué es muy divertido y alegre. Por mí mi padre es más como un hermano y Ángel se lo pasa muy bien con él. pero mi tío los domingos (hermano de mi madre) viene a recoger a Ángel y se lo lleva todo el día.

Tp1: ¿y cómo lo recibe Ángel esto?

María: muy mal, él no quiere ir con mi tío... ¡siempre vuelve muy alterado!

En esta sesión aparece la necesidad de María a ser buena hija, a resolver los conflictos entre sus padres, en ayudar a buscar un tratamiento para Ángel y al imponer límites a su hermano como por ejemplo “comer solo” o “vestirse sin ayuda” del contrario se sentiría “culpable” y “egoísta”.

Se le pide a la paciente que realice la autocaracterización para la próxima sesión y esta se muestra muy interesada al hacer la tarea.

6.4. Sesión número 3

La tercera sesión se centra principalmente a trabajar los constructos personales de María mediante la autocaracterización con objetivo de construir alternativas más funcionales.

María hace una diferenciación en la manera de definirse: por una parte, “antes” como ella dice, refiriéndose a 10 años atrás y por otra parte, “ahora” con veintidós años. Se describe “antes” como una niña feliz, vulnerable, sin miedos, decidida, tímida, vergonzosa, inocente, muy generosa, muy querida por la gente que la rodea versus la niña que es “ahora”: extrovertida, cuestionándose reiteradamente si es feliz, con miedos irracionales, pensamientos absurdos, egoísta, que no se adapta al resto, que se hace respetar, que dice que no, agradecida, trabajadora, autoexigente, responsable, muy dubitativa, insegura, transparente, influenciable...

Tp1: quizás me equivoco pero hemos observado que te defines con adjetivos y acciones muy extremistas, como si no hubiera un punto medio: antes tímida y ahora extrovertida, no tenías ningún miedo y ahora sientes que tienes miedos irracionales y pensamientos absurdos,... ¿qué piensas tú?

María: la verdad es que no me había fijado... siento que las cosas que hago o están bien o están mal y que soy así o no,.. No pienso en términos entremedios. Creo que antes era más valiente y más decidía y ahora ya no.

Tp1: me da la sensación de que es como si la María de ahora extrañara a la de antes...

María: (se pone a llorar) Sí..., siento que he cambiado y ¡que me hecho de menos!!

Tp2: quizás no has cambiado tanto como te piensas, solo te has ido haciendo mayor. Todos traemos dentro la niña que hemos sido y poco a poco vamos incorporando nuevos aspectos de nosotros mismo sin dejar de ser un mismo.

Para María era muy importante su infancia; una niñez idealizada que solo le permitía recordar aspectos positivos que le contrastaban mucho con la realidad caótica que vivía desde hacía seis años, en la que solo recuerda aspectos negativos de esta.

A lo largo de las sesiones, se ayuda a María a integrar las dos partes por obtener una alternativa funcional diferente que le permita mantener su identidad cambiando

pero, algún constructo más periférico. También se pretende aflojar el constructo que predice a una chica insegura y con miedos a través del contraste de la validez interna de su sistema de constructos.

6.5. Sesión número 4

Tp1: ¿lo que descubriste te ha ayudado a entender cosas?

María: la verdad es que estoy muy contenta de todo lo que estamos descubriendo. Me he dado cuenta que siento añoranza de mí misma pero que no lo debo hacer sintiéndome culpable, sin vergüenza,... ¡os agradezco mucho lo que estáis haciendo por mí!

Tp2: nosotras solo te ayudamos, ¡la que está haciendo posible los cambios eres tú! Nosotras estamos aquí para ayudarte en el proceso, para proponerte herramientas de cambio.

María: estoy muy contenta... incluso he notado que la relación con el Ángel está cambiando de manera muy positiva y con mis padres también.

En esta sesión se intenta llevar a cabo un refuerzo positivo a la paciente, haciéndole ver que los cambios son fruto de las nuevas atribuciones de significado a su experiencia y no a nosotras, las terapeutas.

Aparecen diferentes temas importantes a lo largo de la sesión. En primer lugar, se habla de la relación que tiene con Ángel; un tema importante para ella que prioriza en sus metas terapéuticas. Se tratan los sentimientos que le genera el hecho de no poderse comunicar con su hermano y de como este le rechaza los besos y abrazos que la paciente le quiere hacer “él solo quiere besos de mi madre”. En segundo lugar, se intenta integrar nuevos constructos más funcionales, es una buena ejemplificación cuando dice “vergonzosa versus extrovertida”, que se termina redefiniendo como “vergonzosa versus reservada”. En tercer lugar, se trata el tema de los miedos que salen en la autocaracterización. La paciente las define como miedos irracionales; por ejemplo el hecho de pensar que le puede coger un ataque de corazón y que nadie la encuentre o el miedo a que explote la casa por una fuga de gas lo cual hace que deba comprobarlo dos veces antes de irse a dormir (compulsión). María reconoce que son rasgos obsesivos que siempre la han acompañado en momentos de estrés o de cambio. El hecho de no percibir el control de la situación, hace que la paciente tenga más estrés y que los miedos irracionales apareciesen. Se le resalta la capacidad que tenía por adaptarse a los cambios, como había hecho con el de Ángel durante seis años.

Se acaba la sesión hablando de los cambios, comentando que no todos los cambios son tanto grandes ni tienen tantas repercusiones en la vida de uno como el de la llegada de su hermano. No todos los cambios son impredecibles ni deben ser por siempre jamás, porque normalmente tienen retorno o marcha atrás.

6.6. Sesión número 5

La María explica todo el proceso de acogida de Ángel y en su narrativa se refleja vacíos de información. Al preguntarle porque cree que no recuerda cierta información relevante del proceso responde: “nunca le pregunté a mi madre, no se... no hablamos demasiado del tema; y además no me pidieron permiso por hacer lo de Ángel”.

Tp1: ¿por qué crees que te debían haber pedido permiso?

María: porque es una cosa muy importante que incumbe a toda la familia!

Tp2: pero... si tu madre hubiera quedado embarazada, ¿crees que también te habrían pedido permiso?

María: no no,... ¡ visto así no la verdad!

Tp1: puede ser que en vez de pedirte permiso, les podrías “pedir, exigir,...” que té hubieran explicado bien lo que iban a hacer y que atendieran las preguntas que te sugerían en aquel momento. En un embarazo tienes nueve meses para preparar la llegada de un hermano en cambio en tu caso, no tuviste ni un día ni una explicación clara.

Se le pide a la paciente que para la próxima sesión hable con su madre por saber la información que ella necesite para entender el proceso de acogida del Ángel.

6.7. Sesión número 6

María acude a la sesión muy contenta y orgullosa. Explica que ahora entiende muchas cosas que no recordaba “el hecho de poder hablar con mi madre me ha ayudado a clarificar vacíos de información que tenía y a entender porque Ángel lo acogió mi madre y no mis otras tías; para mí ha sido muy importante esta charla con mi madre”. Las terapeutas remarcan los cambios conseguidos, se la felicita por esto y se la anima a continuar adelante.

Sigue hablando de la conversación que tuvieron con su madre. La paciente comenta que descubre de esta conversación que su abuela materna fue abandonada con tan solo seis años a una casa de un señor desconocido y que vivió muy mal el hecho de no tener madre. Cuando esta señora supo que Ángel no se podía quedar con su madre biológica no dudó en quedárselo ella (no quería que se sintiera abandonado) pero por motivos de salud le pidió a su hija mayor (madre de la paciente) que era en la que confiaba y mantenía una estrecha relación materno-filial que se hiciera cargo de Ángel. A la vez el EAIA solo les había dado dos días para darles una respuesta de lo contrario el niño tenía una familia que lo esperaba. Así pues, bajo la presión legal del EAIA para darles una respuesta y la presión moral de la abuela de la paciente, su madre después de hablarlo con su padre deciden aceptar el proceso de acogida hasta que su madre biológica se rehabilite.

Tp1: veo que en tu familia la palabra “abandono” se ha ido pasando de generación en generación.

María: pues sí..., yo no lo sabía pero es verdad. Ya mi abuela fue

abandonada con seis años y no quería que a Ángel también le pasara.

Tp1: y... tu madre ahora tampoco debe querer que Ángel, de mayor, se sienta abandonado.

María: ella siempre dice que acabará en una residencia porque yo no puedo sacrificar mi vida pero siento que si hago esto lo vuelvo a abandonar, como su madre hizo con él.

Tp2: o quizás lo que haces es ofrecerle una vida segura, con recursos que él puede necesitar, con cuidados constantes, con estimulación cognitiva,...

Tp1: dejarlo en una residencia no quiere decir que no lo puedas ver más, te lo puedes llevar los fines de semana, o algún día por la tarde,... que él resida en otro lugar no quiere decir que se abandone o que se deba perder el contacto.

María: (emocionada) pues sí... pero si al menos le pudiera explicar a Ángel; Es duro tener un hermano en el que no te puedas comunicar hablando!

Las terapeutas creen que es el momento en que María puede transmitir todo lo que siente por su hermano y como que hablando con él no es vía de comunicación factible con niños con espectro autismo se le pide que escriba una carta a Ángel dónde le explique todo lo que siente y ha sentido desde su llegada. La clienta lo acepta de manera muy positiva y emocionada.

6.8. Sesión número 7

En esta sesión la María viene nerviosa y preocupada. La semana pasada no pudo venir y comenta “he echado de menos la sesión de la semana pasada y esto me da miedo”. Le da miedo sentirse dependiente de la terapia por sentirse bien o no. Las terapeutas le recuerdan que hasta el momento ha producido cambios muy positivos ella sola y que la terapia es un proceso que se va dejando poco a poco. A la vez se le recuerda que en la última sesión se trataron temas muy nucleares como son: la historia de Ángel, la relación con su madre, descubrimientos que había hecho de sus familiares, y que además le pedimos una tarea que podía remover muchos aspectos de uno y que esto quizás no se lo habríamos advertido. Se intenta hacer ver a María que no es una dependencia lo que ella tiene sino una necesidad y se habla de la diferencia entre estos dos conceptos.

A continuación se comenta la carta que ha escrito a Ángel donde puede describir sentimientos y vivencias, como si pudiera mantener una conversación con él. La cliente no se muestra muy satisfecha de la carta y llorando explica “no la he podido acabar como yo quisiera”. Afirma “me ha sido muy difícil, me suponía un padecimiento”; Cada vez que María pensaba con Ángel le venían ganas de llorar “lo que no he llorado todo este tiempo lo he hecho ahora”. Se cree que es positivo para ella que haya podido sacar parte de lo que traía adentro con el objetivo de iniciar algún cambio en constructos polarizados de “buena o mala hermana” si expresa lo

que siente.

María: (llorando) *me da vergüenza no haber sabido afrontar la situación y elaborarla.*

Tp1: *te cuesta pensar que no has sido capaz de hacerlo, pero... si solo tenías 16 años.*

María: *ya pero creo que lo podía haber hecho mejor o diferente.*

Esta sesión resulta especialmente significativa, puesto que María consigue expresar sentimientos que hacía años que tenía “congelados” y poco elaborados. En un ambiente muy emotivo la paciente habla de sus pensamientos que no había compartido con nadie. La actitud de las terapeutas permitía explorar con las nuevas alternativas que se iban generando y actuar como validadores de la voz sumergida para conseguir, al final, una integración de las dos veces que la paciente manifestaba.

Se le pide para la siguiente sesión que incluya a la carta lo que le faltaría decir (la parte de rechazo hacia Ángel) y que la termine como ella hubiera deseado.

6.9. Sesión número 8

En esta sesión la paciente inicia justificando el comentario de la sesión pasada de sentirse dependiente “no me gustó decirlo” aunque las terapeutas deciden no darle más importancia con objetivo de no establecer esta idea en la relación terapéutica que se quiere mantener: de experto a experto. Así pues se le pide que comente un poco como se ha sentido en rescribir la carta a su hermano.

María: *me ha sido más fácil, he estado más serena y no he llorado tanto...*

Tp1: *y... ¿Qué crees que ha pasado?*

María: *pues creo que ahora puedo expresar lo que siento de una manera más libre, sin miedos, sintiéndome tranquila conmigo misma.*

Tp2: *¿qué cosas dirías que te han ayudado en esta segunda carta?*

María: *pienso que la relación con Ángel está cambiado de manera positiva, desde que entiendo que me puedo relacionar con él, que puedo decir las cosas que siento, aunque no sea hablándole y diciéndole a la cara, se que lo puedo hacer de otras maneras. Ya no siento tanta culpa ni vergüenza por haberlo elaborado como pude sino que me siento orgullosa; esto me hace estar más tranquila y creo que es lo que me ha ayudado a hacer mejor esta segunda carta..*

En esta sesión la cliente se encuentra más predispuesta al cambio, se observa que incorpora la narrativa de las terapeutas en su discurso y esto supone un avance en comparación a la rigidez inicial. Finalmente cuando verbaliza la parte de rechazo que le supuso la llegada de Ángel la paciente se siente tranquila consigo misma. Se le pide que para la próxima sesión piense qué quiere hacer con esta carta y que si puede lo ejecute.

6.10. Sesión número 9

María se muestra muy tranquila y más contenta. Se comienza la sesión comentando el destino de la carta.

Tp1: *¿pudiste pensar qué querías hacer con la carta?*

María: *sí... ¡y además lo pude hacer!*

Tp1: *¿nos lo quieres explicar?*

María: *sí, ¡por supuesto! Estoy muy contenta, fue muy especial para mí; fue al mar y en forma de barco, ahí la lancé.*

Tp2: *¿crees que te resultó difícil?*

María: *¡sí! Estuve unas dos horas antes de lanzarlo; además, mis padres no lo sabían porque sino mi padre se hubiera reído...*

Tp1: *¿y cómo te sientes ahora?*

María: *me siento más libre para dar amor, de los sentimientos que tenía congelados, como si ahora no hubiera padecimiento... la relación con Ángel está cambiando despacio pero de manera muy positiva, sintiéndome más cerca de él sin tener que estar encima de él siempre.*

De este fragmento se deduce que María está integrando sus sentimientos de manera muy positiva. Está construyendo nuevos constructos que van más allá de ser “buena hermana” o “buena hija” entiendo así, que uno tiene derecho a expresar lo que siente.

Después de la novena sesión se presenta el caso a supervisión y se valora con todo el equipo la elaboración conjunta de una carta de respuesta (técnica narrativa), a través del lenguaje metafórico, que refleje la situación y el punto de vista de Ángel en la familia y en su relación potenciando la demanda de un rol como hermana. El principal objetivo es que la paciente tome conciencia, explore alternativas de soluciones y que genere un cambio, en su perspectiva.

6.11. Sesión número 10

El equipo cree que es una buena idea realizar una carta en nombre de Ángel como ritual de cierre, como si fuera su hermano quien respondiese la que ella le había hecho inicialmente.

La paciente se muestra muy sorprendida, en el momento que se le entrega la carta y se le pide que la lea en voz alta se pone a llorar y no puede parar hasta que acaba de leerla.

Se aborda el tema de la culpa, del rol que ella juega dentro de su casa y entre las relaciones ya sea conyugales o con Ángel. Se intenta cambiar aquellas conductas que se percibe como negativas y le generan culpa como por ejemplo cuando ella comenta: “haz un beso a la mamá porque se ponga contenta”, buscando alternativas funcionales y siempre preservando constructos que definen su identidad. La paciente sabe lo que debe hacer “de hermana mayor” al margen de ser buena o mala pero no sabe cómo hacerlo sin renunciar a su identidad

6.12. Sesión número 11

María decide iniciar la sesión comentando lo que sintió por la carta recibida, en la sesión pasada.

María: *¡con tanta llorera no era capaz de escucharme! Estoy alucinada... porque era la respuesta de mi carta. Me sabe mal porque no podía parar de llorar; ¡ Me desbordé! Normalmente tengo más control...*

TP1: *el control muchas veces no nos permite expresar lo que uno siente; nosotras (haciendo referencia a las terapeutas) también nos emocionamos cuando lees la carta. ¿Crees que has podido sacar algunas conclusiones?*

María: *la verdad es que me ha tranquilizado mucho saber que no hay culpables y que él lo que necesita es una hermana mayor, ¡ no una madre! Siento que ahora es como un capítulo cerrado con final feliz; decidí comentarle a mi padre lo de la carta que hice a Ángel*

TP2: *¿y como reaccionó él?*

María: *muy bien, no me lo esperaba...me dijo que si para mí era importante y me servía ¡creía que estaba muy bien!*

TP1: *nos parece muy positivo que lo hayas compartido con tu padre sin anticipar su respuesta.*

Se continúa hablando de la relación que tiene con sus padres y como ella se siente dependiente de las opiniones de estos. La paciente cree que siempre ha estado triangulada en las relaciones que establece y que es uno de los aspectos que más le incomodan en los vínculos.

Se termina la sesión hablando de las emociones y cómo podemos tener un control, dejándolas salir, a sabiendas de por qué sirven y como se pueden utilizar de una manera útil y adaptativa.

Para la próxima sesión se le pide a la paciente que identifique las emociones que siente con más frecuencia a través de la técnica de las cinco columnas: pensamiento, emoción y acción.

6.13. Sesión número 12.

Esta sesión se pretende hacer más hincapié en el tratamiento de las emociones para hacer ver a la paciente un proceso de gestión adecuado de las emociones con objeto de poder hacer un uso estratégico y psicoterapéutico. La María pero le resulta de poco interés, aparentemente, hacer este abordaje en este momento y así lo expresa al inicio de la sesión:

María: *¡no tenía ganas de hacer la tarea, de hecho no la quería hacer! No se si es el momento de trabajar esto...*

TP1: *no es el momento de trabajar esto...*

María: *¡es que me resultó muy difícil detectar mis emociones! (mostrándose preocupada) pero después pensé que era importante trabajar esta parte de mí...*

Tp2: *¿por qué crees que te resultó difícil?*

María: *no lo sé... seguramente nunca me había parado a pensar lo que yo sentía; siempre estaba pendiente de mis padres y de Ángel y ahora que debo mirar dentro mío me cuesta!*

Después de que la paciente decidiera continuar con el proceso psicoterapéutico la sesión continuó con una parte didáctica sobre el recorrido de un proceso adaptativo de las emociones y se aseguró que María entendiera la importancia del trabajo sobre estas. Para la próxima sesión se le pidió que intentase hacer de nuevo las cinco columnas pensando en situaciones reales. A la vez se le entregó una hoja de frases a completar como por ejemplo: “cuando los otros me dejan de lado yo me siento...” o “cuando me siento querida...” para facilitar a la paciente la exploración de sus emociones. Paralelamente se le va anticipando la finalización del proceso reconociéndole los cambios realizados a lo largo de los meses.

6.14. Sesión número 13

María entra en la sesión con una expresión de satisfacción que justifica diciendo “me ha gustado mucho hacer esta actividad y sobre todo por escrito”. Asegura que le ha sido más fácil hacer las cinco columnas a través de situaciones reales (mediante la hoja de frases a completar). A lo largo de la sesión se van observando a través de una actitud proactiva cambios significativos en sus constructos a través de alternativas funcionales.

Comentar que María está más predispuesta al cambio, puesto que continúa incorporando la narrativa de las terapeutas en su discurso “sé que más allá de los miedos irracionales debo ver aquellos que son funcionales y creo que despacio los voy descubriendo”.

Empieza a dejar de banda la rigidez y la polarización de constructos para permitir ver *colores grises*. Una buena ejemplificación de cambios de constructos es el siguiente: complaciente versus flexible; miedo versus sorpresas, reflexiva versus obsesiva, profunda versus analítica entre otras.

6.15. Sesión número 14

Las terapeutas inician la sesión recordando que ésta será la penúltima sesión del proceso y la paciente se ve orgullosa de ello. Comenta que estas últimas semanas han sido duras para ella porque el final de curso ya casi llega y tiene muchas preocupaciones: entregas de trabajos, estudiar por los exámenes, y además la semana pasada su madre tuvo un accidente. Las terapeutas al verla emocionada deciden hablar más extensamente de estos problemas. Inician la sesión aclarando lo que ha pasado en la constelación familiar de la paciente.

Tp1: *¿qué tipo de accidente tuvo tu madre?*

María: *se pilló el dedo con el maletero! Pero no me lo quiso decir...*

Tp2: *¿quieres explicarnos como sucedió?*

María: pues yo la llamé para decirle que iba a buscar a Ángel en la escuela para que ella no fuese porque salía del trabajo (trabaja cuidando una señora mayor); por teléfono la noté nerviosa y le pregunté qué le pasaba y me dijo que nada que se había hecho un corte en el dedo pero que ya estaba de camino con su coche. Yo me quedé algo preocupada porque se me hacía extraño ver a mi madre en aquella actitud por un corte. Así que junto a Ángel la esperé, cuando ella llegó estaba muy pálida y le vi mucha sangre en el dedo y ¡de golpe se desmayó! Yo veía que ella no respondía y los padres de los otros niños llamaron a una ambulancia. Dentro de poco volvió en sí pero yo estaba muy pero muy nerviosa. Cuando le pregunté en el señor de la ambulancia como estaba mi madre me respondió: ¡mejor que tú! (riéndose)

Tp2: buff... que susto

María: si... me asusté mucho puede que fuese algo exagerada pero no entendía nada

Tp1: puede ser que me equivoque pero esto me recuerda la situación de la acogida de Ángel. Recuerdo que en aquel momento también tuviste muy poca información y pocas explicaciones y parece como si en este episodio se volviera a repetir. Tu madre parece tener un estilo de comunicación donde la información que da es poca y tú ante esta amenaza te asustas y haces hipótesis que después no se pueden cumplir.

La sesión se termina hablando del estilo de comunicación que predomina en su casa y de los cambios positivos aparecidos en las últimas semanas en las relaciones paternofiliales “me doy cuenta que cuando no anticipo la respuesta de mi padre él no se comporta como yo había pensado”.

Para la próxima sesión se le pide que haga una segunda autocaracterización para hacer el cierre del proceso psicoterapéutico y comprobar si ha habido cambios en los constructos de la María.

6.16. Sesión número 15

La paciente pone de manifiesto los cambios que ha observado mientras realizaba la segunda autocaracterización. Asegura que no se identifica con la persona que escribió la primera porque fraccionaba mucho el pasado con el presente y ella cree que ahora lo tiene todo más integrado. De hecho el recorrido emocional que ha hecho la paciente a través de esta narrativa le ha sido útil para darse cuenta que su pasado es el que conforma su presente y que por lo tanto, no son dos partes independientes sino que es una línea circular que nunca deja de dar vueltas.

Uno de los aspectos a destacar es la incorporación de la narrativa de las terapeutas en su discurso: “es sensible, profunda y reflexiva” versus “es vulnerable, profunda y obsesiva” o “pocas veces actúa asertivamente, y le molesta ser así” versus “se siente aligerada cuando se permite expresar el malestar con asertividad”;

puesto que antes la paciente se pensaba que decir que *no* era actuar de manera asertiva, con el proceso se ha dado cuenta que no lo es.

En términos generales, la segunda autocaracterización es más positiva y mucha más integradora que la inicial.

7. Monitorización del proceso terapéutico

Para comprobar los avances de la terapia se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación. Dado que han sido comentados con anterioridad, este apartado se centrará en el análisis comparativo de los resultados obtenidos en el CORE-OLMO, y en el WATOCCI, al inicio y al final de la terapia.

Como se puede observar a la Tabla 1, los resultados administrados en el pre y post terapia, no indican una mejora significativa en el estado de la paciente. Esto se atribuye por una parte, en el momento temporal de la autoadministración de este que era al final de la carrera de la paciente (momento en que los niveles de ansiedad son elevados y las preocupaciones son varias) y así lo verbalizó María “el final de curso me hace estar más nerviosa y preocupada, incluso a las noches no duermo bien soñando con los exámenes y puede que los resultados de los cuestionarios salgan peores”. Por otra parte, como se concluyó en el estudio de Ll. Botella, L. Belles, N. Grañó, D. Beriain (2009) *Resultado y Proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora*, puede ser que sea fruto del aumento de consciencia de algunos aspectos que antes de hacer el procesos psicoterapéutico eran obviados. Esto, produce un cierto malestar temporal que responde a una disminución de las puntuaciones generalizadas. Por estas razones, se concluye que la no mejora sintomática no tiene efectos significativos de disminución de la magnitud del cambio sintomático pre-post en la paciente.

Dimensiones	Pre-	Post	Diferencia de medianas Pre-Post
Bienestar social	0.75	1,75	1
Problemas/síntomas	0.5	1.41	0.91
Funcionamiento psicosocial	0.41	0.83	0.42
Riesgos	0	0,16	0.16
Total de los ítems	0.41	1.02	0.61
Todos - R	0.5	1.21	0.71

Tabla 1. Comparación de la diferencia de las medianas pre y post terapia para cada una de las dimensiones del CORE-OLMO

A lo largo de las sesiones se ha administrado el WATOCCI para evaluar el estado y evolución de la alianza terapéutica: tareas, objetivos y vínculo. Se ha

administrado en las cuatro primeras sesiones, en la séptima y en la quinta. Dado que la paciente presenta una buena capacidad de mentalización y de establecimiento de relaciones sociales, se ha podido observar un incremento de la puntuación en cada uno de los aspectos evaluados a medida que la terapia avanzaba. El hecho que las puntuaciones desde el inicio fueran elevadas era ya un buen predicador de una mejora significativa generalizada sin contemplar la posibilidad que la paciente tuvo expectativas irreales.

Para terminar con este apartado comentar que la alianza terapéutica mediana no se ve afectada por el empeoramiento sintomático temporal de la paciente.

8. Evaluación final del proceso y resultados de la terapia

En el caso de María gran parte de la terapia se centró en propiciar conversaciones diferentes a aquellas en las que participaba habitualmente. Dado que la paciente estaba acostumbrada a hablar desde la voz social –posición que le había traído a un bloqueo narrativo– se ha intentado que las conversaciones generasen nuevas alternativas más funcionales.

Como se ha comentado María descubrió que se podía comunicar con su hermano a través de la carta y a la vez, que se le podía dar voz a este. Es necesario decir que la comunicación fue uno de los puntos fundamentales a tratar puesto que las relaciones paterno-filiales también se veían afectadas por una comunicación disfuncional. Se trabajó el sistema familiar a nivel individual a fin de clarificar los roles y funciones que cada uno de los miembros desarrollaba. María ha notado cambios en el sistema: por una parte asegura que la relación con su hermano “es más libre” y por otra, que la comunicación que se ha establecido entre los diferentes subsistemas está cambiando de manera muy positiva.

María ha llevado a cabo cambios en sus constructos más nucleares a lo largo del proceso psicoterapéutico dejando de ser tan rígida y polarizada “buena hija y buena hermana” en su narrativa de identidad. De hecho, ella dice que no se reconoce en la primera autocaracterización que hizo pues ahora siente que su vida es un libro organizado por capítulos terminados e integrados. Así pues, la “narración dominante” (White y Epston, 1993) que limitaba su personalidad, su sentido de identidad evolucionó hacia un discurso alternativo que hace más agradable la vida de la paciente. El hecho de haber co-construido otras maneras de narrar la vida de María ha ayudado a dar un nuevo sentido a su vida, a si misma y a sus relaciones.

Aunque todavía queden cambios relevantes para conseguir los objetivos y metas terapéuticas iniciales se han podido cumplir observando una mejora significativa a nivel relacional

En resumen, el caso clínico analizado en este estudio parte de un punto de vista multicausal e integrador, que describe claramente un proceso psicoterapéutico trabajado desde una perspectiva constructivista en que se utilizó técnicas narrativas y cognitivas adecuadas para esta paciente.

9. ANEXOS

Anexo 1. La autocaracterización de María

Haciendo balance de María e integrando aspectos de su propia trayectoria vital que han ido configurando su personalidad y manera de ser, empezaré diciendo en esta descripción que con los años María ha cambiado algunos aspectos. Ella recuerda haber sido una persona muy tímida y vergonzosa; y se sorprende cuando los amigos la perciben y recuerdan como una persona extrovertida. Sí que es verdad que la timidez la ha ido perdiendo, pero ella continúa identificándose en un grado menor. Con los años la María que todos (familia, maestros, vecinos) conocían por “la niña feliz”, “la que siempre ríe”, ha ido cambiando. Le encantaba que se lo dijese; y le gusta recordarlo. Siempre ha sido feliz, y ahora siente y piensa que también. Se cuestiona por que antes vivía y ni se lo planteaba y por que ahora se lo pregunta frecuentemente. No se lo pregunta des de la autoevaluación cuantitativa, pero sí des de su propia vivencia subjetiva de la propia felicidad; hasta que se cansa de darle tantas vueltas y lo deja. Siempre llega a la misma conclusión: ahora, a diferencia de antes (*infancia*) le resulta difícil expresar y transmitir la felicidad que de pequeña la hacía brillar.

Otras cosas que han cambiado es que María de pequeña no tenía miedo a nada (era más decidida), se ha convertido en una persona llena de temores irracionales que ella sabe que no tienen ningún sentido, pero que aún así la incomodan; y se sorprende –y se ríe de sí misma– ante algunos pensamientos absurdos.

Continuando con el contraste, la María de antes (cuando hablo de antes lo sitúo a 10 años atrás, más o menos) era una persona –una niña– súper generosa. Siente añoranza ante la generosidad que la caracterizaba. Siente que ahora se ha convertido en una persona más bien egoísta, que lucha por su bienestar ante los demás. Sabe que luchar por sí misma no es ser egoísta, de la misma manera que sabe que ser generosa no es renunciar a los propios deseos, derechos y bienestares; pero se siente incómoda dedicando tiempo y energía por su satisfacción en detrimento de los demás. Siente añoro, pero no culpa. La culpa es otro aspecto que con los años ha ido disminuyendo; antes se sentía culpable por cosas que ni si quiera tenía implicación, ahora no.

Era una niña vulnerable, lo que se dice de los niños que “como era débil, se aprovechaban de ella”. Siempre ha tenido amigos y ha estado –y se ha sentido– amada, pero ha sido típico de la María que se encontrar en relaciones de tres en las que ella se encontraba en medio. Más que vulnerable, inocente. Con el tiempo se ha hecho respetar, ha marcado los límites de respecto y tolerancia (los que a lo mejor ella cree que merece y los que ella dedica a las otras personas). Poco a poco a aprendido a decir que no, y se siente orgullosa cuando se permite expresar el malestar con asertividad.

Ahora bien: hay cosas que no cambian. Continúa siendo una persona agradecida, que siente amor a la vida, con ilusión, con entusiasmo, trabajadora, autoexigente (a lo mejor demasiado), responsable, desordenada, tozuda, muy dubitativa, que le resulta difícil tomar decisiones, sufridora y insegura. Sigue siendo la María transparente. Ella entiende por transparente esta clase de personas que se muestran tal i como son, “sin tapujos”, sin malicias por debajo.

Sigue siendo la María que considera que le cuesta deshacerse de las *cosas y personas* con las que comparte momentos de vida. Por ejemplo: al finalizar la etapa escolar, o al dejar un trabajo que llevaba tres años allí. Cuando dice que “le costaba” quiere decir que lo pasaba mal (siente tristeza, que ella considera que no es excesiva) al despedirse de aquellas personas con las que ha establecido vínculos, pero aún así prefiere hacer una despedida que no irse sin decir nada y evitarlo. Cada vez se toma el inicio del final de una etapa como el comienzo de otra (sin olvidar): llevándose el recuerdo, y se ha dado cuenta que rehacerse no quiere decir olvidar (gran descubrimiento, según el cual se permite nuevos capítulos). María tiende a recordar más las vivencias buenas que las malas: no es rencorosa.

Las dudas, la dificultad de tomar decisiones y el sufrimiento ante una pérdida (un trabajo por ejemplo) son incongruentes con la autonomía e independencia que otros le atribuyen. Sus amigos siempre le habían dicho que era una persona independiente, y ella se lo había creído. Ella no se considera una persona dependiente de los otros, pero es consciente de sus dificultades cuando se trata de tomar decisiones (decisiones banales que, a lo mejor tiene que consultar con sus padres). Sus padres dicen que no se deja ayudar, que es muy tozuda y no escucha los consejos o recomendaciones de los demás; y ella les da la razón con que es tozuda, pero no coinciden en opinión cuando se refieren a que no se deja ayudar, al contrario (ella cree que aprovecha las opiniones y ayudas de los demás). Esta inseguridad (ella lo identifica como inseguridad, y no en términos de dependencia) va acompañada de ser una persona más bien influenciable. No le gusta nada ser influenciable, pero lo es. Aún que no lo quería, le importa lo que los demás piensen de ella.

Si algún día se tuviera que describir a sí misma se sorprendería de las dificultades con las que es encontraría.

Anexo 2. Carta a Ángel

A ti,

Si me pudieras comprender te explicaría quién eres; quién eres para mí. Para mí eres la historia de mi gran hermano pequeño.

Has llegado en el mundo sin quererlo; y lo peor: sin que tus padres lo quisieran. I me duele que así sea. Debe ser terriblemente doloroso percibir desde pequeño que tus “padres” no te quieren, que no te esperaban, que no te dieron la bienvenida. Tú lo has vivido de la mejor manera que podía: has preferido no integrarte que darte cuenta del desecho y de tener que sobrevivir con el sufrimiento y dolor que esto

supone. Lo pasaste muy mal; y no lo has olivado. Nos ha resultado difícil ganarnos tu confianza: el miedo se apodera de ti. Nadie no te había hecho reír antes; y si llorabas, nadie no te respondía. Nadie no te había abrazado antes, no sabías qué eran las caricias, querías tu espacio; el espacio en el que aún ahora, en ocasiones, te refugias.

Aún ahora te resulta difícil dar segundas oportunidades: la desconfianza y rencor son tus armas. Entiendo, después de todo lo que has pasado, que té sea difícil regalar amor, pero sé que en el fondo lo tienes, y cuando me lo demuestras soy la más feliz del mundo.

Desde que has llegado que la familia ha cambiado; ni mejor ni peor, diferente. A lo largo de los años que has formado parte de mi núcleo familiar me he llegado a sentir fuera de la familia, como si yo hubiera perdido mis padres, mi situación familiar. Me he sentido muy extraña con estos sentimientos y no me sentía cómoda; lo he pasado mal (no digo que me lo has hecho pasar mal tu). Y ahora me da vergüenza haberme sentido así y no haber estado capaz de integrar (y integrarte) de una manera más sana.

Para mi has supuesto un gran cambio; un cambio de vida. Un cambio que implica tristeza, alegría, vida, estimación, impotencia, rabia, incertidumbre, incredulidad, planeamientos morales, cuestionamientos de mi capacidad adaptativa, crecimiento. A ti también te ha cambiado la vida; estamos los dos dentro el mismo barco. Me encanta cuando respondes con una sonrisa de agradecimiento y alegría; cuando te das a entender y ves que te comprendemos. Tu agradecimiento vale un esfuerzo.

Me gusta pensar que el esfuerzo ha valido —y valdrá— la pena; y que verte feliz no tienen precio. Ahora te toca a ti ser feliz, y entre los cuatro lo estamos consiguiendo. Nosotros sí te queremos; tanto como tu a nosotros, porqué tú también nos haces feliz a nosotros.

Anexo 3. Reescritura de la Carta a Ángel

A ti,

Si me pudieras comprender te explicaría quién eres; quién eres para mí. Para mi eres la historia de mi gran hermano pequeño. *Siempre que explico a alguien quién es mi hermano provoca admiración hacia nuestros padres. Sin duda, este acto de amor incondicional es inherente a un sentimiento de admiración a orejas de cualquier. Y es que darte una segunda oportunidad de vida no tiene precio.*

Has llegado en el mundo sin quererlo; y lo peor: sin que tus padres lo quisieran. I me duele que así sea. Debe ser terriblemente doloroso percibir desde pequeño que tus “padres” no te quieren, que no te esperaban, que no te dieron la bienvenida. Tú lo has vivido de la mejor manera que podía: has preferido no integrarte que darte cuenta del desecho y de tener que sobrevivir con el sufrimiento y dolor que esto supone. Lo pasaste muy mal; y no lo has olivado. Nos ha resultado difícil ganarnos

tu confianza: el miedo se apodera de ti. Nadie no te había hecho reír antes; y si llorabas, nadie no te respondía. Nadie no te había abrazado antes, no sabías qué eran las caricias, querías tu espacio; el espacio en el que aún ahora, en ocasiones, te refugias.

Aún ahora te resulta difícil dar segundas oportunidades: la desconfianza y rencor son tus armas. Entiendo, después de todo lo que has pasado, que te sea difícil regalar amor, pero sé que en el fondo lo tienes, y cuando me lo demuestras soy la más feliz del mundo.

Para mí has supuesto un cambio en la familia y no supe mantener el equilibrio. A lo largo de los años que has formado parte del mi núcleo familiar me he llegado a sentir fuera de la familia, como si yo hubiera perdido a mis padres. Me he sentido muy extraña con este sentimiento y no me sentía cómoda; lo he pasado muy mal, me costó gestionar el peso moral (y racional) con el que yo sentía (con el emocional). Poco a poco, el paso del tiempo he ido elaborando la manera de sentirme ante este cambio: negación-aceptación-culpa-vergüenza- y el inicio del final.

Para mí has supuesto un gran cambio; un cambio de vida. Nos has traído mucha alegría, y a tu manera, tú también nos has mostrado la tuya. A ti también te ha cambiado la vida; estamos los dos dentro el mismo barco. Me encanta cuando respondes con una sonrisa de agradecimiento y alegría; cuando te das a entender y ves que te comprendemos. Tu agradecimiento vale un esfuerzo.

Me gusta pensar que el esfuerzo ha valido –y valdrá– la pena; y que verte feliz no tienen precio. Ahora lo que deseo es que en el futuro próximo pudieras tener una vida mínimamente autónoma, que potenciara todas tus capacidades al máximo; y tu hermana de ayudará en la medida de lo posible.

Ahora te toca a ti ser feliz, y entre los cuatro lo estamos consiguiendo. Nosotros sí te queremos; tanto como tú a nosotros, porque tu también nos haces feliz a nosotros.

Anexo 4. “Querida hermana”

Querida hermana mayor:

Mucho ha pasado desde el día que tu madre me vino a recoger en aquel sitio tan frío. Nuestra familia me ha acogido como un hijo más. ¡Yo nunca pedí venir al mundo ni entrar en esta familia pero tampoco pediré salir de ella! Si esta cara fuese para agradeceros todo lo que habéis hecho y estáis haciendo para mí, no tendría suficientes palabras.

Sé que desde pequeño os decían que crecería fuerte y sano si me dabais cariño y estimación y ¡no ha estado del todo así! Ni mis padres ni tu ni yo tenemos la culpa de lo que me ha pasado. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan diariamente. No sirve de nada que se culpen unos a los otros. A veces mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de “culpa” no produce más que sufrimiento en relación con mi

problema.

Mi desarrollo no es absurdo, aun que no sea fácil de entender. De hecho diría que tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis como “alteradas” son formas de afrontarme al mundo des de mi especial firma de ser y percibir. Y sé que estáis haciendo un esfuerzo para comprenderme.

Tu siempre me vienes a buscar, me haces aquellos besos eternos que dices que no me gustan. Te pido que respetes las distancias que necesito pero sin dejarme solo. Cuando no estás en casa hecho de menos tus abrazos fuertes y seguros y aquellas miradas cómplices de que ¡sabes lo que voy a hacer! Te doy las gracias por ayudarme a ser más autónomo e independiente mientras que otros a lo mejor me dan demasiada ayuda.

Me resulta difícil comunicarme con el resto de la gente pero como tú sabes soy un niño con sentimientos y fantasías. Me gustaría que entendieras que lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me doy cabezazos, si me muevo en exceso o destruyo alguna cosa, cuando me es difícil atender o hacer lo que tú me pides, no estoy tratando de hacerte mal. Pues tengo un problema de interacción, no me atribuyas malas interacciones. Lucho por entender lo que está bien i lo que está mal. Para mí siempre serás mi hermana mayor, y siempre te estaré agradecido por los esfuerzos que hacer para acertarte, conocerme y disfrutar juntamente con migo.

Seguramente no os podré ofrecer las satisfacciones que otro niño os podría dar, pero estoy seguro que muchas otras sí, aun que no sean las mismas.

Después de tantos años me alegro de ser quién soy por el hecho de poder formar parte de nuestra familia. Seguramente os cambie vuestra vida pero vosotros me habéis regalado la que tengo ahora.

Como tú dices estamos en el mismo barco, navegando continuamente por aguas desconocidas pero la vida no es esperar que la tempestad pase sino que es aprender a bailar debajo la lluvia.

Soy un ignorante sobre lo que me pasa pero un niño experto en bienestar emocional, estabilidad familiar y felicidad! Siempre más te estaré agradecido porque es más lo que compartimos que lo que nos separa.

La que era mi madre le tendré que estar agradecido por haberme abandonado porqué sino nunca hubiera entrado en el gozoso barco: lleno de amor, cariño, valores, educación, diversión, i calma... lo que yo necesito, una familia **que me acepta tal y como soy.**

¡Siempre recordaré la fuente que me ha dada la agua de la vida!

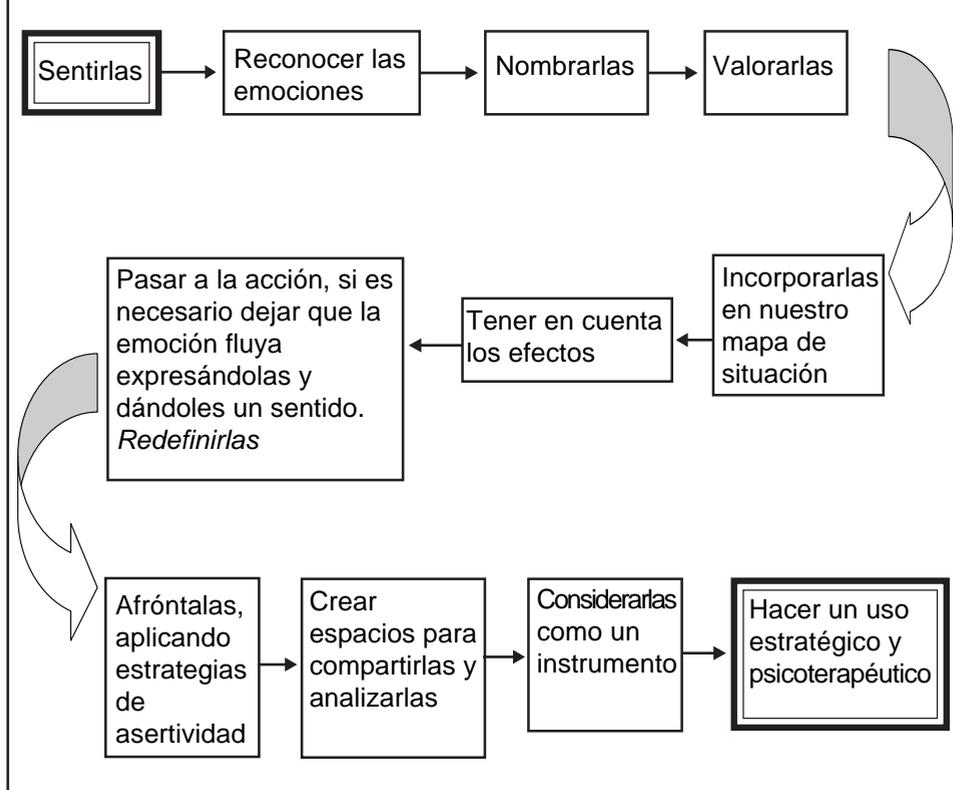
Anexo 5. Didáctica de las emociones

Ecología emocional interpersonal

Todas las emociones tienen su razón de ser. Siempre nos proporcionan información significativa. Por sí mismas no hay efectos buenos o malos. Las emociones aparecen dentro de un contexto y nos dan información. Lo más importante es qué hacemos y cómo gestionamos estas informaciones.

Una buena gestión de recursos emocionales hará que nuestras fuentes de energías, la ilusión, la automatización o la alegría, sean energías renovables y que otras como la envidia y el miedo sean energías reciclables.

Ejemplo de proceso de gestión adecuado de las emociones:



Anexo 6. Segunda autocaracterización de María

María siempre ha sido una persona emotiva. Es sensible, profunda, y reflexiva; y le encanta compartirlo con el entorno. Goza de las relaciones con los demás; de las cuales a menudo confía plenamente y siente un profundo y sincero agradecimiento.

La expresión de agradecimiento es una forma de manifestar la sensibilidad de cara a los demás. La otra manera es mediante susceptibilidad: es una persona que con los años se ha vuelto susceptible, sensible a la crítica. Pero, casi nunca lo verbaliza. Del mismo modo que, cuando se trata de defender las propias necesidades o derechos, tampoco le sale muy bien. Pocas veces actúa asertivamente, y le molesta ser así.

De pequeña siempre le decían que era una niña más bien tímida e introvertida. Ella continúa pensando que la imagen que tiene los demás de ella sigue siendo esta. No obstante, este aspecto ha ido cambiando; y sus amigos la perciben como una persona más bien extrovertida. En relación a los demás se sitúa cercana y cálida. Le gusta “cuidar” a los demás; de la misma manera que le gusta sentirse “cuidada” por las relaciones. Combina la cura a los demás con la propia; así pues, no se olvida de ella: también se cuida a sí misma; se escucha. Por eso, le gusta que le pidan ayuda y pueda satisfacer al otro. Paralelamente, ella cree que es una persona que tiene facilidad por pedir ayuda y por dejarse ayudar.

Sus padres, pero, siempre le han dicho –desde pequeña– lo contrario; que no se deja ayudar. Y en parte, no se equivocan: en algunos aspectos es una persona insoportablemente tozuda, que cuando se propone conseguir algo (siempre y cuando este en su alcance) dedica todos sus esfuerzos y recursos por hacerlo lo mejor posible sin escuchar consejos y objeciones de los demás. A demás de tozuda, es autoexigente. Esto pero no le molesta; considera que la autoexigencia y persistencia (o la tozudez) es funcional, y le sirve para llevar a cabo sus propósitos a su manera.

Y finalmente, otra característica que la define bastante –y que la persigue en las opiniones de sus padres y maestros desde pequeña– es la inseguridad; que cuando aparece lucha a favor de su autoexigencia y en contra su autoestima. Es una persona sufridora, que duda, que tiende a darle vueltas sobre un mismo tema que le preocupa. Paralelamente, los cambios los percibe como amenazadores; como algo que pone en juego su estabilidad y que, además, le provocan incertidumbre. Sabiendo que el futuro es imprevisible, constantemente está intentado planificar, pues a pesar de la inseguridad (acompañada de miedos, curiosidades, sorpresa y alegría) implícita en los cambios, planificar la hacer sentir segura.

Y, para terminar, es una persona que disfruta de vivir plenamente y intensamente; tal y como es.

En este artículo se presenta un estudio de caso de malestar emocional que fue abordado desde una perspectiva constructivista narrativa. El trabajo incluye en primer lugar la contextualización del caso y la metodología empleada, en segundo lugar la descripción de la cliente, en tercer lugar se describe el marco conceptual que guía la intervención de las terapeutas, en cuarto lugar se evalúan la problemática y las metas de la cliente, en quinto lugar se presenta el plan de tratamiento, a continuación se describe el curso de la terapia y finalmente se realiza la evaluación de los resultados.

Palabras clave: malestar emocional, terapia narrativa, dinámica relacional familiar, estudio de caso.

Referencias bibliográficas

- BANNISTER, D. Y FRANSELLA, F. (1986). *Inquiring man: The psychology of personal constructs* (3rd ed.) London: Croom Helm.
- BARKHAM, M., MARGISON, F., LEACH, C., LUCOCK, M., MELLOR-CLARK, J., EVANS, C., CORDEROSDÓNDE, L., CONNELL, J., AUDIN, K. Y MCGRATH, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; vol.69, pp 184-196.
- BOTELLA, L.; BELLES, L.; GRAÑÓ, N.; BERIAIN, D. (2009). *Resultado y Proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora*. Comunicación presentada en el tercer congreso internacional de psicoterapias cognitivas, Palma de Mallorca, España.
- BOTELLA, L. Y FEIXAS, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- BOTELLA, L. Y FEIXAS, G. (1998) *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- BOTELLA, L.; GRAÑO, N. (2006) Dimensions evolutives, neurobiològiques i clíniques dels vincles d'aferrament. *Aloma. Revista de Psicologia i Ciències de l'Educació*. núm. 18 pp.229-238.
- BOTELLA, L.; GRAÑÓ, N. (2008) La construcción del apego, la cohesión didáctica y la comunicación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*. vol. 26 (2) pp.291-301.
- BOTELLA, L.; GRAÑÓ, N.; GÁMIZ, M; ABEY, M. (2008) La presencia ignorada del cuerpo: Corporalidad y (re) construcción de la identidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVII pp. 245-264.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-262.
- CORBELLA, S. Y BOTELLA, LL. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net
- CORBELLA, S. Y BOTELLA, L. (2004). Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema ICDS*, 8, 3461, vol. 16, núm. 4, pp. 702-705.
- FEIXAS, G Y MIRÓ, M.T (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- GONÇALVES, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (Vols. 1 and 2)*. London: Routledge.
- LAMBERT, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (1998.), *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MAHONEY, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.

- MCCOY, M. M. (1977). A Reconstruction of Emotion, in Bannister, D. *New Perspective in Personal Construct Theory*. London: Academic Press, 93-124.
- NEIMEYER, G. (comp.) (1996): *Evaluación constructivista*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. (1998). *Aprender de la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. Y MAHONEY, M. J. (1988). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- NEIMEYER, R. A. Y FEIXAS, G (1997). El estado de la cuestión en la terapia de constructos personales. En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. (pp. 307-317).
- OLIVA DELGADO, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4(1), 65-81.
- PROCHASKA, J.O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change*. (pp. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- SAFRAN, J. D. Y MURAN, J. C. (2005) *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional* (original 2000). Bilbao: Desclée de Brouwer
- WHITE, M. Y EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.



Centre
Entrenament
Psicoterapeutes
Eric Berne

www.cepericberne.com

El Análisis Transaccional entiende que la función de la psicoterapia es facilitar el cambio y que la persona acceda a mayores niveles de salud, entendida esta como la capacidad para ser Autónomo, estar en intimidad y ser espontáneo. Por eso, es necesario poder salir del guión de vida rígido y inconsciente, desbloqueando los procesos evolutivos que quedaron fijados a lo largo del desarrollo de la persona, mediante la relación terapéutica.

EL CENTRE D'ENTRENAMENT PER A PSICOTERAPEUTES ERIC BERNE ABRE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN 2011-2012

Máster en Análisis Transaccional:

Máster teórico, práctico y vivencial de 4 cursos de duración. Permite la obtención del Transactional Analysis Certificate de la Asociación Europea de Análisis Transaccional (EATA), el cual a su vez permite la obtención del EuroPsy, título europeo como experto en Psicoterapia.

El objetivo principal es la formación global en el ejercicio de la psicoterapia: a nivel teórico, a nivel práctico y a nivel personal. Dirigido a Psicólogos, Psicólogos Clínicos, Psiquiatras. La formación contempla diferentes modelos teóricos dentro del Análisis Transaccional y la integración de otros enfoques, con la finalidad de poderlos integrar en el proceso psicoterapéutico, según las necesidades del cliente, y en la propia personalidad del terapeuta, haciendo un todo coherente.

Curso de introducción al Análisis Transaccional (FTB):

Este curso introductorio teórico-práctico permite un primer contacto con los principales conceptos teóricos del AT, así como con sus técnicas de diagnóstico e intervención, siendo muy útil desde el primer momento para comprender al individuo y a su entorno social, de manera que permite al profesional ubicarse delante del usuario con muchas herramientas de comprensión e intervención. Dirigido a Educadores sociales, integradores sociales, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales.

Formación en Psicoterapia Sensorio-motor (Sensoriomotor Psychotherapy Institute - SPI):

Certificación de título propio. Un modelo nuevo en el tratamiento de los traumas, introduciendo las sensaciones y los movimientos corporales como guía y herramienta para sanarlos. Sabemos que las experiencias traumáticas tienen su inscripción a nivel sensorio-motor, indicando la necesidad de situarse en un enfoque holístico mente-cuerpo para la obtención de resultados. Programa recomendado a las personas que trabajan con trauma severo (programa avalado por Van der Kolk).

Para más información entrar en www.cepericberne.com,
dónde ya están colgados los programas formativos 2011-2012
con la información detallada de los itinerarios.

ARTETERAPIA Y SU APORTACIÓN A LAS PSICOTERAPIAS VERBALES

María Dolores López Martínez

Facultad de Educación
Universidad de Murcia
fendi@um.es

The present article carries out an approach to the art therapy term with the purpose of understanding the fundamental principles of this young matter, both in the disciplinary field and the professional. In the first place, the existing relationship between the concepts Art and Therapy will be approached, highlighting the creativity as a nexus between both. Next, the art therapy concept is revised considering the differences that it presents against the mainly verbal psychotherapies.

Keywords: Art therapy, Art Psychotherapy, Creative Therapy, Expressive Therapy.

Relación Arte y Terapia

El carácter flexible e interdisciplinar del Arteterapia plantea una labor compleja a la hora de encontrar una concepción única y consensuada sobre su significado con la integración de disciplinas, en las que no sólo entran en juego la Psiquiatría, la Psicoterapia y las Artes Visuales, sino también, por su función social y asistencial, la Psicología, la Sociología y las Ciencias de la Educación (Llera Suárez y Guibert Reyes, 2000).

Malchiodi (1998) apunta que la combinación de las palabras “*Arte*” y “*Terapia*” suscita una gran ambigüedad, ya que supone la unión de dos disciplinas que traen consigo un amplio repertorio de conceptos como: artes visuales, procesos creativos, desarrollo humano, comportamiento y personalidad, salud mental, etc., lo que hace difícil su comprensión y entendimiento.

Da Silveira (2006) comentan que el nombre de “*Arte*” no es el vocablo más acertado para determinar lo elaborado en esta especialidad terapéutica, puesto que implica un juicio de valor estético en un contexto, cuya prioridad es el proceso de creación plástica y su relación con los procesos psicológicos del individuo, más que los logros técnicos del producto realizado. La autora añade que ningún arteterapeuta persigue que su paciente haga obras de arte, sino más bien encontrar un canal que

logre expresar las emociones más interiorizadas. Es más adecuado utilizar las nociones de lenguaje, expresión u obra “plástica” para referirse a las producciones realizadas en un encuadre terapéutico.

Partiendo de las ideas de Gordon (1979), el concepto de Arteterapia se centra en la creatividad como un factor común y presente tanto en la persona que realiza *Arte* como en aquella sometida a *Terapia*. En ambos casos, el individuo pone a prueba su valor, voluntad, perseverancia, tolerancia ante la duda o cualquier angustia que le lleve a tomar la decisión de tirar lo viejo por la borda y arriesgarse a poner en su lugar algo totalmente nuevo, hasta el momento desconocido. El impulso creativo trata la resolución de problemas y el encuentro de nuevas soluciones a cuestiones obsoletas. Por esta razón, la expresión artística y los procesos terapéuticos se complementan creando, con la conjunción de sus métodos y técnicas, las herramientas cristalizadas en los aspectos que conforman etimológicamente el concepto de Arteterapia. “*En el proceso de la psicoterapia hay que reservar un hueco para lo inesperado, lo sorprendente, lo imprevisible, hueco necesario e inevitable, que asimila este proceso no sólo al cambio sino también a la creación. En la creación artística hallamos la discontinuidad, la imprevisibilidad, la transposición de lo real a un universo propio del creador, el afecto, el riesgo y la implicación, y a largo plazo el conocimiento a través de la obra*”. (Sinelnikoff, 1999, p.251).

Factores característicos del Arteterapia en relación a otras terapias

La utilización de los medios artísticos y la presencia de las obras plásticas dentro del encuadre terapéutico generan una serie de experiencias, que convierten al Arteterapia en una modalidad terapéutica llena de posibilidades únicas. Dichas experiencias podrían enriquecer los factores terapéuticos de las psicoterapias con mediación verbal.

Rojas Bermúdez (1970), tras sus investigaciones basadas en la función mediadora a partir del uso de marionetas o títeres dentro de un encuadre psicoterapéutico, denominó *Objeto Intermediario* a todo instrumento de comunicación que consintiera al terapeuta actuar terapéuticamente sobre el paciente, sin desencadenar estados de alarma intensos.

Posteriormente, Jones (2005) establece una clasificación para determinar los fenómenos propios de las sesiones de arteterapia. Los resume en los siguientes: *Proyección Artística, Relación Triangular, Perspectiva y Distancia, Experiencia no verbal y Espacio de juego*. A esta clasificación se podría añadir la *Permanencia de la obra*.

La Proyección Artística

El arteterapia es de las pocas terapias que ofrece la oportunidad de construir una imagen u objeto sensorial en un espacio donde se estimulan los aspectos

creativos del individuo. “*Un espacio donde la flexibilidad, aceptación, confrontación con sus emociones y tolerancia son reales*”. (Pérez Fariñas, 2004, p.249). Sobre la obra realizada recae la expresión subjetiva y personal de su autor, mostrando sus dimensiones cognitivas, emocionales, senso-perceptivas, sociales, culturales, etc. Este hecho permite al arteterapeuta establecer de forma integral diferentes objetivos terapéuticos, según el área o áreas que la persona tratada quiera explorar. La cualidad multidimensional de la expresión visual y plástica permite una intervención globalizadora de la persona por lo que el valor terapéutico se ve reforzado.

La técnica utilizada para la creación de imágenes en arteterapia es la *Libre Expresión*, sin prestar demasiada atención a los resultados estéticos o al dominio técnico de los medios artísticos. El énfasis se centra en el proceso creativo y en la experimentación con los medios plásticos y audiovisuales, sin ningún intento de imitar la realidad.

La proyección puede ser consciente, si la persona decide trabajar una dimensión, concepto o aspecto específico de forma deliberada o puede desarrollarse de forma inconsciente, sin una dirección concreta. En ambas ocasiones, la creación con los medios artísticos y la relación con el arteterapeuta pueden animar al cliente a entrar en este proceso de proyección-exploración hasta traerle nuevos conocimientos o diversas asociaciones que, a posteriori, podrán ser integrados en su experiencia vital.

De acuerdo con Coll (2006), el trabajo arteterapéutico se esfuerza en facilitar el encuentro y la elaboración de imágenes propias, de manera que la persona pueda establecer por sí misma una relación con sus conflictos internos. Las cualidades proyectivas de la expresión plástica y la formación clínica del arteterapeuta guían a la persona hacia el abordaje y la creación de “*espacios más amables*”, esenciales en la resolución de sus dificultades. Coll añade que el ser humano es creativo por naturaleza, por el hecho de haber accedido al pensamiento. Ha ido creando, desde su círculo primario y su contexto social, un modo de entender lo que le rodea y de encontrar respuestas a sus necesidades. Su disposición creativa puede verse bloqueada, al sufrir determinadas vivencias que han podido derivar en un desarrollo de identificaciones demasiado rígidas y concretas.

Partiendo de este discurso, el tránsito continuo de la proyección a la exploración de vivencias, a través de las imágenes creadas, permite la transformación, al aportar nuevas perspectivas a la persona comprometida en un proceso arteterapéutico, gracias a los estímulos creativos incentivados por la dinámica de las propias imágenes, de las percepciones estimuladas por los materiales y de la acción del arteterapeuta que acompaña.

El arteterapeuta británico Birchell (1987) añade una serie de supuestos acerca de cómo el reflejo del material interno del individuo sobre su obra plástica puede serle de gran utilidad en la actualización y resolución de problemas personales.

Propone que trabajar plástica y visualmente ayuda a:

- Hacerle revivir escenas inconclusas de su vida y darle la oportunidad de construir un desenlace simbólico distinto que alivie su malestar: rememorar una relación que se ha roto, establecer un diálogo con alguien con el que se perdió el contacto o falleció y decirle algo que nunca se atrevió a exteriorizarle o retractarse de cosas que lamentó haberle dicho, etc.
- Representar momentos peligrosos, atemorizantes o perturbadores: hablar en público, claustrofobia, etc., para liberar y expresar emociones contenidas y obtener más conocimiento sobre las mismas.
- Llevar a cabo actos no aprobados o prohibidos: abrazar a alguien que no se halle al alcance, copular con él, tener relaciones sexuales incestuosas u homosexuales, comportarse de forma agresiva, cruel, sádica, destructiva, etc.
- Aceptar y asumir los aspectos menos tolerables de uno mismo significa que gastará menos energía negando su existencia. Dibujar cosas extravagantes, mostrarse ridículo, manifestar regresiones infantiles, dejar libre la imaginación sin un sentido lógico, representar confusiones, etc.
- Revelar deseos: verse representado con lo que se desea: éxito, estar casado, tener hijos, ser mejor, más alto, etc.

Una pintura, una fotografía, un dibujo, etc., pueden hacer revivir cualquier escena pasada, presente, futura, en cualquier entorno o contexto que se desee.

Muchas de las expresiones plásticas suelen ser metáforas de uno mismo o de algún aspecto de la persona, que de alguna manera aparecen para poder trabajarlos e integrarlos de una forma más cordial desde las múltiples perspectivas que nos ofrece el arteterapia. *“Desplazando con cuidado las manifestaciones evidentes a lo que hay detrás de ellas, a los conflictos que se están manifestando, podemos ayudar a que estos conflictos evolucionen. Podemos pasar de reprimir una conducta inadecuadamente a permitir que se exprese lo que la motiva, de una forma constructiva”*. (Moreno González, 2003, p.109).

La proyección artística ofrece a la persona la oportunidad de involucrarse en sus problemas y traerlos a la terapia para observarlos y explorarlos con el material artístico. Las cualidades específicas de la pintura, el modelado, el dibujo, la fotografía, el video, etc., implican, reflejan, sostienen y transforman las experiencias psicológicas, emocionales y comunicativas de personas acompañadas por un arteterapeuta experto, capaz de hacer transcurrir en sincronía cada uno de los elementos implícitos en la terapia.

La proyección artística se manifiesta desde el comienzo de la obra. El modo en que la persona aborda la elaboración del objeto, sus intenciones o resistencias, a la hora de crear algo nuevo, merecen gran atención, ya que pueden decir mucho sobre su forma de ver el mundo y de verse inmerso en él.

Rigo Vanrell (2004) destaca la expresión subjetiva del individuo, no sólo en

lo que la imagen producida contenga, sino también en el grado de implicación en la tarea, las reacciones de fobia, rechazo o afinidad que puedan surgir durante el proceso creativo, las temáticas elegidas, su carga simbólica, la elección y el modo de aplicación de las técnicas utilizadas. Añade que los momentos posteriores a la actividad creadora, el estado de ánimo, el grado de aprobación y satisfacción o de no aceptación de las realizaciones propias, o ajenas, si se trabaja en grupo, son momentos muy significativos a tener en cuenta. No sólo se trata de lo representado sino de la forma en que se ha hecho y de cómo se describe. (Omenat, 2006).

La Relación Triangular: Arteterapeuta-Obra plástica-Paciente

La terapia artística introduce un agente nuevo: la obra plástico-visual realizada por el paciente. Esta tercera presencia altera la relación cliente-terapeuta y el rol tradicional atribuido a ambas figuras. El proceso de transferencia y contratransferencia entre el paciente y el arteterapeuta queda afectado por la existencia de algo concreto que puede ser utilizado, discutido y que actúa como mediador.

Durante las sesiones arteterapéuticas, la persona trata de realizar una imagen u objeto con la idea de expresar y dar significado a sus experiencias subjetivas, aspectos vivenciados, abstraídos por formas, texturas, colores, ritmos, tensiones, contrastes, etc., en compañía de un arteterapeuta capaz de facilitar y sostener lo que suceda durante todo el proceso.

La intensidad emocional que surge en el espacio terapéutico es contenida y mantenida, no sólo por el arteterapeuta sino también por los procesos creativos y la obra plástica. *“(...) no se centra en el intercambio intersubjetivo de palabras, sino en la circulación en torno a un objeto, que es la producción de uno de ellos, sostenida por el otro”*. (Klein, 2006, p.36). De esta manera, el papel que toma el paciente para lograr su bienestar es más activo e independiente, respecto a la relación establecida con su arteterapeuta, diferenciándose de otras terapias, donde la guía y el nexo sólo proceden de un foco único. *“La autonomía de las personas que pintan se refuerza. Cada uno aprende cada vez más a tratar con sus propias imágenes y a usarlas para su propia sanación y desarrollo. Así la relación con las imágenes, (que equivalen a su mundo interno), reemplaza poco a poco la relación con el terapeuta”*. (Schottenloher, 2004, p.168).

Pain y Jarreau (1995) apuntan que, en una psicoterapia habitual, la mayoría del tiempo se escucha hablar a la persona, sin embargo en arteterapia, la persona está en situación de tarea y en consecuencia, se observa cómo vive la experiencia novedosa. Así se puede verificar cómo el sujeto pone en acción sus conocimientos y experiencias anteriores, mientras ensaya la probabilidad de modificarlas para hacerlas más efectivas a la propuesta plástica que ha de solucionar. De esta forma, la persona va tomando conciencia del modo de resolver los problemas plásticos en relación con sus propios problemas psicológicos.

González Moreno (2003) comenta que el arteterapeuta no responde directa-

mente a cuestiones sobre cómo solucionar algunos problemas técnicos, más bien fomenta que la persona pruebe por sí misma respuestas nuevas, que busque alternativas a las diferentes situaciones; esto le va a permitir ensayar y desarrollar estrategias, que posteriormente pueden ser utilizadas en la vida real. Para la autora, fomentar la reflexión sobre la tarea ayuda de forma indirecta a ampliar la conciencia de la persona que la realiza. Las personas se suelen enfrentar a los problemas plásticos de forma muy similar a como lo hacen con el resto de las dificultades cotidianas, por lo tanto, cuando se reflexiona sobre los problemas plásticos se está planteando indirectamente sobre cómo se actúa en la propia vida.

La experimentación plástica y el valor simbólico de las imágenes que van surgiendo, permite a su creador la autoexploración semántica de sus emociones y pensamientos, desde la multiplicidad de perspectivas que los medios plásticos y audiovisuales pueden llegar a ofrecer. *“El arte nos invita a reconocer las complejidades de nuestro mundo, a replantearnos nuestras suposiciones y a conocer posturas individuales diferentes de las nuestras. Nos da algo distinto de lo ya dado. (...) Convierte el mundo en un lugar extraño para nosotros y después nos devuelve a él. Nos libera de la tiranía de las maneras de ver las cosas”*. (Julius, 2002, pp.32-33).

Una de las dimensiones más interesantes que el arte puede aportar a la terapia consiste en ofrecer un espacio de reflexión, donde se invite a la indagación sobre las percepciones que construyen las creencias, y poder reformularlas desde la relatividad, a partir de la diversidad de aspectos que los medios artísticos y las imágenes puedan mostrar.

El producto creado propicia un factor adicional para entrar en la relación de terapia. Permite que la persona exprese su material personal en y a través de sus obras y su proceso creativo, para explorarlo mediante un sinfín de caminos hasta encontrar aquel que le haga comprender sus necesidades emocionales y psicológicas. (Jones, 2005).

Perspectiva y distancia

Como se ha explicado anteriormente, el producto plástico se interpreta en arteterapia como la concreción física y material de las proyecciones subjetivas de la persona tratada. El valor del objeto realizado se basa principalmente en las relaciones que la persona establece con el mundo a través del mismo. Esta cualidad simbólica permite al individuo tomar parte, al mismo tiempo, de algo que es de su vida pero también separado de ella, lo que constituye una forma de apartarse del pleno compromiso personal a la hora de enfrentarse directamente con sus propios conflictos. El sujeto se convierte en objeto sin perder sus características propias, pero con la ventaja de poder observarlas desde otras perspectivas diferentes.

Klein (2006) afirma que la distancia introducida por el arteterapeuta a través del producto plástico pasa de un discurso en primera persona (yo) a una producción en tercera (él). El sujeto no se desnuda directamente delante de su terapeuta, lo hace

a través de un intermediario, de un soporte que lo sostiene y a la vez le permite representarse con plena libertad sin sentir la ansiedad propia de tener que hablar de su intimidad con un extraño. La mediación debilita las defensas, el censor que llevamos dentro se afloja, la persona se relaja y le es más fácil hablar de sí misma sin sentirse amenazada.

El proceso arteterapéutico ofrece la oportunidad exclusiva a la persona de observarse a sí misma a través de los medios visuales, de figurar sus conflictos a través de la ley de la materia para poder examinarlos desde un plano que es interno y externo simultáneamente. *“Cuando un impulso prohibido ha encontrado forma fuera de la psique del paciente, este consigue separar su conflicto y le permite examinar sus problemas con mayor objetividad. Así se ayuda al paciente a reconocer gradualmente que sus producciones artísticas suponen un espejo en el que puede empezar a encontrar sus propios motivos revelados”*. (Naumburg, 1987, p.3).

El tránsito de lo psíquico a lo físico por medio de un soporte real puede ayudar a la persona a distanciarse de sus acciones irracionales para poder explorarlas, comprenderlas y ordenarlas desde otro punto de vista. El acto creativo y sus resultados consiguen esa diferenciación y el correspondiente autodominio ante situaciones que, anteriormente, suponían malestar y sensación de descontrol.

La noción de *perspectiva y distancia*, también simboliza para el individuo la oportunidad constante de sentir sus experiencias de vida desde posiciones diferentes, como escritor o lector, pintor u observador, actor o audiencia, artista o espectador.

Cuando el autor contempla o habla de su obra, puede realzar o rebajar alguna de sus cualidades y, por tanto, descubrir aspectos que den paso a una nueva red de asociaciones diferentes de lo que en un principio quiso exteriorizar. Esto provoca una retroalimentación constante entre lo que el sujeto proyecta en el producto y lo que el producto proyecta sobre él.

Este cambio de perspectivas continuo promueve la flexibilidad de pensamientos, emociones y conductas, que derivará hacia la transformación personal, siempre que se consiga conjugar de forma paralela la experiencia del taller con su experiencia vital.

Experiencia no verbal

Gran variedad de experiencias inefables desde una perspectiva lingüística encuentran su vehículo en las expresiones artísticas. La expresión musical, plástico-visual, corporal o dramática son otras vías al alcance de todo ser humano que pueden convertirse en una fuente de información muy útil y rica en matices distintos a los obtenidos verbalmente. *“No hay ninguna lengua completa que pueda expresar todas nuestras ideas y todas nuestras sensaciones; sus matices son demasiado imperceptibles y demasiado numerosos (...). Nos vemos obligados, por ejemplo, a designar bajo el nombre general de amor y de odio mil amores y mil odios*

totalmente diferentes; y lo mismo sucede con nuestros dolores y nuestros placeres”. (Voltaire, citado en Ullmann, 1968, p.272).

Las deficiencias inherentes al lenguaje se deben a su vaguedad, a que las palabras son imprecisas, sin fronteras claramente deslindadas. Otras veces no son vagas las palabras sino los objetos o experiencias a los que se refieren o la naturaleza genérica de nuestro vocabulario. La mayoría de las palabras representan conceptos de clases, no personas, objetos, cualidades o acontecimientos individuales. Sin embargo, los tratamientos psicoterapéuticos clásicos utilizan los medios verbales como principal canal de comunicación con los pacientes. Aunque también se tienen en cuenta la entonación de la voz, los movimientos corporales y gestuales del individuo para obtener la mayor información posible sobre su personalidad, la atención suele girar en torno al contenido de las palabras.

Francastel (1988) comenta que los signos plásticos sirven de médium a una inmensa categoría de representaciones no comparables a las del pensamiento discursivo, pero igualmente eficaces y, a veces, tan altamente reveladoras como las aportadas por los medios verbales.

Si situamos esta idea dentro de un encuadre terapéutico, el uso de los medios artísticos puede ampliar enormemente la capacidad expresiva y comunicativa de una persona a la hora de facilitar el acceso a sus estados mentales, especialmente en situaciones en el que el lenguaje verbal se encuentre bloqueado o limitado por falta de dominio, inhibiciones o disfunciones físicas, cognitivas o emocionales. El carácter universal de la expresión plástica sobrepasa situaciones donde el idioma, la edad, la cultura o el estado psicofísico del paciente pueden suponer una dificultad añadida en la labor de ayuda.

Durante la realización de la obra plástica, el paciente mantiene un diálogo intuitivo y sensitivo con los materiales que van dando forma a su autoexpresión. La persona exterioriza lo que tiene presente en ese instante, le va dando forma real a sus apegos, inquietudes, miedos, angustias etc., beneficiándose de la oportunidad de poder congelar ese momento justo y trabajar sobre el mismo, sin que se olvide como ocurre con las palabras.

La continua estimulación sensorial, fruto de la manipulación de diversas formas, colores, texturas, olores, sonidos, etc., permite establecer nuevas conexiones neuronales y aumentar la eficiencia cerebral. En este momento, la experiencia multisensorial puede llegar a suscitar emociones fuertes, cargadas de significados, en forma de huellas, signos o imágenes emergentes que le devuelven a su autor la carga simbólica proyectada.

Cuando la persona concluye su obra, las indagaciones y reflexiones personales surgidas durante todo el transcurso se comparten con el arteterapeuta, visual y verbalmente, intentando describir lo sucedido y lo que las imágenes sugieren a su autor. Varios niveles de comunicación interactúan con la finalidad de descubrir los problemas que pueden estar interfiriendo en el bienestar del paciente. La combina-

ción de los medios plásticos y visuales, los gestos, los movimientos y el discurso verbal, aportan cualidades únicas a las formas interpersonales de ayuda, ya que una imagen puede dar paso a la palabra y la palabra, a su vez, evocar una imagen.

Por lo tanto, la comunicación se ve potenciada y enriquecida considerablemente en un continuo coloquio metalingüístico. Hay muchas formas de expresión que se pueden asociar a lo verbal y llevar a la persona a explorar con mayor propiedad sus sentimientos y formas de estar en el mundo, lo que repercutirá en su bienestar. Las terapias artísticas posibilitan al sujeto otras formas de expresión. “*La palabra no es el único medio de comunicación ni la única manera de traer a la consciencia contenidos del inconsciente*”. (Da Silveira, 2006, p.84).

Según Schottenloher (2004), cuando pintamos o modelamos, activamos y accedemos con más facilidad a todos aquellos pensamientos internos que aparecen en forma de imágenes más que con el uso de las palabras.

Otra cualidad importante, es la simbolización significativa que aporta el autor a las imágenes creadas, mediante la construcción de significantes autónomos. La persona confecciona un código personal a partir de significados extraídos del enfoque de su pensamiento, ya que carga de simbolización elementos recogidos de su imaginario y de su entorno. Tiene la oportunidad de poder ordenar pensamientos desarticulados en un ámbito nuevo integrándolos en un espacio significativo a su representación. (De Tavira, 1996). Frecuentemente, las asociaciones de imágenes se producen por semejanza o analogía, dando lugar a la metáfora. Las actividades artísticas constituyen formas de movilizar recuerdos estancados en la amígdala, ya que el cerebro emocional está estrechamente ligado a los contenidos simbólicos propios de la metáfora, el cuento, el mito y el arte. (Goleman, 1996).

Un choque en edad temprana, una experiencia traumática, una obsesión, una preocupación profundamente arraigada o una ansiedad suelen hacer surgir el uso de símiles y metáforas para la descripción de estas experiencias. (Ulman, 1996).

Los medios artísticos pueden facilitar la creación de una simbología que englobe todo este tipo de experiencias que, tal vez, a través de otros medios, no sería posible expresar e integrar de forma saludable.

La metáfora ofrece otro aspecto interesante como la *sinéctica* (Gordon, 1979), técnica creativa que convierte lo extraño en familiar y lo familiar en extraño. El proceso creativo y los productos plásticos nos proporcionan datos que podemos relacionar con otros totalmente diferentes; establecer conexiones remotas, sorprendentes e imprevisibles; encontrar cosas cuando no se buscan; llevar a descubrimientos de forma accidental de gran valor terapéutico. La constante tensión de búsqueda, de realización de obras y observación de los resultados, puede llevar a un encuentro inesperado que conlleve al insight.

La asociación de imágenes se produce también por contigüidad y el tropo resultante es la metonimia, frecuentemente en la modalidad de sinécdoque. Las formas, los colores, las texturas, las sensaciones hápticas o una parte de la imagen

plástica y visual, suponen pequeños fragmentos que pueden ayudar a actualizar sucesos completos enterrados en la memoria.

Al igual que la metáfora, ambos tropos son recursos del lenguaje visual muy valiosos desde una perspectiva psicoterapéutica.

Otra condición destacable de la actuación arteterapéutica es conseguir una intervención menos invasiva, a través de los aspectos creativos y expresivos aportados por los medios artísticos, en contraste con otros tratamientos más tradicionales, especialmente con personas tratadas en entornos hospitalarios, centros psiquiátricos, centros penitenciarios, etc., donde casi toda la comunicación parece estar sometida a lo estrictamente profesional, actuando como una barrera autodefensiva de las emociones.

Sinelnikoff (1999) expone que estas formas de expresión ayudan a superar las inhibiciones verbales, ya que el contacto con materiales plásticos, facilitados por monitores especializados, constituye espacios creativos y áreas de juego que contrastan con los contextos medicalizados. Enfatiza los diversos modos de semiotización como alternativa a otro tipo de relaciones, las cuales, a menudo, incrementan el intercambio transversal, respecto al estatus inicialmente atribuido a los enfermeros, médicos o psicoterapeutas.

Espacio de juego

A lo largo de este recorrido se ha expuesto el valor terapéutico del proceso creativo, derivado de la experiencia compartida con el arteterapeuta y el uso de los medios plástico-visuales, como factor decisivo y primordial en la resolución de conflictos y en el camino hacia la transformación y el cambio.

Lowenfeld y Lambert (1980) afirman que la probabilidad de éxito en la acción terapéutica es mayor, en la medida que el individuo se vincule con su propio proceso de creación.

Sin embargo, redescubrir la autoexpresión a través de las imágenes, recuperar la predisposición al juego, puede resultar para muchas personas una labor compleja, acompañada de bloqueos. El arteterapeuta tiene que saber localizar estos bloqueos y dirigirlos a buen puerto, para generar un encuadre facilitador y hacer que el taller funcione, especialmente en sus etapas iniciales.

El contacto con los materiales plásticos puede cuestionar, inevitablemente en cualquier individuo no familiarizado con ellos, su propia capacidad para crear algo estéticamente bello y parecido a la realidad. Este concepto tan generalizado sobre el valor de las actividades artísticas, donde estética y resultado son enfatizados por desconocimiento y tradición, no ayuda a la implicación en el proceso de creación plástica, más bien genera ideas de incapacidad o de que sólo las personas con talento pueden ser capaces de dominar este lenguaje. Estos hechos pueden tener consecuencias decisivas en la distorsión del uso óptimo de la actividad creadora como medio terapéutico. (Lowenfeld y Lambert, 1980).

Los propósitos arteterapéuticos, no persiguen, en absoluto, estos objetivos sino la experimentación con los materiales artísticos en un encuadre adecuado que llevarán al individuo a adentrarse en su propio proceso creativo, del cual podrá obtener resultados terapéuticos que le ayuden a superar su malestar. La vinculación de la persona o grupo de personas con los materiales y la identificación con el proceso creativo son básicas para que la acción terapéutica tenga éxito.

Según Jones (2005), muchos arteterapeutas se han inspirado en el juego simbólico de los niños como una estrategia para fomentar el proceso creativo. A través del juego, el cliente entra en un estado en el que comienza una relación especial con el tiempo, el espacio, las reglas y los límites de todos los días. Esta relación de juego con la realidad determina una actitud más creativa y flexible hacia hechos, conflictos e ideas fijas. Consigue cambiar completamente las percepciones y relacionarlas con las vivencias de la persona.

A través del juego se expresan y exploran situaciones problemáticas de forma indirecta, ayuda a la exteriorización de imágenes y capacita a la persona a enfrentarse a situaciones que provocan ansiedad de manera metafórica. (Freud, 1985; Klein, 1990).

Freud (1981) y Kris (1955) relacionan el juego con el concepto de proceso primario o sistema de pensamiento fuertemente motivado, sin estar sujeto a reglas lógicas, ni orientado a la realidad. El control de este proceso facilita el pensamiento divergente y la creatividad.

Por tanto, integrar aspectos lúdicos en la intervención arteterapéutica resulta positivo desde dos perspectivas que interactúan entre sí. Por una parte, potencia el establecimiento de una atmósfera idónea para incentivar el proceso creativo y ayuda al arteterapeuta a mantener en su actuación un balance entre el control y la libertad de acción. Las actividades lúdicas, además de ser agradables, motivadoras y satisfactorias por sí mismas, ofrecen un lugar para resolver conflictos con un matiz distendido. Este hecho ayuda a convertir el escenario arteterapéutico en un lugar de protección, consistente y seguro para la persona tratada.

Por otra, el juego al incentivar la creatividad en el desarrollo de las actividades artísticas, potencia la curiosidad, la flexibilidad, la improvisación y anima al riesgo. Los errores se hacen más llevaderos porque están enfocados a ensayar desde un plano imaginario, nuevos comportamientos y trabajar con aspectos del ser estancados.

El arteterapia ofrece un lugar simbólico seguro en el que el juego y las actividades plásticas logran que la persona pueda enfrentarse de forma creativa a una serie de dificultades relacionadas con su existencia y a la asimilación eficaz de las mismas. El autoconcepto se hace más sólido, cuando se brinda al cliente la oportunidad de que pueda observar, con el uso de los medios plásticos, su forma de asumir retos y de afrontar sus propios errores siempre en compañía de un arteterapeuta que sostenga las emociones emergentes. La ficción del juego simbólico acoge necesidades y deseos, permite que se satisfagan en el plano imaginario, lo que

contribuye a su evolución y desarrollo. (López Fernández Cao, 2006).

La Permanencia de la obra

Otra de las oportunidades que brinda la aplicación del arteterapia en el proceso de ayuda es la posibilidad de trabajar con un objeto o imagen tangible que encarna u objetiviza la acción y el contenido expresivo de su autor. La persona vierte su experiencia vivida en un medio sensible que la acoge y exhibe, convirtiendo la obra en una *subjetividad viviente*. (García Leal, 2002).

La materialidad y permanencia del producto añade una dimensión que las terapias verbales no poseen. Los objetos existen, más allá de cada sesión, no se pueden olvidar y se mantienen intactos en el tiempo. (Byers, 1998; Case y Dalley, 1992; Malchodi, 1998; Schaverien, 1992; Wadeson, 1980; Wilks y Byers, 1992). La obra establece un centro de atención concreto, con el fin de poder dialogar, discutir, analizar o evaluarla en cualquier momento de la terapia, pues actúa como registro de todo lo que la persona va exteriorizando de sí misma en cada una de las sesiones. *“La configuración transferencial es muy especial porque las dos personas se comunican a través de un objeto que representa al sujeto y lo concretiza”*. (Klein, 2006, p.12).

El contenido que transmite se convierte en algo duradero, que no puede desaparecer y cuya autoría es difícil de negar. (Schottenloher, 2004). *“Las ideas y las imágenes son muy difíciles de mantener a menos que se inscriban en un material, que les dé, por lo menos, algún tipo de semipermanencia. Las artes, como vehículos mediante los cuales se producen estas inscripciones, nos permiten examinar con mucho más detalle nuestras propias ideas”*. (Eisner, 2004, p.28).

Case y Dalley (1992) destacan la supervivencia en el tiempo de las imágenes como una herramienta muy útil, especialmente en situaciones donde la persona no puede hablar inmediatamente sobre lo que ha realizado, dejando así una puerta abierta para regresar a esa imagen después, una vez que su autor se sienta capaz de observarla nuevamente y contenerla. *“Las imágenes metafóricas que se utilizan en el lenguaje hablado no son permanentes mientras que las imágenes visuales, incluso tiempo después de realizarlas, mantienen su carga emocional y poder comunicativo. Esta característica permite esperar el momento adecuado para volver a revisar aquellas imágenes que hacen referencia a determinados conflictos”*. (Torrado Sánchez, 2004, p.175).

La secuencia cronológica de las obras elaboradas durante el transcurso de la terapia revela gráficamente todo lo ocurrido en el tratamiento arteterapéutico desde su inicio, los estados mentales de cada momento, las preocupaciones, los deseos o conflictos inconscientes más insistentes.

Case y Dalley (1992), Landgarten (1981) y Martínez Díez (2004) afirman que efectuar periódicamente una revisión retrospectiva del trabajo plástico a lo largo de la terapia puede clarificar en gran medida todo el trabajo, al proporcionar puntos de

referencia tanto al arteterapeuta como a la persona tratada. Se puede volver a observar en cualquier momento lo producido en sesiones anteriores e ir examinando toda la evolución. (Dalley, 1987; Da Silveira, 2006; Liebmann, 2000).

La revisión global de todas las obras construidas despliega de forma simultánea y holística todo lo acontecido, los momentos de luz y de sombra, las incertidumbres y los insights conseguidos. Este hecho puede ayudar a la persona a incrementar, reafirmar e integrar todo lo aprendido. Son siempre obras abiertas e inacabadas en las que se puede volver remitir, cambiar, visualizar al cabo de un tiempo durante el periodo que dure la terapia. *“El objeto artístico, a diferencia de la palabra, es tangible y puede ser conservado de sesión en sesión. Esto permite que puedan actuarse diferentes emociones sobre él y vaya variando su significación a medida que se avanza en el proceso arteterapéutico”*. (Omenat, 2006, p.3).

Conclusión

Los factores implícitos en los tratamientos arteterapéuticos permiten ampliar las dimensiones curativas por los numerosos recursos que aporta respecto a otras terapias predominantemente verbales. Lo que implica que su magnitud terapéutica llegue a la gran diversidad de colectivos, ámbitos, campos de intervención etc., que actualmente presenta nuestra sociedad.

Los intercambios que se puedan producir entre psicólogos y profesionales del arteterapia, puede ampliar el campo de investigación psicoterapéutico con el consecuente desarrollo de nuevas técnicas y enfoques metodológicos. Dicho trabajo interdisciplinar puede propiciar el progreso científico en la creación de nuevas herramientas que consigan mejorar los tratamientos actuales. *“La existencia de un espacio común no significa la pérdida de los límites profesionales, al contrario, se trata de caminar juntos sabiendo muy bien hasta dónde puede llegar cada uno y cual es el terreno que no se debe pisar. Se trata de crear puentes y de enriquecernos mutuamente, no de confundirnos. El Arte es un punto de encuentro”*. (Moreno, 2006, p.60).

En el presente artículo se realizará una aproximación al término arteterapia con la finalidad de comprender los principios fundamentales de esta joven materia tanto en su ámbito disciplinar como profesional. En primer lugar, se abordará la relación existente entre los conceptos Arte y Terapia, destacando la creatividad como nexo entre ambos. A continuación, se revisa el concepto de arteterapia a partir de las diferencias que presenta frente a las psicoterapias predominantemente verbales.

Palabras clave: Arteterapia, Psicoterapia Artística, Terapia Creativa, Terapia Expresiva.

Referencias bibliográficas

- BIRCHNELL, J. (1987). La Terapia Artística como forma de psicoterapia. En: T. Dalley (Ed.), *El Arte como Terapia* (pp.75-93). Barcelona: Herder.
- CASE, C. Y DALLEY, T. (1992). *The handbook of art therapy*. Londres:Tavistock/Routledge.
- COLL ESPINOSA, F.J. (Ed.) (2006). *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- DA SILVEIRA, N. (2006). *O mundo das imagens*. Sao Paulo: Ática.
- DALLEY, T. (Ed.) (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- EISNER, E. W. (2004). *El arte y la creación de la mente*. Barcelona: Paidós.
- FRANCASTEL, P. (1988). *La realidad figurativa: el marco imaginario de la expresión figurativa*. Barcelona : Paidós.
- FREUD, S. (1981). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GARCÍA LEAL, J. (2002). *Filosofía del arte*. Madrid: Síntesis.
- GOLEMAN, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós. .
- GORDON, R. (1979). *El proceso creativo: Autoexpresión y autotranscendencia*. En: JONES, P. (2005). *The art therapies. A revolution in healthcare*. New York: Brunner Routledge.
- JULIUS, A. (2002). *Transgresiones. El arte como provocación*. Barcelona: Destino.
- KLEIN, J. (2006). *Arteterapia: Una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- KRIS, E. (1955). *Psicoanálisis y Arte*. Buenos Aires: Paidós.
- LANDGARTEN, H. B. (1981). *Clinical Art therapy: A comprehensive guide*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- LIEBMANN, M. F. (Ed.) (2000). *Art Therapy in Practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO, M. (Coord.)(2006). *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*. Madrid: Fundamentos.
- LOWENFELD, V. Y LAMBERT BRITAIN,W. (1980). *Desarrollo de la Capacidad Creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.
- LLERA SUÁREZ, E. Y GUIBERT REYES, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina general integral*, 16(3), 285-294.
- MALCHIODI, C.A. (1998). *The Art Therapy Sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.
- MARTÍNEZ DÍEZ, N. Y LÓPEZ CAO, M. (Ed.)(2004). *Arteterapia y educación*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- MORENO GONZÁLEZ, A. (2003). Arte-terapia y Educación Social. En: *Educación Social*, 25, 99-111.
- NAUMBURG, M. (1987). *Dinamically oriented art therapy: its principles and practices: Illustrated with three case studies*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- OMENAT GARCÍA, M. (2006). *El grupo de arteterapia: Espacio de acogida en la CADM*. Comunicación presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- PAÍN, S. Y JARREAU, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica*. Argentina: Nueva Visión.
- PÉREZ FARIÑAS, R. (2004). Un acercamiento al arteterapia para la educación. En: N. Martínez Díez y M. López Cao (Eds.), *Arteterapia y educación* (pp.249-261). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- RIGO VANRELL, C. (2004). Arteterapia y Entorno. En: N. Martínez Díez y M. López Cao, (Eds.), *Arteterapia y educación* (pp.39-48). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- ROJAS BERMUDEZ, J. (1970). *Títeres y psicodrama*. Buenos Aires: Genitor
- ROMERO RODRÍGUEZ, J. (2006). Creatividad en arteterapia. Del supuesto a la decisión. En: M. López Fernández Cao (Coord.)(2006), *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*, (pp.75-88). Madrid: Fundamentos.
- RUBIN, J.A. (1998). *Art therapy: an introduction*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- SCHAVERIEN, J. (1992). *The revealing image: Analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Routledge.
- SCHOTTENLOHER, G. (2004). *Terapia artística y creativa: Una introducción práctica*. Granada: Joaquín Sánchez.
- SINELNIKOFF, N. (1999). *Las psicoterapias: Inventario crítico*. Barcelona: Herder.
- TORRADO SÁNCHEZ, Y. (2004). Descubrimos la función terapéutica del arte: Arteterapia. En: P. Domínguez Toscano (Ed.), *Arteterapia. Principios y ámbito de aplicación* (pp.171-184). Sevilla. Junta de Andalucía.

- ULMAN, E. (1996). A new use of art in psychiatric diagnosis. En: E. Ulman, y P. Dachinger (Eds.), *Art therapy in theory and practice* (pp.361-386). Ne York: Schocken.
- ULLMANN, S. (1968). *Lenguaje y estilo*. Madrid: Aguilar.
- WADESON, H. (1980). *Art Psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- WILKS, R. y BYERS, A. (1992). Art therapy with elderly people in statutory care. En: D. Waller y A. Gilroy (Eds.), *Art Therapy: A handbook* (pp.90-104). Philadelphia, PA: Open University Press.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

LAS ARTETERAPIAS: NUEVOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Monia Presta

Psicóloga clínica, Arteterapeuta, terapeuta sexual y de pareja.

Centro de Psicología clínica C/Rocafort 67-69. Despacho 10, planta A, 08015, Barcelona

Quantum. Espacio de Psicoterapia C/ Guillem Tell, 42-44, esc. B, entresol 6ª, 08006,

Barcelona

E-mail: monia.presta@gmail.com

This article addresses the history, the concept and method of the art therapy. Different approaches and purposes throughout the Phenomenology, Gestalt therapy, Psychoanalysis, cognitive and functional rehabilitation are considered from an integrative point of view, as well as the various forms of expression: drama, music, and plastic arts. Different areas of application in education, prevention, rehabilitation, therapeutic and social intervention are also indicated for individuals and groups.

Keywords: Art Therapy, creativity, free expression, music, dance, figurative arts

1. INTRODUCCIÓN

“La psicoterapia tiene que ver con dos personas jugando juntas. Cuando el juego no es posible entonces el trabajo del terapeuta está dirigido a llevar al paciente desde un estado de no poder jugar al ser capaz de jugar”. Winnicott (1971)

Las Arteterapias son una forma de terapia que se basan en la integración entre técnicas artísticas y psicológicas (Palazzi Trivelli, Taverna; 2000). Las arteterapias se han desarrollado de manera exponencial en Italia, Inglaterra y Estados Unidos. En España todavía es una disciplina nueva, pero en *crescendo* por su enorme potencial terapéutico. Los ámbitos de aplicación son: educativos, rehabilitativos, preventivos, terapéuticos y sociales. El tratamiento puede ser individual o grupal.

La expresión artística ha acompañado al hombre desde la antigüedad y siempre ha estado relacionada con sus necesidades existenciales. Desde siempre el arte ha tenido un significado místico, religioso y catártico. Las tragedias de la antigua

Grecia dramatizaban eventos profundos, difíciles, dolorosos, que planteaban cuestiones terribles sobre el sufrimiento humano, así como intentaban dar un sentido moral, de confianza, a los intentos humanos de mejorar la vida. Para los ciudadanos atenienses el teatro tenía un valor catártico porque llevaba fuera de la realidad cuestiones y emociones difíciles de tolerar sin el marco artístico, o sea sin una distancia estética. Por lo tanto, el arte tenía y tiene un sentido terapéutico. En Epidauro en el siglo V a.C. había un hospital psiquiátrico donde se realizaban rituales purificadores para favorecer la expresión de las emociones a través del teatro, la danza y la música. El empleo del arte ponía una distancia estética que permitía proyectar, a través y sobre el objeto artístico, partes del yo que hubieran tenido dificultad de emerger bajo la presión del super-yo o por causa del temor de la destructividad y las posibles consecuencias (Landy, 1999). El arte, pues, tenía un sentido terapéutico en la sociedad. En el período renacentista el arte y la ciencia se alejan y se convierten en dos métodos distintos de conocimiento. La ciencia se aleja de la intuición para hacerse más experimental. Esta distancia se acentúa especialmente con el surgimiento del pensamiento racionalista cartesiano, que influencia el pensamiento filosófico y científico moderno; así, la realidad es identificada con la *ratio*, con el *cogito*, y se separa el pensamiento de la vivencia, de la experiencia, y el cuerpo de la mente. Esta concepción del pensamiento racional como única certeza para conocer el mundo separa la percepción de la realidad del dato sensorial. El yo cogitante está expuesto a los ataques de las emociones porque no logra entenderlas como herramientas útiles para tener un ulterior punto de vista del conocimiento del mundo y de la realidad (Palazzi Trivelli, Taverna; 2000). En este contexto, el arte pierde paulatinamente su valor originario de medio de expresión y asume un valor de profesión. No será hasta el romanticismo y el post-romanticismo que nace la concepción del artista dotado de una sensibilidad superior para captar los límites de la locura, y así el arte vuelve a asumir nuevamente su sentido arcaico. El arte se convierte en un instrumento terapéutico que permite al artista expresar el propio mundo fantástico, ajeno a la realidad en la que vive, evitando y sublimando, con la obra de arte, la locura (Freud, 1923). De aquí trae origen el carácter peculiar de la experiencia artística y su función terapéutica de control de un mundo emotivo interior muy agitado. Sobre la estela de este período histórico el arte y la ciencia se acercan, hasta que a principios del siglo XX nacen las Arteterapias, que se consideran el campo de promoción del bienestar y la rehabilitación. La expresión artística es utilizada metódicamente y orientada a desarrollar la cura de los individuos a través del reconocimiento, la aceptación y el desarrollo de las emociones y las potencialidades creativas; por tanto, se redescubre una mayor conexión entre arte, expresión y regulación de las emociones. Las Arteterapias son particularmente útiles en el tratamiento de personas con dificultades en la expresión de la afectividad, de la emotividad y de la comunicación verbal, puesto que las técnicas usadas facilitan la expresión y la elaboración de los sentimientos conscien-

tes e inconscientes. Las Arteterapias favorecen el bienestar y el desarrollo personal y llevan a un proceso de consciencia e integración de emoción, pensamiento e imaginación (Giusti, Piombo, 2003).

Para comprender mejor la relación entre arte y salud mental es interesante notar cómo desde la antigüedad, a través de un *excursus* histórico y cultural, las variadas formas de arte han sido usadas para prevenir enfermedades y solucionar conflictos.

1.1. HISTORIA Y ORÍGENES DE LAS ARTETERAPIAS

El siglo XX se distingue por unas intensas relaciones entre arte y psiquiatría, y en este escenario el “loco creativo” asume el papel de musa. Numerosos autores se interesan por las correspondencias entre los síntomas de los síndromes clínicos y la expresión artística (Bedoni, 2000). Durante la primera guerra mundial André Breton, psiquiatra francés, escritor y fundador del movimiento surrealista, lee las obras de Freud, que le dejan abiertamente fascinado. Breton se familiariza con las técnicas psicoanalíticas que lo inducen a hundirse en el inconsciente, donde se entrega a la libre imaginación y practica la capacidad onírica. En octubre de 1921 se desplaza a Viena para conocer personalmente a Freud y empieza a aplicar el psicoanálisis, tanto en el ámbito médico (sobre los heridos que cura) como en la escritura. En 1924 Breton funda el *cartel del surrealismo* y escribe: “El surrealismo es un automatismo psíquico puro con el que se propone expresar, sea verbalmente, sea por escrito o en cualquier otro modo, el funcionamiento real del pensamiento. Dictado por el pensamiento, en ausencia de cualquier control ejercido por la razón. El surrealismo se basa en la idea de un grado de realidad superior, relacionado con ciertas formas de asociaciones hasta ahora dejadas de lado, sobre la omnipotencia del sueño y el juego desinteresado del pensamiento. La inspiración, para los poetas surrealistas, no está en la realidad cotidiana, lógica y racional, sino en otro lugar, en una dimensión superior y libre que originariamente pertenecía a todos pero que ha sido removida u olvidada y puede ser sólo reconquistada por la imaginación o el sueño: esta dimensión es la surrealidad”. La pintura surrealista se empeña en representar con formas nuevas el contenido del reino del inconsciente a la vez que realizar visualmente la surrealidad. En el mismo período en que el arte y la psiquiatría se entrelazan, el psiquiatra alemán Hans Prinzhorn, atento al lado artístico de las vanguardias y al psicológico de la teoría del inconsciente, símbolo del psicoanálisis freudiano, reconoce oficialmente por primera vez el “arte de los locos”. Recoge y cataloga las producciones pictóricas y escultóricas de los pacientes esquizofrénicos dando vida al primer museo de la locura en la clínica psiquiátrica de Heidelberg. En el 1922, en su ensayo “El arte de los locos” hace una aportación importante a las investigaciones sobre la capacidad expresiva y el proceso de imaginación de los enfermos mentales. Para Prinzhorn el esquizofrénico se expresa a través de un pensamiento mágico, como los niños y el hombre primitivo. Tiende

a lo esencial y por eso se acerca a los grandes problemas del ser humano. En su expresión artística se pueden reconocer imágenes arcaicas. Gradualmente emerge la idea de arte como terapia, ya que se observa que la ocupación artística modifica la conducta de los locos (Giusti, Piombo, 2003). Un mundo emotivo demasiado caótico e indistinto encuentra expresión gracias a la posibilidad de rediseñarlo y definirlo en forma pictórica. Los artistas de la época quedan fuertemente fascinados por estas obras, en las que, según Prinzhorn, es reconocible un sentimiento del mundo análogo al que ofrece el arte contemporáneo. La obra de Prinzhorn ha despertado gran interés en ambos ámbitos, el psiquiátrico y el artístico. En 1945 Jean Dubuffet, pintor francés y fundador del “Art Brut”¹, colecciona pinturas de pacientes psiquiátricos. En 1976 crea en Lausana el *Musée de l’Art Brut*. Él propone una comunicación inmediata, espontánea, primitiva y sin intenciones estéticas como la de los niños y los enfermos mentales.

En estos años donde el surrealismo intenta poner fin a los confines entre el arte y las otras disciplinas, las vanguardias teatrales quedan también fascinadas por las teorías de Freud y Jung.

En Rusia Kostantin Stanislawski (1863-1938) es el primer director-pedagogo que empieza a hacer un trabajo de investigación sobre el arte del actor. Antes de Stanislawski el actor aprendía a actuar a través de la observación. Él se preocupó de transmitir su trabajo de director-pedagogo a través de la escritura. Además empezó un trabajo de sistematización de su método.

Por Stanislawski actuar involucra procesos físicos y psicológicos. El actor tiene que conocer bien su cuerpo y tener una buena capacidad de concentración, a través de un entrenamiento específico. Además tiene que poner en juego su mundo interior, para llegar a la verdad teatral a través de un proceso de investigación. Según Stanislawski el actor dice la verdad, no finge, como afirmaba Diderot. A través de un trabajo sobre la memoria emocional el actor tiene que investigar en su vivencia personal situaciones similares a las del personaje, para revivirlas utilizando los estímulos de la representación teatral.

Detrás de su teoría podemos ver la influencia de las teorías psicoanalíticas de Freud (1856-1939), en particular el concepto del inconsciente como lugar de la verdad y de la creatividad. Además la influencia de Théodule Ribot (1839-1916) y William James (1842-1910), pioneros de la psicología.

Según Ribot no existe un sentimiento sin manifestación física. Así pues el trabajo sobre la expresión física es imprescindible por la reviviscencia. Según Stanislavski la ricerca de la credibilidad empieza con las acciones físicas. La búsqueda teatral está centrada en la verdad del sentimiento del actor (amar, odiar, llorar etc.).

A partir del trabajo sobre las acciones físicas de Stanislawski, Jerzy Grotowski (1933-1999), director polaco y destacada figura en el teatro vanguardista del siglo XX, involucra su trabajo y prosigue el trabajo de investigación dando origen al

Teatro Pobre. Es un teatro que concibe la investigación teatral como búsqueda de la verdad del ser humano. Es un teatro en busca de la espiritualidad, y a través de lo físico, de la relación del hombre primeramente con el mundo, con el otro después y consigo mismo al final. A partir de ese trabajo de investigación el objetivo de Grotowski es liberar al actor de los bloqueos físicos y psíquicos, integrando la separación entre mente y cuerpo. El actor no proyecta más su neurósis sobre el teatro, más bien la supera gracias al teatro. El teatro es la vía del autoconocimiento, una verdadera terapia, un ritual colectivo donde el actor es pobre, no posee ni el personaje. El teatro le brinda la posibilidad de emprender esa búsqueda a través de lo físico, de la relación del hombre primeramente con el mundo, con el otro después y consigo mismo al final. En el proceso de investigación teatral utiliza el training autógeno de Shultz para reducir los bloqueos psicofísicos (....)

La trayectoria y la experiencia de Grotowski tienen un sentido muy claro: en el arte, como en la vida, cada uno debe buscar su propio camino. Mientras, por supuesto, esta búsqueda se ajuste a una disciplina y persevere en una constancia que se cultivará durante toda la vida misma. Se trata de un camino arduo donde el actor se libera de los bloqueos físicos que le impiden el flujo creativo. Es un teatro donde las acciones físicas son las protagonistas. Es un teatro pobre, sin luces, sin maquillaje, sin cuarta pared, que vuelve a los orígenes sagrados del teatro: un ritual colectivo donde participaba toda la comunidad. En el Teatro Pobre es difícil distinguir entre el papel del actor y del público. Es un verdadero proceso de comunión y crecimiento del público. Grotowski cree realmente que actor y público puedan realmente cambiar.

Tras la estela de este fermento cultural en Italia, en los años 60, el neuropsiquiatra italiano Franco Basaglia subraya los límites del enfoque psicopatológico de las producciones de los enfermos. Basaglia pone de relieve el valor terapéutico del arte, que facilita el reencuentro del enfermo con sí mismo a través de la expresión artística, así como la superación de la dificultad de comunicación.

En estos años Basaglia es director del hospital psiquiátrico de Trieste, donde aplica un moderno método terapéutico. Cree que el enfermo no es un individuo peligroso, más bien al revés, o sea que es una persona con recursos personales y cualidades que en el manicomio van desapareciendo, porque: “las personas se desarrollan en objetos”. Su método de cura se basa en el concepto de libertad de Foucault y de Cooper. Basaglia se acerca a la antipsiquiatría a raíz de los movimientos del 68 en el Reino Unido, donde Cooper es el portavoz. De echo los dos focos de influencia, que llevan a la transformación del sistema de salud en Europa, son en Italia y Reino Unido.

Franco Basaglia pone en marcha la reforma psiquiátrica, o sea el proceso de “desinstitucionalización” de los hospitales psiquiátricos y la implantación de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia (centros laborales, de apoyo, de potencialización de las

habilidades del individuo).

En el 1973 junto con el director teatral Giuliano Scabia, lleva a cabo un proyecto de Arteterapias con los pacientes psiquiátricos y los profesionales sanitarios del hospital. Todos están implicados en los talleres de teatro, escritura, danza y pintura. Una paciente dibuja un caballo y todos los participantes trabajan a su realización en cartón piedra. Dentro del caballo ponen sus deseos, que recitarán en público. El caballo sale del manicomio el 25 de marzo de 1973, con los “locos” y todo el equipo sanitario. Gracias al Laboratorio de teatro y las demás artes el mundo exterior puede llegar adentro y los “locos” salir afuera. Es el derrocamiento de la muralla del manicomio. El proyecto es todo un éxito, la ciudad de Trieste recuerda este evento con profunda emoción. El Laboratorio coincide con el cierre de los manicomios y la entrada en la sociedad de los “locos”. En el 1978 entra en vigor la ley Basaglia, que lleva a la transformación del sistema de salud mental en toda Europa. A partir del movimiento antipsiquiátrico de Basaglia los otros estados europeos empiezan a dar los primeros pasos hacia la reforma de la salud. En España la reforma se sitúa en el 1985, con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial por la reforma Psiquiátrica”.

Así pues, después de meses de entrenamiento y de ensayo teatral los pacientes-actores pueden representar en público el trayecto arteterapéutico y hacen su puesta de largo con la obra “Marco Cavallo” dirigida por el director Giuliano Scabia. Unos de los pacientes, Claudio Misculin, que a partir de la experiencia con Basaglia y Scabia se dedicará profesionalmente al arte del actor declara: “*Empezé a expresarme de manera libre, una verdadera catarsis donde el sufrimiento se alivió*”. A partir del 1975, nacieron diferentes proyectos teatrales con expacientes de los manicomios (“Teatro Studio”, “Teatro Pirata”, “Laboratorio di Artigianato Teatrale”). En el 1983, la compañía teatral “Laboratorio di Artigianato Teatrale” cambia nombre “Velemir Teatro”, en memoria de Velemir Dugina, músico y colaborador de la compañía. Directores célebres (Giuliano Scabia, Oddo Bracci) dirigieron el grupo teatral hasta el año 1992. En aquel entonces nacieron en Italia numerosos Laboratori arteterapéuticos que trabajaban con personas “enfermas” (Trieste, Cremona, Milano, Rimini).

A partir de ese movimiento cultural podemos decir que empieza la larga historia de las Arteterapias, donde los límites entre el uno y la otra son sutiles. Donde hay el arte empieza la terapia y donde hay la terapia que utiliza como herramienta el arte, el desarrollo de las potencialidades y los cambios son potentes.

1.2. LAS ARTETERAPIAS Y LOS MODELOS PSICOLÓGICOS DE REFERENCIA

Podemos, pues, ver cómo al delinear un perfil histórico de las Arteterapias se pueden reconocer numerosos contactos entre el mundo del arte y la psicología. El discurso del arte como terapia es una relación nacida bajo la señal de la “

fascinación”, que se desarrolla en los años 40 (Palazzi Trivelli, Taverna; 2000). Simultáneamente, Freud desarrolla su teoría sobre el inconsciente y Jung elabora el concepto de simbolismo. Las terapias beben de modo decisivo de las teorías de la personalidad de Freud y Jung y están especialmente influenciadas por el paradigma psicoanalítico. El simbolismo es uno de los fundamentos del psicoanálisis, ya que el símbolo es la expresión manifiesta de una idea más o menos escondida, inconsciente. Para Freud los síntomas neuróticos, los delirios, las alucinaciones y las ocurrencias desvelan el inconsciente y su dinámica, no diferente de los símbolos oníricos. Desvelan el inconsciente ora disfrazando, ora desvelando sus contenidos. El psicoanálisis muestra interés por el arte ya que considera que los procesos artísticos son análogos a los oníricos. Según Freud en el sueño podemos vislumbrar un contenido evidente y otro latente. En el sueño hay una censura de las pulsiones que se hallan tras los símbolos oníricos. La obra de arte es el contenido manifiesto de los impulsos del artista. Se considera el arte como una sublimación de las pulsiones instintivas o una representación de los síntomas neuróticos del artista (Freud, 1923). Para Freud la creación artística “justifica”, a través de un sistema de desplazamiento, las fantasías instintivas inconscientes, los traumas del artista. Son numerosos los estudios de Freud dedicados al arte. En el *Poeta y la fantasía* de 1907 trata de explicar las dinámicas que llevan a la creación artística y acerca el arte al sueño.

Para Jung (1985) el arte representa una vía regia para alcanzar las imágenes y los sentimientos del mundo entero. El símbolo desvela el inconsciente y es la expresión de un proyecto existencial y evolutivo que el inconsciente mismo propone al hombre. Por eso Jung ha expresado un gran interés por los universos simbólicos. Jung pensaba que a través del estudio de los símbolos producidos por el hombre era posible llegar a un conocimiento de los estados más profundos de la psique. Por este motivo el uso espontáneo de las técnicas expresivas, en la praxis psicoterapéutica, habría podido poner el paciente en condiciones de contactar con el propio inconsciente y activar las mismas potencialidades psíquicas. Para Jung la capacidad simbólica del hombre es su manera de ser y de relacionarse con el mundo (1980). Según él, el símbolo puede conducir al proceso de individuación, del latín *in-divisus*, no dividido. La individuación es un proceso por el que el hombre integra lo consciente con lo inconsciente. Jung imagina en el hombre un inconsciente personal que coincide con el inconsciente freudiano (constituído por instintos y remoción) y un inconsciente colectivo. El inconsciente colectivo está relacionado con la concepción de los arquetipos, que representa para Jung el patrimonio colectivo y filogenético de la especie humana. Los arquetipos se revelan en las imágenes arquetípicas que podemos encontrar en los sueños, en la mitología, en las religiones, el folklore y el arte. El proceso de individuación ocurre durante el diálogo entre consciente e inconsciente colectivo (1985). Las obras de arte según Jung son el manifestarse del inconsciente colectivo arquetípico; el artista, pues, es

un hombre capaz de expresar en su producción artística la vida arquetípica inconsciente, aquel mundo transpersonal que la obra de arte manifiesta a través su particular simbolismo. En la relación terapéutica Jung utilizaba técnicas expresivas pensando en el arte como puerta de entrada para desarrollar el potencial psíquico humano. Entre los autores psicodinámicos las aportaciones significativas que conciernen al arte como instrumento terapéutico son las de Klein (1932), Winnicott (1971) y Kris (1952). Según Klein, la creación artística permite activar y actualizar la reparación del “objeto perdido”. El artista armoniza las contradicciones en esa totalidad que es la obra de arte, tal como el niño, angustiado y deprimido por haber destruido el objeto materno, arregla tal objeto con una vivencia de amor. Klein considera la obra de arte como reparación del objeto perdido. El mismo proceso que ocurre en la creación artística ocurre en el niño en el primer año de vida, en cuanto, con los mismos mecanismos, el niño supera la “posición esquizoparanoide”. En la psicoterapia infantil Klein utilizaba el juego y el dibujo para promover el proceso de crecimiento y reparación del objeto. En su trabajo con los niños habla del arte y del juego como proceso creativo válido en la expresión de emociones y pensamientos. La obra de arte es el intento de reconstruir un mundo interior y un *self* fragmentado, un instrumento para aliviar el remordimiento y la desesperación (Mitchell et al., 1996).

En *Juego y realidad* Winnicott destaca la importancia del proceso creativo y del juego para el niño. En el proceso de separación de la figura materna el niño construye el “objeto transicional”, que no pertenece ni al mundo interior ni al mundo externo, sino a un área intermedia, la misma área de pertenencia del juego y de la expresión artística. El objeto transicional permite mantener la constancia del objeto en ausencia de la figura materna. El juego es para el niño lo que la creatividad para el adulto: la esencia misma del espacio transicional entre mundo interior y exterior, el área necesaria para sustentar la continua adaptación a la realidad y llegar al aprendizaje. La creatividad, para Winnicott, es mirar al mundo con los ojos de un niño que juega. Jugando el niño expresa su personalidad y solo en el acto creativo descubre su Yo. El proceso creativo cumple, por consiguiente, una función terapéutica, ya que permite elaborar las emociones e integrarlas para un sano desarrollo del self. Winnicott ve en la actividad lúdica primaria la manifestación del impulso vital. Otra contribución muy importante es de Ernst Kris. En la revista *Imago* de 1936 pone en evidencia que los estudios sobre las creaciones artísticas de pacientes psicóticos pueden ser valorados como una introducción a la historia de la psiquiatría de este siglo. Otros autores concuerdan sobre la necesidad de comunicar expresado por las imágenes. Todo ello ha planteado un problema de fondo, a saber, la coexistencia en la misma persona de una práctica psicoterapéutica y artística. La primera revista de arteterapia en el mundo, la americana *The Art-Psicoterapy*, no tardó en cambiar la cabecera por *The Art en Psicoterapy*, queriendo subrayar la fusión de los dos aspectos. (Giusti, Piombo, 2003).

En los años 60 Levick (1967) da una definición de las arteterapias que comprende los objetivos que los arteterapeutas deberían intentar realizar:

- proporcionar medios para reforzar el ego
- proporcionar una experiencia catártica
- proporcionar medios para expresar emociones
- favorecer los recursos para reactivar el desarrollo psicofísico
- facilitar el desarrollo del control de los impulsos y de la agresividad
- introducir una experiencia que ayude a desarrollar la habilidad de integrar las partes del Yo y relacionarse
- ayudar a los pacientes a usar el arte como desahogo durante una enfermedad invalidante

Tras las contribuciones de los primeros arteterapeutas, ahora es necesario acercarse e integrar otros enfoques para desarrollar y ofrecer mejores capacidades terapéuticas que lleven a resultados concretos (Giusti, Piombo, 2003).

1.3 MODELOS TEÓRICOS EN ARTETERAPIAS

1.3.1. Enfoque psicoanalítico

La influencia del pensamiento freudiano es evidente en las orientaciones arteterapéuticas de la última década. Las primeras en interesarse por la creatividad en el ámbito psicoanalítico son dos psicoanalistas, Margaret Naumburg y Edith Kramer, ambas de origen americano. En 1947 Naumburg describe algunos casos clínicos tratados por ella en los últimos dos años. En este texto la creación artística de los pacientes es vista como manifestación concreta del sueño. En 1958 ofrece una definición de las arteterapias: la producción artística de los pacientes denota la necesidad psíquica del individuo de expresar el propio mundo interior y sus conflictos. El acento está puesto sobre las imágenes, sobre el arte como medio para sublimar impulsos inconscientes haciéndolos socialmente aceptables. El lenguaje creativo usa el símbolo como vehículo para ir del mundo interior al exterior.

Los fundamentos de las arteterapias, para Naumburg, son la manifestación de un alivio producido en la psique debido a la externalización de los olvidos a través de su representación. El descubrimiento de un potencial terapéutico del arte atestigua una función cognoscitiva del mundo psíquico interno y externo. Haciendo explícitos tales conflictos y contenidos inconscientes, el arte hace que se vuelvan más comprensibles tanto para el terapeuta como para el paciente, y por lo tanto más fácilmente resolubles. Kramer (1979) asume la misma posición que Naumburg en cuanto concierne al arte, considerado como manifestación del inconsciente, pero cree que lo terapéutico es el acto mismo del crear. Kramer, como Freud, considera que concretando el símbolo el paciente reduce o desahoga con canales diferentes la tensión producida por el olvido aparente. En términos analíticos, el arteterapia fortifica el control de los procesos primarios de pensamiento, favorece el desarrollo

de mecanismos más evolucionados y una mayor estructuración del yo del paciente. Según este enfoque, las arteterapias representan una herramienta esencial de la intervención terapéutica, que no sustituye a la psicoterapia pero sí se convierte en un válido soporte. El uso del método psicoanalítico influencia el setting. Se da mucha importancia a la transferencia y a su análisis. Las imágenes representan el vehículo por donde pasa la relación entre terapeuta y paciente. Se traducen así imágenes de un código analógico a otro verbal. Se realiza, por lo tanto, una interpretación del mundo de las imágenes, que conduce a su sentido psicológico. En el setting el terapeuta tiene el papel de espejo, no participa en la producción de imágenes pero proporciona retroalimentaciones verbales al paciente en la experiencia artística. Para Kramer la relación entre terapeuta y paciente constituye la base del proceso terapéutico. El producto artístico del paciente es visto como espacio compartido y es puesto en primer plano. Los lenguajes artísticos utilizados son el teatro, la música, la danza y la pintura. Estos medios implican el uso de muchos canales sensoriales, perceptivos y expresivos. Las arteterapias de orientación psicoanalítica se aplican principalmente con los niños, basándose en el juego, que es uno de los principales lenguajes infantiles. Los primeros trabajos de Klein fueron con niños psicóticos y prepsicóticos. A través del juego, dibujo y juego de papeles se dio cuenta de que los niños representaban sus conflictos y sublimaban las angustias, dominando la realidad con una sensación de alivio. Con las arteterapias, entonces, los niños pueden montar una representación de sus conflictos y mejorar el autocontrol, canalizando las emociones.

Los terapeutas que utilizan este modelo necesitan hacer un proceso arteterapéutico individual o grupal que les permita un mayor conocimiento de sí mismos respecto a dinámicas inconscientes.

1.3.2. Enfoque fenomenológico

Las raíces de este modelo residen en la filosofía existencialista de Heidegger (1927) y en la fenomenología de Husserl (1965).

La fenomenología es la ciencia de los fenómenos, del griego *faínomai*, que significa “lo que aparece”. Los fenómenos son intuiciones que aparecen en la relación entre un sujeto y un objeto. Se pueden interpretar según el punto de vista que se asume al mirar el objeto, según una óptica constructivista de la realidad.

La intervención arteterapéutica fenomenológica presupone una relación no directiva, centrada sobre el grupo o sobre el cliente/paciente, en una relación empática no jerárquica, donde profesional y paciente y/o grupo están en una posición paritaria. Los arteterapeutas participan en la experiencia del grupo o del individuo con una actitud de empatía. La empatía debe ser entendida como capacidad de entrar en el mundo de los pacientes para comprender mejor su realidad y capacidad de salir cuando es necesario, ofrecer un feedback y permitir que elabore las emociones y la vivencia arteterapéutica. El arteterapeuta es implicado directa-

mente haciendo de espejo de los estados emotivos del paciente y, si es necesario, participando en la creación de las imágenes. Eso puede facilitar una mayor comprensión del mundo del paciente. Para los pacientes que tienen la comunicación verbal comprometida y dificultosa en las relaciones interpersonales, las Arteterapias facilitan su expresión. El arteterapeuta puede dar feedback al paciente pero sin juzgar e indagar. El modelo fenomenológico pertenece al ámbito de la rehabilitación y la resocialización (Palazzi Trivelli, Taverna; 2000).

1.3.3. Enfoque gestáltico

La terapia gestáltica surge del enfoque fenomenológico. Los fundadores Rogers i Fritz Pearls consideran el ser humano con un si nuclear bueno y se suman al positivismo de los filosofos americanos John Dewey y Wiliam James.

Según el enfoque gestáltico, el arteterapia estimula la creatividad, considerada como un proceso complementario finalizado en la búsqueda de nuevos comportamientos en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Para Fritz Perls (1969) el acto creativo es terapéutico en si, independientemente de lo que produzca. El acto creativo lleva a un gestalt mejor. De una condición inicial inestable se pasa a una reorganización de la gestalt y del comportamiento de los sujetos. En la terapia del gestalt, el arteterapia es un medio para expresar las emociones e integrar partes del yo olvidadas o rechazadas. El terapeuta gestáltico suele usar herramientas del teatro como la dramatización a través del *rol playing*. El juego de papeles permite al paciente experimentar nuevos papeles e integrarlos en su experiencia personal. Eso favorece el cambio y el crecimiento personal. A causa del fuerte acento que pone en la experiencia emocional, generalmente se considera inadecuada para individuos con trastornos graves (Ginger, 1987). Las técnicas terapéuticas de la silla vacía o de la dramatización de los sueños son más indicadas para personas con un alto nivel intelectual y emocional. Una de las aportaciones importantes que puede ser útil para el arteterapia es la relación centrada sobre el paciente, de Carl Rogers (1961). Los principios básicos son: no interpretar, no indagar, no juzgar, no salvar. Además, cuando el terapeuta da el feedback, habla en primera persona, sin atribuir al otro sensaciones propias. Los feedback son en primera persona para evitar el mecanismo de defensa de la proyección (p. ej.: “mientras trabajabas, he visto manos cerradas, he oído que decías etc., he imaginado que estabas enfadado, he sentido en mi calor, tensión”).

1.3.4. Enfoque rehabilitativo-cognitivo

La weltanschauung de este modelo tiene sus orígenes en el presupuesto de que no existe comunicación sin percepción ni expresión. La comunicación es la base de cualquier proceso de aprendizaje: educativo y rehabilitativo. El arte es la base para desarrollar la comunicación, siendo el canal expresivo más directo. Esta intervención se revela muy eficaz con pacientes psicóticos y autistas. Un taller de arteterapia

que estimule la sinestesia puede ser muy útil en la intervención terapéutica de estos pacientes. Para los pacientes psicóticos y autistas es importante desarrollar actividades que requieran atención e implicación de funciones cognitivas a fin de recuperar la consciencia de sí mismos. Algunos de los objetivos que se propone la intervención arteterapéutica con estos pacientes son el desarrollo de capacidades cognitivas (atención, memoria y lenguaje) y la recuperación del contacto de las emociones. Las arteterapias permiten a estos pacientes, que tienen dificultad para reconocer y verbalizar los estados de ánimo, expresar su vivencia en un código diferente, o sea el simbólico. Todo eso ocurre dentro de un contexto protegido donde el sujeto se puede sentir acogido y seguro. Desde el punto de vista rehabilitativo emerge una mayor capacidad de socialización y atención en actividades estructuradas.

1.3.5. Enfoque biofuncional

La terapia reichiana, igual que el psicoanálisis freudiano, han padecido numerosas reelaboraciones después de la muerte de su fundador. La obra de Alexander Lowen (1967) y de otros terapeutas orientados hacia el cuerpo han transformado el modelo de Reich en bioenergética². El elemento común a todos los enfoques biofuncionales es la centralidad del cuerpo para afrontar los problemas emocionales. El modelo de Reich es no verbal y directivo. Debido a que el terapeuta tiene un papel activo y directivo hay menos posibilidad que se desarrolle la transferencia. Este tipo de enfoque sostiene que las resistencias de los individuos están colocadas en tensiones corpóreas, que bloquean la energía sexual de los individuos. Para Reich el bloqueo de las energías sexuales lleva a la enfermedad mental. En terapia Reich detectaba las resistencias del paciente en posturas físicas como rigidez del cuello, sonrisa contraída, brazos doblados. El análisis de las resistencias, llamadas coraza corporal, permite desvelar el carácter de un individuo. Reich orientó sus investigaciones hacia técnicas terapéuticas destinadas a desbloquear las tensiones corporales con masajes, ejercicios de movimiento y técnicas respiratorias. La terapia reichiana tiene conexión directa con las arteterapias, ya que se basa en la convicción de que la experiencia no verbal es esencial para el tratamiento de la enfermedad mental. Atribuyendo importancia al movimiento y a la postura, el enfoque biofuncional se utiliza sobre todo en el campo del teatro y la danza. Las técnicas respiratorias y expresivas ofrecen una gran potencialidad en sujetos con trastornos graves; el masaje profundo y la expresión corporal tienen un enorme efecto terapéutico.

1.3.6. Enfoque integrado

Nuestro modelo de referencia es el modelo psicofisiológico integrado (Ruggieri, 2004), fruto de un estudio de hace más de veinte años y aplicado en nuestra práctica clínica. Las investigaciones han documentado la eficacia de una serie de enfoques que difieren sea en el plano teórico sea en el práctico evidenciando el hecho de que

ningún modelo puede ser considerado mejor que otros, pero sobretodo que ningún modelo es eficaz del mismo modo para todos los pacientes tratados. A cada cual lo suyo. Por lo tanto en nuestra manera de trabajar adoptamos una perspectiva integrada entre distintas orientaciones psicológicas a fin de entender el caso de una manera más completa y práctica y planear el tipo de intervención y tratamiento psicológico.

En ámbito arteterapéutico es necesario tener formación psicológica y artística. La intersección entre los diferentes saberes refleja un enfoque abierto y flexible según el contexto de intervención y la tipología del paciente/cliente. Además, la preeminencia de una teoría de referencia y el uso de determinadas técnicas está muy relacionada con la formación y la experiencia de los terapeutas.

Nuestro enfoque teórico incluye además la psicofisiología clínica. Según nuestro modelo, las tensiones musculares interfieren en la percepción. La percepción del otro no es sólo una recogida de informaciones sino también una proyección sobre el otro de componentes propios del observador, que puede influir sobre el tipo de contacto con el paciente. Un terapeuta con fuertes tensiones musculares, que tende a asumir posturas rígidas, puede tener dificultades en el contacto interpersonal y una limitada capacidad de escucha, así como un sujeto sin barreras y una adecuada jerarquización muscular puede mantener un estilo de contacto fusional. Por tanto, la problemática del contacto del arteterapeuta puede influir en la relación terapéutica, así como las tensiones musculares del paciente pueden influir en la terapia. De ello se deduce que la hora de programar una intervención terapéutica es necesario trabajar sobre nosotros mismos para ayudar al paciente a modular sus tensiones musculares, integrar las partes del Yo en una única estructura armónica y pasar a un estadio más avanzado del desarrollo.

Los músculos, pues, tienen una relación directa con la libertad expresiva. En el trabajo arteterapéutico son muy importantes: tienen que ser un instrumento dócil pero a menudo, cuando están tensos como cuerdas de violín, no sólo no son utilizables sino que interfieren en la libertad expresiva. Nuestro modelo integrado tiene evidentes puntos de contacto con el método del director ruso Stanislavski, inscribiéndolo en un contexto científico. La posibilidad de experimentar nuevos papeles a través del rol playing y de la simulación permite a los individuos integrar partes de si removidas o rechazadas. Nuestro modelo de referencia es el teatro del director ruso Stanislavskij (1963). En el trabajo stanislavskiano el actor entra en el personaje vistiéndose como el personaje, adoptando su postura, trabajando sobre el desbloqueo del cuerpo. De hecho Stanislavskij detecta la incapacidad de interpretar un papel cuando el sujeto sufre rigidez muscular. A partir de esta observación desarrolla un trabajo teatral sobre el cuerpo para remover las condiciones psicofísicas que pueden interferir con el proceso creativo y de expresión de contenidos psíquicos internos. Escribe: “Los adultos tendrían que reconquistar lo que para los niños es natural: jugar”. Los niños imaginan ser personajes de una fábula y se identifican con

el personaje a través de una distancia que permite la expresión de los sentimientos. La weltanschauung de Stanislavskij aúna el teatro y la psicología acercándose al enfoque psicofisiológico.

1.3.6.1 El papel de los músculos en el trabajo teatroteterapéutico

1. Cuando percibimos un estímulo externo o interno (emociones, pensamientos, impulsos) se produce una actividad que implica al mismo tiempo al sistema muscular y al neurovegetativo, es decir, aquella parte del sistema nervioso que regula la actividad de los órganos internos. En respuesta al estímulo emotígeno, pues, el sistema nervioso central manda impulsos a los músculos y a las vísceras. A su vez, músculos y vísceras señalan al sistema nervioso central, a través de informaciones de vuelta, la presencia de la actividad provocada por el sistema nervioso mismo. El S.N.C. recoge tales informaciones llevando a la práctica un proceso de “síntesis”. Cuando la información de vuelta procedente de la actividad de diferentes áreas corporales (diferentes distritos musculares) han sido sintetizados, se ocasiona aquella particular vivencia que llamamos “sentimiento.” El estímulo externo, por ejemplo una señal de amenaza, en virtud de esta transformación que implica la corporeidad, se transforma en señal “interior”, por ejemplo en señal de miedo o rabia provocando una tensión muscular en algunos distritos corporales.
2. De lo dicho emerge pues con claridad la importancia que el sistema muscular asume en nuestro trabajo teatroteterapéutico. Los músculos, en efecto, constituyen la estructura portante de cada acto, gesto, expresión mimica. Son puestos en función para moverse en el espacio, para acercarse al otro, alejarse, separarse, atacar, abrazar suplicar, etc. Son comparables a las teclas de un piano: cualquier composición que se quiera interpretar pasa por la actividad de sus teclas. El cuerpo es el instrumento, los músculos son las teclas. Representan la base fisiológica de la emoción y desarrollan un papel esencial en el génesis del sentimiento. Además constituyen la base de las informaciones necesarias para la construcción de la imagen corpórea.

De estas breves reflexiones podemos deducir fácilmente la extrema importancia de los ejercicios de relajación y respiración y el estiramiento de los músculos. Los músculos se contraen por sí mismos, pero no se estiran. Tienen esta capacidad, si les damos esa posibilidad mediante el trabajo corpóreo. Si tenemos tensiones corpóreas y no hacemos un trabajo sobre el cuerpo aparecen bloqueos psicológicos y emocionales. Por lo tanto, cuanto más capacidad tengan los músculos de contraerse, estirarse y dilatarse de forma equilibrada, más sano y expresivo estará el cuerpo. En un discurso de integración entre el universo psíquico y el físico es muy importante el imaginario, y en particular el que los individuos tienen de sí. La

imagen de uno mismo puede ser considerada una autorepresentación de la imagen corpórea. Se construye a partir de las informaciones corpóreas que llegan desde el cuerpo al sistema nervioso central. La autorepresentación corpórea está en la base del proceso de formación de la identidad. Para activar pues un proceso de desarrollo de los posibles yo es necesario trabajar sobre el imaginario de si mismo y sobre la postura, tratando de crear una integración psicocorpórea que pueda dar una estabilidad y una flexibilidad del yo. Si trabajamos sobre el cuerpo podemos favorecer el desbloqueo y por lo tanto un proceso de cambio en nuestros clientes/pacientes. En el setting de las arteterapias el cuerpo es invitado a mostrarse en un nuevo lugar donde exista posibilidad de expresión, un medio para reelaborar las nuevas experiencias, los contenidos profundos y manifestarlos a si y a los demás. Los bloques evolutivos, los conflictos, vienen a la luz a través de los movimientos del cuerpo, la voz, el sonido de un instrumento; las emociones, por fin, pueden expresarse también simbólicamente. La simbolización está en la base de la posibilidad de mentalización superando las resistencias al cambio. En relación al psicodrama, coincidimos con el concepto terapéutico de la acción, porque es un principio básico del teatro y de la danza. Pero el psicodrama no prevee ninguna preparación técnica a nivel teatral (improvisación y acción escénica, construcción del personaje, gestualidad teatral, trabajo de liberación del cuerpo) y eso puede ser una carencia enorme para los terapeutas a la hora de programar una intervención terapéutica.

2. TEATRO

El teatro es una de las formas de arte más completa, porque incluye las demás artes: la escritura, la música y la danza.

Según Landy (1999), el teatro ofrece la posibilidad de poner distancia entre uno mismo y el papel representado a través de una forma estética. Las resistencias a través del “como si” se pueden superar para experimentar un nuevo imaginario de uno mismo y de la realidad. La representación teatral en ámbito terapéutico es un proceso activo de construcción de sentido entre terapeuta y paciente. El paciente puede tomar contacto y comprender los aspectos profundos de su realidad psicológica y existencial, atenuando el efecto emotivo inmediato. La catarsis, entendida como modulación de las emociones, lleva a una reducción de las tensiones y los conflictos. Eso es posible debido a la distancia estética propia del proceso arteterapéutico. El uso del teatro como terapia permite asumir nuevos puntos de vista y tomar mayor conciencia de uno mismo y de las emociones, con lo que favorece el crecimiento y el cambio, además de mejorar la expresión del código analógico y la expresión verbal. La performance teatral se puede basar en la improvisación o en un guión escrito. Las investigaciones (Johnson, 1980) atribuyen mayor potencial terapéutico a la improvisación. En las improvisaciones son los pacientes quienes crean los diálogos y las acciones de los personajes y eso ayuda a expresar conflictos internos.

Un ejemplo clarificador puede ser el siguiente fragmento de *Apláudete a ti mismo*, ed. Luciérnaga pag. 63-66. Una paciente víctima de abuso sexual en tratamiento psicoterapéutico puede por fin escenificar el momento del trauma dándole un sentido nuevo:

Preparé el escenario para el acto único. Un par de zapatillas de baile, el tutú rosa, la novena de Beethoven, una bic azul, una libreta de escuela de color amarillo pálido, un poco de ropa tirada de cualquier manera, un paquete de sorra, una cama, una tira de Mafalda sobre los padres, una postal de los enamorados de Peynet y la foto de una niña que se le parecía bastante. Metí unos cuantos de esos objetos dentro de la maleta del actor y ya está. Esperé el gran día con ansiedad, porque era una especie de estreno teatral. Y con la adrenalina a tope: había un cincuenta por ciento de posibilidades de que saliese bien, y dentro de mí algo me decía que esa mitad iba a tener las de ganar. Aquel miércoles Sofía tenía un brillo nuevo en el rostro: sus ojos eran menos tristes y sus espaldas más bajas, más relajadas. Le dije que le había traído una cosa y que si le parecía bien pasaríamos a la sala del teatro. Le pareció estupendo, porque desde pequeña había soñado con ser bailarina. El escenario siempre la había fascinado. Cuando entramos, lo primero en que cayó su mirada fue la maleta de cartón. Me preguntó si podía abrirla. Le dije que podía hacer lo que quisiera, que aquello era su espacio y su escena. Su escenario. Abrió la maleta con sumo cuidado y sacó el tutú y las zapatillas con la mirada de felicidad de los niños cuando asisten a un momento mágico. Se puso el vestido de bailarina y empezó a hacer pliés y dar vueltas hasta que topó con el disco de Beethoven. Inmediatamente lo introdujo en el equipo de música y se lanzó a bailar sin complejos, desprendiendo paisajes y colores. “Freude, Freude”, ensalza la novena, un cántico de alegría de efectos liberatorios. Cuando se terminó la simfonía se dejó caer de cuclillas y empezó a reírse a carcajadas. Se levantó de un salto y chilló, corriendo: “¡Soy feliiiiz!” Rebuscó de nuevo en la maleta y encontró la foto. Reflejándose en aquella preciosidad de ojos alegres, dijo: “Yo era así, fresca y contenta”, conmovida, secándose las lágrimas con las manos y acariciando el retrato. Tomó la libreta y se la acercó a la nariz, aspirando el tiempo de la escuela. Se levantó de golpe y se fue hasta la cama, cubierta de sorra. Estirada, empezó a patallar, pero había algo que la inmovilizaba y la aterrorizaba. “No, déjame, no quiero!”, “Quieta, idiota, que no te quiero hacer daño”, “Tengo miedo!”, “Schhhht, cállate, si te va a gustar”, “No, déjame, déjame... Noooooo!” Se quedó paralizada y se dejó caer de espaldas contra el lecho de sorra. Lloró como si le acabasen de comunicar que había muerto un ser querido. “¿Dónde estás?”, preguntó entre sollozos. Ninguna respuesta. Silencio, sólo silencio. Se arrastró hasta la

maleta cubriéndose el pecho y agarró la otra ropa. Se quitó la que llevaba y se puso a gritar: “¡Me das asco, asco! ¡Me lo has quitado todo, todo, y me has traicionado! Fuera de mi vida, fuera de mi cuerpo, yo no me merecía esto, veteeee!” Estalló en un llanto liberatorio, se cogió las rodillas y se puso a acariciarse mientras se balanceaba. Lentamente, se quitó la ropa y la lanzó al suelo, después la hizo jirones. A continuación se rehizo y con paso digno se acercó a la maleta a coger su vestido. Se lo puso poco a poco, con elegancia, se recompuso el pelo y en tono decidido dijo: “Ya no vas a tener mi alma nunca más, se ha acabado. ¡Si no era más que una niña!” Recogió la foto, se la guardó en el bolsillo y se alejó hasta una punta de la habitación con el rostro desencajado, como sabiendo que acababa de hacer algo importante pero sin ser bien consciente de qué. La expresión le había cambiado: la mirada ya no era la de una chiquilla atemorizada sino la de una mujer capaz de proteger a su propia criatura. Todo había ocurrido allí, concentrado en el espacio y el tiempo. Por fin había conseguido reapropiarse de su cuerpo y expulsar aquella sanguijuela que se le estaba comiendo el alma. Antes de dejarla marchar quise asegurarme de que estaba bien y que no quedaba nada por cerrar. Me dijo que ahora necesitaba metabolizar lo ocurrido. Le pregunté cómo se encontraba la niña en el bolsillo, y contestó que se sentía más tranquila, más segura.

–¿Qué le gustaría hacer en este momento a la Sofia que tiene la foto en el bolsillo?

–Abrazar a la niña.

–¿Abrazar a tu niña?

–Sí, consolarla y tranquilizarla.

Sacó la foto y la miró con delicadeza, llevándosela al pecho.

–Ahora te lo puedes permitir, puedes ocuparte de tu niña cada vez que tenga necesidad. Va siempre contigo y necesita ser comprendida y protegida.

–Sí, la quiero conmigo, no la rehusaré nunca más porque ella no es la culpable. ¿Sabes que desde aquel día no he vuelto a mirar fotos mías de pequeña, ni he visitado aquellos lugares, ni escucho canciones que me recuerden todo aquello? Me daba mucho miedo.

–¿Entonces crees que ha cambiado alguna cosa?

–Me parece que sí, ya no noto aquel nudo que no podía quitarme de encima y que no me dejaba respirar.

Una última pregunta.

–¿Qué te llevas de la sesión de hoy?

Una última respuesta, llena de orgullo.

–A mi pequeña. Me siento treinta quilos más ligera.

Cuando salió yo también respiré. Mientras recogía los objetos de la sala reparé en la tira de Mafalda: “Recuerden siempre, queridos niños”, decía la maestra, “amemos mucho a nuestros padres, pues a ellos les debemos la vida”. “¿Cuánto és?”, contestaba Mafalda.

¿Cuánto le había costado a Sofía? No, aún era demasiado pronto para tocar ese tema.

En cualquier caso, me fui a casa contenta, sabiendo que a partir de aquel momento Sofía empezaría una nueva vida.

2.1. ARTES PLÁSTICAS

Las artes plásticas comprenden la pintura, el dibujo y la escultura. Como ya hemos mencionado, tienen efectos positivos sobre la salud mental de los individuos ya que permiten emerger contenidos inconscientes y removidos (Freud, 1923).

Freud afirma que las artes figurativas son más cercanas al inconsciente porque la percepción visual es arcaica respecto a la expresión verbal y la cognitiva. Las producciones artísticas tienen la ventaja de simbolizar los conflictos y sentimientos de modo tangible y poderlos exteriorizar. Las artes plásticas, a través del apoyo de un terapeuta especializado sea en el campo psicológico sea en el artístico, permiten descubrir contenidos inconscientes ansiógenos, a la vez que distanciarse de ellos. La función simbólica del dibujo, en particular, ha sido objeto de numerosas investigaciones; el trabajo de Krampen (1991) fija su atención sobre el modo en que el niño usa los símbolos para representar el mundo interior y exterior. El niño puede representar su vida fantasmal y terrorífica (Anzieu, 1997). Van Sommers (1984) y Freeman (1995) subrayan que las artes plásticas permiten acceder a un canal de comunicación alternativo a la palabra. Como decía Picasso: “Yo no digo todo, yo lo pinto todo”.

Son numerosos los tests proyectivos que utilizan las artes gráficas y en modo particular el dibujo, como el test de la figura humana de Manchover, el del árbol y la familia de Koch, el de la casa de Buck y el de los colores de Luscher. Prescindiendo de tests, cualquier tipo de dibujo o pintura contiene obviamente aspectos proyectivos, que se encuentran en el modo en que es utilizado el espacio, en este caso la hoja, el tipo de trazo y los colores utilizados. Los instrumentos pueden ser la arcilla, los rotuladores, los colores a la cera, al óleo y al temple, las acuarelas, los colores de aplicación a mano y el collage. Hay que tener presente que la elección de un cierto instrumento tiene también un valor simbólico. Así, por ejemplo, mientras los rotuladores, fáciles de usar y con un rasgo nítido y definido, dan seguridad, los temples y, aún más, los colores para dedos ensucian y requieren mayor implicación. La simbolización, de hecho, permite expresar emociones insoportables (Klein, 1971) y puede satisfacer necesidades de protección. La hoja vuelve a llamar el primer contacto, el primer encuentro del niño con el exterior; para el niño cada dibujo es un vehículo a través del cual relacionarse con el terapeuta,

quien a su vez puede determinar la calidad del desarrollo del sujeto. La relación terapéutica enriquece los recursos de adaptación y un *iter* progresivo de adaptación a la realidad. El dibujo hace que el niño adquiera interés por el trabajo personal, entrenándose en el empeño y la iniciativa, incentivando el desarrollo de la atención y de la inteligencia espacial, además de permitirle narrar vivencias difíciles. Para verificar la evolución del paciente también tenemos que evaluar el uso del color. Podemos distinguir entre colores cálidos, los que van del amarillo al marrón, naranja y rojo, y fríos, que son el azul y el verde. Los colores no son sólo una propiedad física sino también psicológica. Una contribución importante es la teoría de los colores de Goethe (1979). Goethe teoriza una conexión entre la percepción del color y el estado anímico, y profundiza la relación entre luz interna y externa. La elección de algunos colores representa un particular estado del alma. Otra contribución es la de Lusher (1950), que elabora un test para comprender la personalidad de los individuos y los trastornos psicósomáticos. En el test de Lusher hay tablas de siete colores. La persona elige los que le gustan, y según esa elección se puede determinar su estado psicofísico. Es un test universal, utilizado por psicólogos, médicos y departamentos de personal.

El arte figurativo actúa como mediador y favorece el desarrollo social y emocional: aunque al principio sea difícil, poco a poco se establece un contacto entre terapeuta y paciente. La persona aprende a modular respuestas afectivas, a interactuar de manera regulada y a expresar su estado anímico.

2.2. MÚSICA

Ya desde la antigüedad la música ha sido usada para expresar y comunicar sentimientos. Las poblaciones que tienen historias marcadas por dificultades han desarrollado géneros musicales característicos para expresar sufrimientos individuales y colectivos. Se piense en el gospel y el blues de las poblaciones afro-americanas, por ejemplo. La música tiene un gran valor terapéutico. Además, podemos recordar la escucha de la música y el baile de la *pizzica* en el sur de Italia para curar un trastorno llamado *tarantismo*, que se creía causado por el mordisco de la tarántula (De Martino, 1996). La música puede favorecer la expresión de las emociones y disminuir situaciones de estrés y ansiedad, y por ello se usa como instrumento terapéutico con finalidades preventivas y rehabilitativas, como en los hospitales o en los quirófanos, para mejorar el tono del humor. También en el ámbito psicológico y psiquiátrico ha dado resultados significativos. La música es definida por Bruscia (1993) como el proceso en que el terapeuta trata de ayudar al paciente a recuperar, mejorar y mantener un estado de bienestar mediante el sonido musical. La música puede definirse pasiva, por lo que concierne a las experiencias en que el usuario consigue un beneficio, gracias a la escucha de piezas musicales específicas, que pueden llevar al relajamiento. Con el término musicoterapia activa se indican aquellas experiencias en que el usuario es invitado a producir sonidos o ritmos con

instrumentos musicales clásicos o bien contruídos a propósito para el uso terapéutico, o también a través del propio cuerpo (con las manos o la voz).

2.3. DANZA

La danza ha tenido un sentido terapéutico desde bien antiguo. Siempre ha acompañado ceremonias solemnes como nacimientos, funerales, bodas, cambios de las estaciones y ritmos de trabajo. Ha sido vehículo de estados de ánimo, dando cuerpo a las emociones de dolor y alegría. Según Freud la danza y el movimiento favorecen una mayor conciencia corpórea y la integración entre cuerpo y mente (Freud, 1923). La Laban Movement Analysis, fundada por Rudolf Laban (1984), bailarín y estudioso del movimiento, es fundamental en la práctica clínica de la danzaterapia. A través del movimiento el terapeuta puede observar el desarrollo evolutivo psicomotor, las áreas de armonía y conflictuales del paciente. Además el método Laban se utiliza como instrumento diagnóstico para comprender el nivel de desarrollo psicológico y definir el plan de tratamiento. Los esquemas motores de un paciente evolucionan y cambian durante el proceso de maduración. Se pueden observar secuencias de movimiento previsibles conjuntamente con el desarrollo evolutivo. Cuando el proceso natural de crecimiento se detiene, se refleja en el movimiento corpóreo. A través de la observación del movimiento el arteterapeuta puede detectar las problemáticas emotivas y relacionales y ayudar en el desarrollo personal. Según las teorías evolutivas, la relación entre actividades motoras y comunicación está presente desde la infancia. Inicialmente el comportamiento humano es sobre todo corpóreo, no verbal. El movimiento es el instrumento primario de comunicación del binomio madre-hijo. La interacción corporal se configura como la primera forma de diálogo y se convierte en un modelo de regulación interactiva (Stern, 1985). Durante el crecimiento las personas atraviesan muchas fases, caracterizadas por modelos de interacción interiorizados en la primera infancia. Según Laban (1983), el niño aprende acciones específicas en la primera infancia, como agarrar, abrazar, caer, caminar, correr y saltar. Para comprender las inhibiciones corpóreas y el comportamiento estereotipado de los pacientes es necesario remontarse a la relación diádica infantil; eso puede ayudar al sujeto a superarlas. Cualquier movimiento que no haya sido experimentado correctamente durante el desarrollo puede serlo en etapas sucesivas. En la danzaterapia el terapeuta trata de hacer adquirir mayor conciencia corpórea al paciente, evidenciando posibles incongruencias entre el mensaje verbal y el no verbal. Una de las herramientas que utiliza el terapeuta con los pacientes es reflejar en el movimiento la profunda aceptación del otro. La sintonización se basa en la empatía corpórea recíproca: ambos perciben los cambios de tensión muscular que se producen. Los ajustes a nivel de tensión sirven para establecer la confianza mútua. El terapeuta también puede proponer al paciente movimientos regulados por el ritmo respiratorio. La empatía corporal está relacionada con la contratransferencia

somática. Puesto que el terapeuta utiliza su cuerpo para recibir y contener las experiencias del paciente, el cuerpo mismo se convierte en caja de resonancia de reacciones como proyecciones y escisiones. Naturalmente es importante saber utilizar la contratransferencia para ayudar al paciente en el proceso de integración de las partes escindidas del Si, así como sugerir experiencias de movimiento que puedan favorecer el crecimiento. El *holding* (Winnicott, 1956) del terapeuta, en este sentido, puede ayudar al paciente a tener capacidad de propiocepción y a mejorar la relación entre vivencia corpórea y emotiva, estimulando la expresión motora espontánea. El movimiento puede generar emociones y el paciente puede reelaborarlas con la ayuda del terapeuta. La danza, pues, promueve una mayor consciencia corpórea, el desarrollo de movimientos finos y complejos, mejor coordinación, postura y equilibrio (desplazamiento del baricentro), reelaboración de las emociones y cambio psicofísico (Warren, 1993).

3. GRUPO Y ARTETERAPIAS

Las Arteterapias se aplican a menudo en grupo. Todas las terapias de grupo se basan en la idea de que el hombre es un ser social. Los seres humanos viven en grupo desde la primera infancia: del pequeño núcleo familiar a una red social más amplia. La teoría de las relaciones objetuales afirma que las primeras experiencias relacionales del niño influyen en el modo de representarse la realidad y las relaciones futuras. Durante el desarrollo los contextos sociales influyen al individuo (Badolato, Di Iullo, 1978). Durante las sesiones de arteterapia el individuo puede experimentar antiguas relaciones objetuales y repararlas, teniendo la posibilidad de asumir nuevos puntos de vista a través de la experiencia artística y grupal. Las emociones y las experiencias personales expresadas por cada miembro del grupo pueden provocar, por las restituciones del terapeuta y los participantes, un proceso de crecimiento y de cambio. La atención es puesta sobre el “aquí y ahora” de la relación terapéutica. A través de la autoobservación y el feedback de los miembros del grupo, cada uno comienza a darse cuenta del origen de su comportamiento y la influencia que tiene en las relaciones interpersonales. La consciencia de la conducta también puede llevar a cambios importantes fuera del contexto terapéutico. Estos cambios pueden favorecer el desarrollo de una mayor autoestima del sujeto y relaciones interpersonales más satisfactorias (Ginger, 1990). Uno de los factores esenciales para el buen funcionamiento de un grupo de arteterapia es el desarrollo de la confianza, que puede favorecer mayor colaboración y cohesión del grupo. Los miembros del grupo llegan a conocerse en un modo nuevo: compartir experiencias artísticas lleva a conocer el estilo, el imaginario simbólico y las temáticas emotivas de otros individuos. El trabajo arteterapéutico de grupo se articula en muchas fases: el pre-contacto o acogida, el contacto y la producción artística y el feedback final (Ginger, 1990).

Durante la fase de **pre-contacto** el terapeuta tiene que crear un clima de confianza donde el paciente se sienta acogido, apoyado y tranquilizado. Con la ayuda del terapeuta puede superar el miedo de la fase inicial, adquirir confianza en el profesional y en los otros participantes. Por un lado, pues, el individuo puede sentirse acogido con su historia y sus problemas, y por otro puede adquirir confianza en si mismo y en los otros y sentirse libre de expresarse. En esta fase es importante que el terapeuta desarrolle un clima de confianza a través de la escucha, la empatía y el apoyo, que no juzgue y que reconozca las potencialidades de desarrollo, autocuración y adaptación creativa de los miembros del grupo.

En la fase de **contacto y producción artística** los clientes/pacientes tienen la posibilidad de expresarse creativamente y ponerse en contacto con los otros componentes del grupo. Una vez establecido un clima de confianza recíproca y modalidades comunicativas compartidas, cada miembro del grupo se sentirá protegido, apoyado y libre de expresar y comunicar sus vivencias y sus emociones a los demás, abandonando las resistencias sin sentirse forzado. En esta fase el encuentro creativo entre los participantes dará origen al proceso terapéutico. Los participantes, llevados por el deseo de expresarse y de comunicar, reciben a su vez una oportunidad de confrontación, comprensión, apoyo y reconocimiento. El grupo se convierte en un espacio mental de apoyo y contención en que es posible reelaborar e integrar vivencias afectivas. Los procesos psíquicos de los individuos interaccionan con los de los demás. El grupo envía continuos mensajes al individuo, que puede reconocer su imagen reflejada y eventualmente trabajar sobre ella. La matriz, sobre la que son proyectados objetos internos, puede tener la función de contención y es posible reintroducirlos en una forma nueva por un proceso de integración creativa. La comunicación en los grupos pasa por el lenguaje analógico y simbólico. El lenguaje no verbal es un lenguaje de relación. Es un medio para expresar las emociones, espontáneo y menos sometido al control respecto al lenguaje verbal. Tiene una función metacomunicativa, ya que proporciona informaciones para interpretar el significado de las expresiones verbales. Además da informaciones sobre las relaciones interpersonales y sobre la imagen que uno tiene de si mismo (Watzlavick, 1978). Así pues, la creación artística es un metalenguaje entre mundo interior y exterior que permite revelar esta relación. En arteterapias la creación artística representa a nivel simbólico la *weltanschauung* del paciente, su relación con el mundo externo y su autoimagen (Ricci, Bitti 1998).

En la fase del **feedback** hay una reelaboración de la experiencia. El feedback representa el principal mecanismo de aprendizaje y cambio. Los participantes adquieren conciencia de sus emociones y de su manera de actuar a través de la verbalización de la vivencia. En este momento cada participante puede expresar las emociones y dar un feedback a los demás. La empatía permite crear nuevas relaciones internas y externas y descubrir igualdades y diferencias. El feedback es el momento de síntesis de la experiencia, de la salida completa de la dimensión del

juego, de la imaginación y la recuperación de la dimensión real. En esa fase el terapeuta puede ayudar los pacientes a reelaborar la vivencia y a liberarse emocionalmente a través de la relación empática, la escucha, el sostén y la restitución de su experiencia emotiva.

Notas

- 1 El concepto de Art Brut surge alrededor de 1945 en radical oposición al arte cultural, intelectualizado, al servicio de un sistema académico y contra la pretensión de educación artística o de conducta creativa.
- 2 Es una técnica terapéutica que propone ayudar al individuo a redescubrir el contacto con el propio cuerpo. Según este modelo los procesos energéticos del cuerpo determinan lo que sucede en la mente así como determinan lo que sucede en el cuerpo.

En este artículo se abordan la historia, el concepto y método de la arteterapia. Se consideran igualmente los diferentes enfoques y finalidades a través del psicoanálisis, la fenomenología, la terapia gestalt, la rehabilitación cognitiva y funcional, desde una perspectiva integradora, así como las diversas modalidades de expresión: dramática, musical, plástica. Se indican diversos ámbitos de aplicación en la educación, rehabilitación, prevención, intervención terapéutica y social en sus diversos formatos individual o grupal.

Palabras clave: Arteterapia, creatividad, expresión libre, música, danza, artes plásticas

Referencias bibliográficas

Básica:

- Foulkes, S.H. (1975), Group-Analytic psychotherapy: methods and principles. Gordon Breach, London.
- Freud S., (1972), El poeta y la fantasía, En: Obras Completas tomo V, Biblioteca Nueva, Madrid (1 Ed. 1907).
- Freud S., (1973), Psicoanálisis del arte, Alianza editorial, Madrid.
- Freud S., (1977), Introducción al psicoanálisis, Alianza, Madrid.
- Freud S., (1958), On creativity and the unconscious: papers on the psychology of art, literature, love, religion, Harper Collins Publishers.
- Ginger, S. and A. (1987), La Gestalt une thérapie du contact. Ed. Hommes et Groupes, Paris, Traducido al castellano por Verduzco de Ruiz, A., bajo el título La Gestalt, una terapia de contacto, Manual Moderno, México, 1993.
- Grotowski J. (1986), Hacia un teatro pobre. Siglo XXI, México.
- Johnson, D. (1980), "Effects of a theatre experience on hospitalized psychiatric patients". The Arts in Psychotherapy, 7:265-272.
- Johnson, D. (1982), "Developmental approaches in drama therapy". The Arts in Psychotherapy, 9:183-190.
- Jung, C. G. (1967), Lo inconsciente, Ed. Losada, Buenos Aires.
- Jung, C. G. (1922), Psicología analítica y arte poética, En obras completas, tomo 15, Ed. Trotta, Madrid.
- Jung, C. G. (1932), Picasso, En obras completas, tomo 15, Ed. Trotta, Madrid.
- Klein, M. (1964), La técnica psicoanalítica del juego: su historia y su significado. Editorial Paidós. Buenos Aires.

- Klein, M. (1932,) *The Psycho-analysis of Children*, Hogart, London.
- Kramer, E.(1958), *Art Therapy in a Children's Community*, Charles C.Thomas, Springfield.
- Kramer, E. (1979), *Childhood and Art Terapy*, Schokhen Books, New York.
- Kris, E. (1955) *Psicoanálisi y Arte*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Kris, E., Kurz, O. (1982) *La leyenda del artista*, Madrid. Cátedra (Primera ed. 1952).
- Kris, E. (1964), *El arte del insano*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Landy, R.J. (1999), *Drama therapy*, Published by Elsevier Science, London.
- Levick, M.F., (1967), "The goals of the art therapist as compared to those of the art teacher". En *Journal of Albert Einstein Medical Center*, 15, 157-170.
- López Fernández Cao, Marián y Martínez Díez, Noemí (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Ed. Tutor. Madrid.
- Moreno J. (1993), *Psicodrama*. Hormé, Buenos Aires.
- Moreno J. (1977), *El teatro de la espontaneidad*. Vancú, Buenos Aires.
- Naumburg, M. (1947), "Studies of the Free Art Expression of Behavior Problem Children And Adolescents as a Means of Diagnosis and Therapy". Theachers College Press, New York.
- Perls, F. (1973) *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Ed. Universitaria, Santiago.
- Presta, M. (2010) *Apláudete a ti mismo. Superar los obstáculos a través las arteterapias*, Ed. Luciérnaga.
- Ruggieri, V. (2004), *L'intervento psicofisiologico integrato in Psicologia e Riabilitazione*, EUR, Roma.
- Ruggieri, V. (2001), *Identità in Psicologia e teatro. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica.*, Armando Editore, Roma.
- Ruggieri, V. (1997), *L'esperienza estetica. Fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica.*, Armando Editore, Roma.
- Scanio, Elsa (2005). *Arteterapia. Por una clínica en zona de arte*. Ed. Lumen.
- Stanislavski,C.(1993), *El trabajo del actor sobre sí mismo en el proceso creador de las vivencias*, México: Quetzal. Obras completas.
- Stanislavski, C. (1993), *El trabajo del actor sobre sí mismo (en el proceso creador de la encarnación)*, Obras completas. México: Quetzal.
- Stanislavski,C. (1993), *El trabajo del actor sobre su papel*. México: Quetzal.
- Temas Selectos en Psicología* (2010). *Terapia del arte*. Universidad Iberoamericana. Ed. Manuel Moderno.
- Watzlavick, P., Beavin, J. H. e Jakson, D.D. (1967), *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, Patologías y Paradojas*. Herder . Barcelona (Trad. cast. 1981).
- Warren, B. (1993), *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Erikson, Trento.
- Winnicott, D.W (1979), *Realidad y juego*. Editorial Gedisa. Barcelona.

Complementaria:

- Arnheim, R. (1989), *Nuevos ensayos sobre la Psicología del arte*, Alianza editorial, Madrid.
- Barber, Vicky (2002). *Explórate a través del arte*. Madrid. Gaia Ediciones.
- Breton, A. (1924), "Primera definición del Surrealismo" En José Pierre *El Surrealismo* p. 98. Edit. Aguilar. Madrid.
- Badolato, C., Di Iullo, M.G. (1978). *Gruppi terapeutici e gruppi di formazione*. Bulzoni, Roma.
- Bedoni G., Tosatti B. (2000), *Arte e Psichiatria. Uno sguardo sottile*, Ed Mazzotta, Milano.
- Jung, C. G. (1970), *Arquetipos e inconsciente colectivo*, Paidós, Buenos Aires.
- Jung, C. G. (1944), *Psicología y Alquimia*, En obras completas, tomo 12, Ed. Trotta, Madrid.
- Klein, Jean-Pierre (2006). *Arteterapia: una introducción*. Barcelona. Ed. Octaedro.
- Klein, Jean-Pierre (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Ed. Octaedro.
- Lowen, A. (1967), *Bioenergética*. Diana, México.
- Ricci Bitti, P.E. (1998), *Regolazioni delle emozioni e arteterapie*. Carocci, Roma.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com