

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

ESTUDIOS DE CASO ÚNICO

Epoca II, Volumen XX - 1er. trimestre 2009

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

77

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 XX - Nº 77 - 1er. trimestre 2009

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 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD COMO INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA Y MEDIDA DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA: ESTUDIO DE UN CASO	5
María Vicenta Gómez de Ramón Fuster y Carlos Martínez Fernández-Mayoralas	
EVOLUCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y REDUCCIÓN SINTOMÁTICA EN LAS OCHO PRIMERAS SESIONES DE PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO DE CASO	31
Gerard Segarra Gutiérrez	
LA PSICOTERAPIA COMO RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA. A PROPÓSITO DE UN PROCESO DE DUELO	41
Manuel Villegas Besora	
“LA BAILARINA”. INTERFERENCIA EN EL SENTIDO DE CONTINUIDAD DE SU IDENTIDAD PERSONAL, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO	113
Marcial Arredondo Rosas	
UN CASO DE INSOMNIO: ¿QUÉ HAY DETRÁS DE LOS SÍNTOMAS?	133
Glòria Ribas Serra	

EDITORIAL

Desde que en el siglo XIX y principios del XX se empezaron a publicar estudios de caso único, éstos se han convertido en el método más fehaciente e ilustrativo para captar la esencia de muchos modelos terapéuticos. Algunos trabajos de los que ahora publicamos están dirigidos a evaluar los resultados obtenidos con algunos de estos modelos, otros a describir los procesos que constituyen el meollo del cambio en psicoterapia o de su procedimiento, otros a explicar la naturaleza de los síntomas de acuerdo con una determinada perspectiva teórica.

En el primero de los artículos María Vicenta Gómez y Carlos Martínez presentan el estudio de un caso clínico, llevado a cabo dentro del marco integrador de la Psicoterapia Cognitivo- Analítica, a través del Diferencial semántico de Osgood. Este instrumento constituye para los autores tanto una ayuda para planificar objetivos terapéuticos en psicoterapia, como para el análisis y medida (a través de pruebas de significación estadística) del proceso de cambio de dicha psicoterapia.

El trabajo presentado por Gerard Segarra se centra en el estudio de la evolución de la alianza terapéutica y los cambios en el nivel sintomático a lo largo de las ocho primeras sesiones a través de un caso prototípico de una persona que experimenta dificultades en las relaciones íntimas y sociales. Este trabajo ejemplifica cómo mediante el plan de tratamiento escogido, basado en una perspectiva integradora, el cliente va afrontando dichas dificultades, promocionando cambios en su estilo de relación, mejorando su seguridad y autoestima y reestructurando la significación que tiene de las emociones y personas.

El artículo de Manuel Villegas plantea la psicoterapia como un proceso de reconstrucción del significado de la experiencia. A este fin se reproduce todo el proceso de principio a fin de una terapia, utilizando para ello una selección de fragmentos de las sesiones, grabadas en video y transcritas en su totalidad. La reproducción de partes significativas de los diálogos permite anotar paso a paso las oscilaciones seguidas por la paciente durante los casi dos años que duró el recorrido terapéutico. Escritos en una segunda columna los comentarios hacen referencia tanto al proceso seguido por la paciente como al procedimiento e intervenciones llevadas a cabo por el terapeuta. De este modo se hace evidente el pasaje que experimenta la paciente en su crisis personal, desencadenada por una intensa experiencia de duelo, a través de diversos niveles de regulación moral hasta la autonomía.

El caso que presenta Marcial Arredondo se remite al modelo postracionalista de Vittorio Guidano. Desde esta perspectiva teórica se considera fundamental iniciar el proceso terapéutico poniendo en una secuencia histórica los momentos en que la persona que acude a terapia ha visto interrumpido la continuidad de su sentido de sí misma, con el objeto de que pueda ir desarrollando un marco explicativo inclusivo (con características narrativas), donde pueda incorporar el fluir de su experiencia y de este modo lograr que la persona vuelva a tener un sentido de continuidad incorporando los aspectos de la ipseidad (discontinuidad) que se están quedando afuera, a fin de lograr una mayor autocomprensión y poder asumir la responsabilidad existencial en los procesos de cambio personal.

Cierra la monografía un trabajo de Gloria Ribas con un paciente que presenta una demanda sintomática orientada a solucionar un problema de insomnio. Detrás de este síntoma aparece una culpa nuclear gestionada con el castigo, derivada de un accidente mortal de circulación, provocado involuntariamente años atrás por el paciente. Se describe una experiencia lesiva a la que por una parte se le da significado de accidente pero por otra, no se asume subjetivamente, dando lugar a una activación de remordimientos, rumiaciones, preocupación y desasosiego. Para apaciguar la conciencia moral será necesario aceptar la responsabilidad de los hechos a fin de facilitar la contrición y el perdón.

DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD COMO INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA Y MEDIDA DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA: ESTUDIO DE UN CASO

María Vicenta Gómez de Ramón Fuster

Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Carlos Martínez Fernández-Mayoralas

Coordinador Unidad de Rehabilitación Mental de Cartagena.

In this article we present, through a clinical case, the possibilities offered by the Osgood semantic Differential as both a tool to help in planning therapeutic targets in psychotherapy, Cognitive-Analytic our case, as the analysis and measurement (through tests of statistical significance) of the change process of the psychotherapy. This article follows a line of research of the authors, based on reflections on certain aspects of the PCA model, and its valuation tools. Also, try to deep in the lines suggested by the creator of the PCA, Anthony Ryle, in terms of assessing change and process in integrative psychotherapy.

Keywords: Measure of change, Osgood Semantic Differential, cognitive-analytic Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Psicoterapia Cognitivo-Analítica: definición

La Psicoterapia Cognitivo-Analítica (PCA) se desarrolló en la década de los 80 en Inglaterra, de la mano de Anthony Ryle, de donde se fue extendiendo y desarrollando hacia otros países europeos. En España su introductor es el Dr. Carlos Mirapeix, en la década de los 90. (Mirapeix C, 1994, 2004).

Esta psicoterapia surge de la preocupación y compromiso por conseguir psicoterapias eficaces de tiempo limitado para el sector público. Así, en un principio

y de forma general es una terapia breve (de tiempo limitado, originalmente 16 sesiones, que se amplía a 24 o más para pacientes graves, formando parte de paquetes más amplios de tratamiento), es integradora y de aplicación a diversos contextos terapéuticos.

La PCA comprende postulados cognitivos (Esquemas representacionales...), psicoanalíticas (Teoría de las Relaciones Objetales) y constructivistas, así como la idea vigotskiana de la formación social y cultural del self. Se basa en el establecimiento de una relación colaboradora para construir con los pacientes reformulaciones narrativas y diagramáticas de sus “procedimientos problema”, describiendo en estas reformulaciones las secuencias de patrones de interacción y acontecimientos externos, cognitivos y conductuales vinculados, que se denominan Procedimientos de Roles Recíprocos (Ryle, 2006; Mirapeix, 1994, 2004), un concepto parecido al de **Modelo operativo interno** de Bowlby, **Esquemas desadaptativos** de Young y **Díadas de relación objetal** de Kernberg, entre otros.

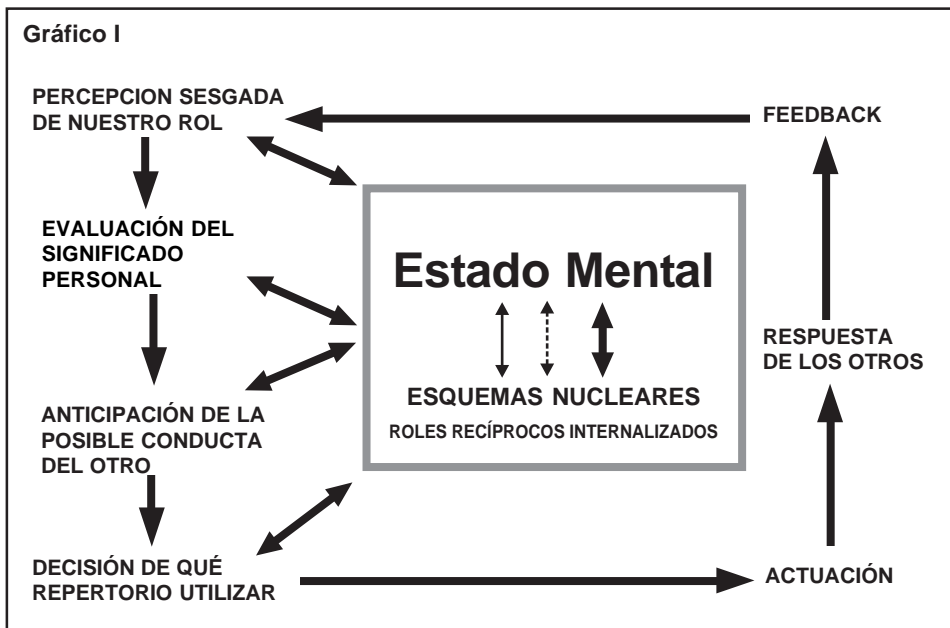
Un Procedimiento de Rol Recíproco se define como un patrón de interacción estable originado en las relaciones infantiles con los cuidadores, que determina los patrones actuales con los demás y el auto-manejo. Interpretar un Rol siempre requiere de otra persona, o la “voz” internalizada de otra, cuya reciprocación se busca o experimenta (Mirapeix, 1994, 2004).

Tácticas, Técnicas y Estrategias en PCA

La táctica principal consiste en la colaboración conjunta paciente-terapeuta para identificar y describir los procedimientos de Rol recíproco y Estados mentales asociados. Una vez identificados se trabaja en la revisión y cambio de dichos patrones a través de distintas técnicas y la relación con el terapeuta. La secuenciación de un procedimiento de Rol y Estado Mental asociado toma la forma que se muestra en el siguiente cuadro (Mirapeix C, 2004): (Ver Gráfico I)

La técnica y estrategia principal consiste en la construcción conjunta de reformulaciones narrativas (descripción escrita concreta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta) y diagramáticas, como trabajo previo a la fase terapéutica posterior. En estos “documentos” se escriben y representan los principales Procedimientos de Rol o los Estados mentales, con la secuencia entre ellos y patrones y síntomas asociados. Esto permite un mayor logro de una imagen más integrada y la consecución de mayor alianza terapéutica (Ryle, 2006; Mirapeix, 1994, 2004). Además, forman parte específica de la PCA otras técnicas como: Autorregistros, tareas para casa, Cartas, Psicoeducación...

Al ser una terapia integradora y considerar que lo importante es la táctica y estrategia basada en su metateoría de Roles recíprocos, pueden emplearse cualquier técnica procedente de modelos Cognitivos, de Gestalt, de conducta, psicoanalíticos (lesee registro de pensamientos, silla vacía, exposición, análisis de la transferen-



cia...). No son las técnicas las que definen este modelo.

La estrategia anteriormente citada surge a partir de la propia técnica de reformulación. Los terapeutas deben evitar sobre todo reforzar (o colisionar con) los Procedimientos de Rol disfuncionales y prestar atención a los cambios de estado que se producen, especialmente en la relación terapéutica. Hay que “monitorizar” los procedimientos y estados (qué siento, cómo actúo, qué imagen tengo de mí, qué imagen de los otros...) para revisarlos fuera de las sesiones y ensayar procedimientos de Rol alternativos (Mirapeix, 1994, 2004).

La medida del cambio en Psicoterapia

La medida del cambio, de los procesos y de la eficacia en psicoterapia ha sido una línea de investigación constante dentro del campo de la psicología, psiquiatría y psicoterapias, especialmente con la evolución de la psicología hacia paradigmas de investigación científica. La preocupación por estudiar los fenómenos psicológicos de la misma forma empírica que las ciencias naturales ha estado por tanto en la mente de múltiples clínicos e investigadores, siendo muchos los estudios sobre este campo. Ahora bien, si analizamos las líneas abiertas por los artículos interesados en este aspecto, nos encontramos con múltiples contradicciones, confusiones, ambigüedades y discrepancias.

Existe controversia porque, en cuanto aparecen artículos que ponen en duda la eficacia de las terapias psicológicas sobre el no tratamiento o el placebo (Eynsenck, 1952, citado en Corbella S, 2004; Bados A., 2002), aparecen otros que

si parecen demostrar su eficacia (Meltzoff, 1970; Luborsky, 1975; Smith, 1980; Lambert, 1986, citados en Corbella S, 2004). Tan pronto aparecen resultados sobre la igualdad de eficacia de diferentes psicoterapias (Smith, 1980; Lambert, 1992; Luborsky, 1975; Wampold, 1977, citados en Corbella S, 2004), como aparecen otros sobre los errores metodológicos de dichas investigaciones (Stiles, 1986, citado en Corbella S, 2004)).

Unas corrientes abogan por una ortodoxia metodológica propia de las ciencias experimentales para catalogar una psicoterapia como eficaz (medicina basada en la evidencia) y otras corrientes protestan sobre la forma de medir los resultados (escalas, síntomas, etc), desentendiéndose de la estructura de personalidad o del bienestar manifestado por el paciente (generalmente corrientes psicodinámicas y humanistas).

Una línea de investigación en auge como la evaluación de procesos de psicoterapia, todavía no tiene suficiente repercusión en medios científicos o clínicos, porque aún no parece llegar a conclusiones más allá de la descripción de los procesos de cambio y de los factores comunes a las psicoterapias. (Corbella S., Botella L., 2004)

Unos abogan por medir la eficacia en términos sintomáticos. Otros por medir cambios en la estructura de personalidad. Unos utilizan instrumentos supuestamente empíricos, como test psicométricos y otros entrevistas estructuradas sobre variables de resultado. Otros abogan por integrarlos (Castelló J, 2001).

Mientras que existen muchos estudios de investigación sobre eficacia de la TCC (Bados, A., 2002) (con los interrogantes sobre la validez de la medida de resultados que algunas corrientes plantean), existen muy pocos modelos que cumplan los criterios que se soportan en la medicina basada en la evidencia (Godoy A., 1994), muchas veces por la dificultad para estudiar los fenómenos de cambio que suponen dichas corrientes, pero también porque desde distintas instituciones no se ha hecho un esfuerzo político y económico para asentar las bases de líneas de investigación sólidas comparables a las establecidas en otros ámbitos de la salud. Además, cuando se hacen ensayos controlados de otras alternativas terapéuticas (psicoanalítica, interpersonal, constructivistas, integradoras...), los pocos estudios que existen no parecen encontrar grandes diferencias, apareciendo unas y otras igual de eficaces (Bados A., 2002).

Toda esta contradicción y confusión ha llevado a que los investigadores se centren ahora en estudiar qué tipo de psicoterapia, o técnica, para qué tipo de paciente y aplicada por qué tipo de terapeuta es más útil o eficaz (Corbella S, 2004). Esta línea, siendo muy interesante, puede presentar los mismos problemas si no existe un acuerdo en la comunidad clínica e investigadora sobre los criterios de evaluación de resultados o de procesos en las psicoterapias, para lo cual es necesario un consenso sobre la definición y denominación de dichos procesos y resultados.

Siendo conscientes de la limitación que supone el estudio de un caso único para

generalizar cualquier resultado a poblaciones más amplias, nuestro interés sin embargo se centrará no en demostrar la eficacia de un modelo de psicoterapia, sino en mostrar cómo desde cualquier proceso o corriente psicoterapéutica sí podemos estudiar de una manera integradora qué cambia a nivel de estructura de significado en el paciente, y además hacerlo de una manera con absolutas garantías empíricas en cuanto a su metodología, ya que aplicamos análisis factoriales y correlacionales para estudiar dichos cambios.

Esta línea de investigación, que empezó siendo desarrollada especialmente por las corrientes constructivistas a través de las Rejillas de Kelly, fue también desarrollada por el fundador de la PCA, Anthony Ryle, en varios de sus primeros artículos (Ryle A, 1979, 1980). Él utilizaba una “rejilla de díadas” estandarizada como medida del cambio y también como instrumento de ayuda de cara a la reformulación (y por tanto planificación terapéutica) de los *dilemas* o *trampas* de los pacientes. La medida se realizaba a través del cambio en las correlaciones entre los constructos que formaban la rejilla y analizadas a través de un programa estadístico diseñado para el análisis de rejillas. Los constructos de la rejilla lo formaban Roles recíprocos característicos como “Cuidar”, “culpa”, “Controlar”, “perdonar”, “sumisión”, etc. Y los elementos estaban formadas por pares de relaciones significativas, como “Padre a Madre”, “yo a Madre”, etc.

Así mismo, esta línea ha venido siendo desarrollada desde la teoría del diferencial semántico de Osgood, una teoría centrada primero en el estudio del cambio actitudinal y más tarde aplicado a la clínica (Morrison J.K, 1978; Bovet J., 1991; Ortiz, 1985, 1989.). Es nuestra intención desarrollar dicha línea al considerar que el *Diferencial* se muestra como un instrumento sencillo de aplicar, flexible de elaborar y susceptible de analizar a través de pruebas de significación estadística con paquetes estándar como el SYSTAT o el SPSS, siendo el beneficio de su uso para comprobar los cambios en las psicoterapias muy superior al esfuerzo dedicado en su aplicación.

El Diferencial semántico de Osgood

Justificamos el uso de este instrumento de evaluación dentro de la metodología de intervención como forma de hacer medible, observable y cuantificable los cambios en los fenómenos emocionales y relacionales que tratamos de conseguir en el proceso de psicoterapia (Ortiz M., Abad M.A., Gómez de Ramón M.V., 1989).

Existen estudios previos que parecen demostrar la utilidad de este instrumento para cuantificar los cambios y procesos que ocurren durante una terapia. Así, por ejemplo, Ortiz M; Abad, M.A. y Gomez de Ramón Fuster M.V., (1989), con la Terapia Racional Emotiva de Ellis, y Morrison, J.K. and Teta, D., (1978), con la E.R.T del primero de los autores, investigan los cambios en la estructura conceptual de un paciente tras recibir psicoterapia.

Del mismo modo, Abad, M.A.; Morales, A.M.; Nieto, J. y Ortiz, M.M., (1991)

, estudian y encuentran diferencias entre dos grupos clínicos (trastornos distímicos vs. Esquizofrenia Paranoide) respecto al significado atribuido al sí mismo y al Yo ideal a través de la perspectiva temporal (pasado, presente y futuro).

Ortiz, M.; García, C. y Martínez, M., (1985) encuentran así mismo diferencias entre las estructuras conceptuales de neuróticos frente a “normales”.

Bovet, J.; Spagnoli, J. and Guilleron, E. (1991) también analizan los resultados de más de cien psicoterapias de grupo de orientación freudiana, encontrando diferentes estructuras conceptuales entre pacientes y no pacientes así como una evolución y cambio distintos en el Diferencial semántico a lo largo de los tratamientos.

En otro estudio, el diferencial se muestra también útil para apreciar los cambios ocurridos tras una intervención en relación al mecanismo de escisión, a la fragmentación de las auto-representaciones y a la experiencia del sí mismo en relación a los otros en la patología borderline, (Greene, L.R. ,1990).

Por último, Gómez de Ramón Fuster (2004), aplicándolo a la Psicoterapia Cognitivo-Analítica, encuentra en el Ogood una herramienta útil tanto de la medida como de la dirección del cambio de Estados Mentales y sus Roles Recíprocos correspondientes, tras la fase de Reformulación.

El Diferencial Semántico nos permite someter los Estados Mentales identificados a medidas cuantitativas, ya que, en tanto procesos representacionales relacionan signos con significados. Hay significados de muchos signos que reflejan experiencia personal; por ejemplo, los significados de PADRE, MADRE, SI MISMO, etc. Son palabras que actúan de estímulo y movilizan experiencias personales. La variación en el significado antes y después de la psicoterapia es lo que medimos con el Diferencial Semántico, el cual es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escala. Se proporciona al sujeto un concepto para que sea diferenciado y un conjunto de escalas de adjetivos bipolares para que lo realice, siendo su única tarea indicar, para cada ítem, la dirección de su asociación y su intensidad sobre una escala de 7 puntos.

El Diferencial Semántico evalúa por una parte tres factores aislados por Osgood: Evaluación (bueno-malo); Potencia (fuerte-débil) y Actividad (activo-pasivo). Por otra, la Distancia Semántica entre dos conceptos (una puntuación entre 0 y el máximo de distancia posible según la escala de 7 puntos utilizada), donde a menor puntuación, mayor es la similitud o identificación de los conceptos comparados y a mayor puntuación, mayor es su distancia o menos relación tienen entre sí. (Véase Gráfico II)

Gráfico II:

Ejemplo de Diferencial Semántico del constructo “Madre”

MADRE

	M	B	P	O	P	B	M	
Beneficioso	:	:	:	:	:	:	:	Perjudicial
Débil	:	:	:	:	:	:	:	Fuerte
Inquieto	:	:	:	:	:	:	:	Tranquilo
Agradable	:	:	:	:	:	:	:	Desagradable
Duro	:	:	:	:	:	:	:	Blando
Pasivo	:	:	:	:	:	:	:	Activo
Falso	:	:	:	:	:	:	:	Verdadero
Severo	:	:	:	:	:	:	:	Indulgente
Frío	:	:	:	:	:	:	:	Caliente
Bello	:	:	:	:	:	:	:	Feo
Ligero	:	:	:	:	:	:	:	Pesado
Rápido	:	:	:	:	:	:	:	Lento

A continuación vamos a exponer el proceso de evaluación e intervención propuesto a través de un caso clínico, donde se ejemplifica detalladamente el uso del diferencial Semántico como instrumento de planificación de objetivos y medida del cambio terapéutico, desde una orientación Cognitivo-Analítica de intervención.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA, EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DEL CASO

Durante las primeras sesiones se realiza una valoración y recogida de datos compuesta por:

- **Entrevista no estructurada y anamnesis básica:** para recoger el motivo de consulta, la sintomatología actual, antecedentes psiquiátricos o psicológicos, antecedentes familiares, datos de evolución del problema actual, etc.
- **Aplicación del Cuestionario Biogáfico Autoaplicado (CBA; Instituto de Estudios Psicoterapéuticos; Mirapeix,C.):** se trata de un cuestionario autoaplicado que el paciente rellena en su casa y que trae a la siguiente sesión. Consta de diversas áreas de información: Datos personales; Figuras Parentales y Familiares; Formas de Relación en la etapa Infanto-Juvenil; Datos formativo-laborales; Relaciones Interpersonales actuales; Sucesos Vitales significativos y Material de Sueños y Recuerdos. Se hace énfasis en los contenidos emocionales y relacionales que subyacen a todas las áreas.

- **Aplicación del cuestionario psicométrico MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)**: para la valoración de sintomatología clínica y de las tendencias en cuanto a rasgos de personalidad del paciente.
- **Análisis Transferencial-Contratransferencial durante las sesiones iniciales**: que nos guiará para completar las primeras hipótesis de trabajo y pasar a la segunda fase de “Reformulación” del caso, construida sobre la identificación de hipotéticos Procedimientos de Rol Recíproco y los Estados Mentales subyacentes característicos en el paciente.
- **Aplicación del Diferencial Semántico de Osgood**: como medida del cambio en psicoterapia utilizaremos este test semiproyectivo (o subjetivo según algunas clasificaciones), donde se analizarán el perfil de identificaciones (o distancias semánticas) entre varios constructos según el análisis del caso.

Describimos a continuación los principales resultados de cada instrumento de valoración:

Entrevista no estructurada y anamnesis básica

Acude a consulta por presentar sintomatología leve/moderada depresivo-ansiosa, caracterizada por ánimo decaído, dificultades para conciliar y mantener el sueño, pérdida de apetito, impotencia y sentimientos desesperanzados respecto a su futuro, así como síntomas somáticos varios y ansiedad social. Según refiere, dicha sintomatología es reactiva a su relación matrimonial así como a acontecimientos laborales.

Como Antecedentes Familiares destacan Padre y dos hermanas con Ciclotimia o Trastorno Bipolar en tratamiento de larga evolución.

De los Antecedentes Personales cabe señalar que ha seguido varios tratamientos farmacológicos para la ansiedad y para conciliar el sueño (ansiolíticos y antidepresivos) pautados por su médico de familia y que luego se autoadministraba a su criterio. Nunca antecedentes de tratamiento psiquiátrico. (comenzará en este periodo con un psiquiatra tratamiento antidepresivo). Hace varios meses abandona terapia psicológica seguida otros tantos meses, y en el que según refiere, le diagnostican de “Trastorno Pasivo-Agresivo de personalidad”

CBA: Cuestionario Biográfico Autoaplicado

Pasamos a describir los aspectos más relevantes que aparecen en el CBA:

- El paciente nace en Sudamérica y viene a España con su mujer, tras terminar ambos sus estudios universitarios en un área sanitaria. Está casado desde los 23 años y trabaja durante trece en su propia clínica, ubicada en medio rural, trasladándose a la ciudad desde hace 4 años.
- Los dos dirigen una clínica, teniendo “caracteres muy distintos”, lo que ha derivado en problemas, tanto de relación con el personal como económi-

- cos, y que él atribuye como desencadenante de su sintomatología actual.
- La relación con su mujer le genera mucha parte de sus síntomas. Cree que se comunican sin diálogo, a gritos. La describe como dominante, narcisista, agresiva, y él se siente dominado, presionado y sumiso frente a ella. Aunque ella está afectada, no ha querido nunca buscar ayuda profesional cuando él se lo ha propuesto.
 - Son padres de 3 hijos, dos chicos de 14 y 6 años y una niña de 10, de cuyas relaciones destaca que se siente culpable de no ser “un buen guía” debido a su estilo pasivo y depresivo, fundamentalmente con su hijo adolescente.
 - Con respecto a su familia de origen, ocupa el segundo lugar de 3 hermanos, siendo el único varón. La hermana mayor tiene 8 años más que él y la menor 2 menos. Sus padres y hermanas viven en Sudamérica y con éstas describe su relación “excelente”, aunque por la distancia “sin tiempo para compartir vivencias del día a día”.
 - Describe a su padre con una personalidad “fuerte, compulsiva y agresiva psicológicamente”, además de “vital, disciplinado, organizado y que todo lo tiene que controlar”. Cree que su influencia ha sido negativa para su autoestima, debido a que sólo le recriminaba lo negativo y nunca le reforzaba por lo positivo. Cree que no ha sido un buen guía para él.
 - La relación con su padre ha estado marcada por el “enfrentamiento y rebeldía”, atenuada ahora por la edad y la distancia.
 - A su madre la describe como “alegre, compañera, sumisa, se adapta a todo y comprensiva”, y cree que lo que más le ha influido es su carácter sumiso y pasivo: “aguanta y traga”.
 - Habla de una educación basada en reproches y recriminaciones, con énfasis en el estudio, lo que según él ha contribuido a su “falta de voluntad y perseverancia”, así como a “baja autoestima”.
 - En cuanto a su infancia y escolaridad refiere no tener apenas recuerdos y muestra su extrañeza por ello. En su adolescencia sí recuerda por el contrario integrarse muy bien al grupo y tener un papel destacado (capitán de algunos deportes). Reconoce que le gustaba mandar.
 - Del material de sueños y recuerdos no trae escrito nada porque según dice no se acuerda, si bien en sesión rescatamos 2 recuerdos: con 8 años le cambian de colegio para que se encargue de acompañar a su hermana pequeña, y otro en que con 5-6 años recuerda a su madre discutiendo con su padre al tiempo que le cambiaba la ropa.
 - Como cualidades deseadas escribe: “no ser tan tímido, enfrentar los problemas con eficacia y levantar la autoestima”.
 - Por último, destaca como figuras significativas a unos tíos y un primo, el cual falleció con 21 años (él tenía 16) y al que describe como un ídolo para él, un guía. Según dice sus tíos eran como la segunda familia para él.

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Obtiene un *perfil 2-1* (escalas Depresión-Hipocondriasis), unido a elevación significativa en 3 (Hysteria), 7 (Psicastenia) y Dy (Dependencia). Muy bajo en Es (Fuerza del yo), Do (Dominancia) y Re (Responsabilidad).

Este perfil describe a una persona muy preocupada por su estado de salud físico y con tendencia a somatizar (dolores de cabeza, precordiales, gastrointestinales...) en periodos de tensión o exceso de responsabilidades. Tendencia a sentimientos de fracaso, retraimiento, inseguridad, pesimismo, indecisión. Suele mostrarse vacilante. De fondo irritable, suspicaz y aprensivo.

La elevación de las otras escalas describen problemas de dependencia excesiva con incapacidad de manejar vivencias de hostilidad hacia los demás, unido a un afán perfeccionista y autocrítico ante problemas menores.

El nivel bajo de algunas escalas indica dificultades importantes de adaptación, disminución de autoestima, falta de asertividad, tendencia al aislamiento así como demanda de ayuda. Por otro lado aparecen indicios de mal pronóstico en cuanto al cambio en psicoterapia.

Estos resultados (junto con datos posteriores que irán apareciendo), parecen corroborar el diagnóstico de estilo Pasivo-agresivo de personalidad que según refería el paciente había recibido de un anterior psicoterapeuta.

Diferencial semántico de Osgood

En el *Diferencial* hemos utilizado constructos que nos ayudaran a hacernos una idea de la dinámica del paciente así como a plantear algunas hipótesis de trabajo. Éstas variables son: “temporal” (pasado, presente y futuro); “identificación con figuras parentales y sí mismo” (padre, madre, como soy); “Emociones básicas” (Miedo, Rabia, Tristeza y Culpa), “Yo ideal” o “Como me gustaría ser”, “Yo negativo” o “como no me gustaría ser” e hipotéticos “Estados mentales” subyacentes a Roles Recíprocos identificados en las descripciones del estilo relacional que el paciente establece con sus figuras significativas y el que se desprende de la relación con el terapeuta. Así, nos referimos al Estado Mental “Ser Decepcionado” como el Estado que subyace a un Rol crítico, reprochante, recriminatorio y exigente. Del mismo modo, el Estado “Decepcionar o Decepcionante” se refiere a un Rol recíproco sumiso y pasivo, caracterizado por “aguantar y tragar”. También nos referiremos al Estado “Importante o Capaz” como aquel en el que siente un self valioso e importante.

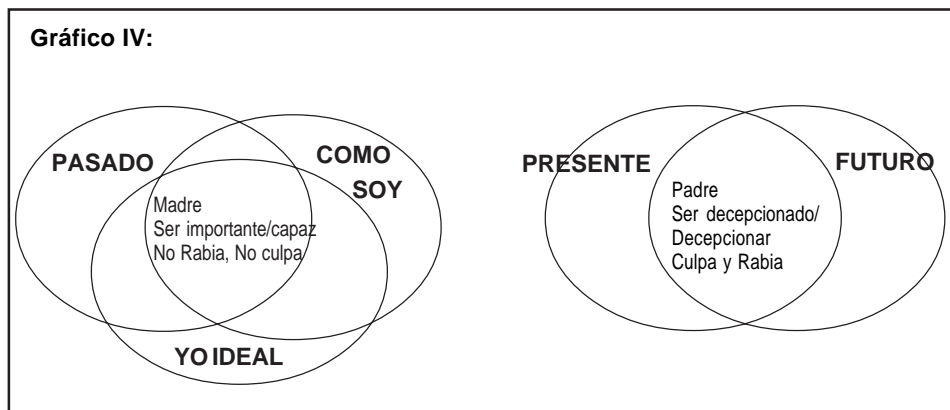
Mediremos los cambios en estos constructos comparando los datos obtenidos con el método Test-retest.

Resumen descriptivo de los resultados del Diferencial Semántico de Osgood

Se ha realizado primero un análisis descriptivo del perfil de distancias del Osgood (ver **Anexo 1**), resultándonos interesante agrupar las identificaciones en torno a las variables temporal, sí mismo (“cómo soy”) y yo ideal, tal como se ilustra a continuación en estas 5 columnas, donde aparecen escritos los constructos agrupados según el grado de identificación, donde “↑” indica alto grado y “↓” bajo. (Ver Gráfico III)

Gráfico III:				
PASADO	PRESENTE	FUTURO	COMO SOY	YO IDEAL
<ul style="list-style-type: none"> • MADRE ↑ (tendencia) • SER IMPORTANTE ↑ • SER CAPAZ ↑ • NO MIEDO, NO RABIA, NO CULPA ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • PADRE ↑ • SER DECEPCIONADO/ DECEPCIONAR ↑ • CULPA ↑ • NO IMPORTANTE/ NO CAPAZ ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • PADRE ↑ • SER DECEPCIONADO/ DECEPCIONAR ↑ • RABIA ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • MADRE ↑ • SER IMPORTANTE ↑ • NO RABIA ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • SER IMPORTANTE ↑ • SER CAPAZ ↑ • PASADO ↑

Como se observa hay una gran confluencia entre PASADO, COMO SOY y YO IDEAL, entorno a “Madre”, “Ser Importante” y “Ser Capaz”, por una parte, y por otra cierta relación entre PRESENTE y FUTURO, identificados con “Padre”, “Ser decepcionado/decepcionar”, y “Culpa y Rabia”. Lo ilustramos gráficamente (Ver Gráfico IV):



Desde una perspectiva cognitiva-constructivista observamos cómo el paciente asocia su malestar al “PRESENTE”, relacionado con su padre, con ser decepcionado y decepcionar, con culpa y no con ser capaz e importante, entendiendo que el paciente construye una narrativa de sí mismo (“COMO SOY”), alejada de sus

vivencias del presente (y por tanto de su YO experiencial).

Desde un enfoque analítico podríamos pensar en un “Yo consciente” relacionado con “Como soy”, el “pasado” y el “yo ideal”, vinculados íntimamente con la figura materna, y un “Yo inconsciente” relacionado con el presente y futuro y vinculado a una figura paterna rechazada.

“Es como si”: “Me gustaría ser lo que fui para mi madre en el pasado (importante y capaz), pero soy muy parecido a mi padre (ser decepcionado/decepcionar), lo cual odio y me hace sentir culpable”.

Para corroborar estas asociaciones se ha procedido también a realizar (además de este análisis descriptivo), una análisis factorial (utilizando los Estados mentales, la variable temporal, las figuras parentales y el sí mismo) a través del programa estadístico SPSS (*ver anexo 2), el cual nos ha aislado, de forma similar, dos factores principales, que explican respectivamente el 47,6% y 40,4% de la varianza total. Éstos son por un lado un Factor compuesto por Decepcionar/ser decepcionado, padre, presente y futuro y otro compuesto por Pasado, Como soy, Madre, Capaz e importante. Así confirmamos a través de pruebas estadísticas nuestro análisis descriptivo previo.

PROCESO, PLANIFICACIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

El proceso psicoterapéutico ha seguido una orientación Cognitivo-Analítica (PCA), centrado sobre todo en la identificación y reformulación de los Procedimientos de Rol Recíprocos disfuncionales (en tanto inoportunos e ineficaces en su contexto vital actual), tanto en la relación con el terapeuta como fuera de las sesiones, y en su reconstrucción histórica a través de las figuras vitales significativas.

Además, en este trabajo utilizamos una de las herramientas básicas aportadas por el modelo PCA, como es el “Cuestionario para la Descripción de Estados” (SDP) de Bennet y Ryle (2005), aplicándolo con las revisiones que hemos propuesto en un anterior trabajo, fundamentalmente su uso como guía para la identificación del propio repertorio de Estados Mentales, en base a las características bio-psico-sociales del paciente (Gómez de Ramón Fuster, M.V., Martín Fdez-Mayoralas, C., en prensa).

La terapia ha constado de 17 sesiones, aunque su duración se ha distribuido a lo largo de bastantes meses, ya que la asistencia era irregular.

Basándonos en el análisis factorial realizado y teniendo en cuenta la significación que aportan estos dos factores según su varianza explicada, focalizamos el trabajo terapéutico en los procedimientos disfuncionales asociados al Rol Recíproco Decepcionante-Decepcionado y Ser importante - Ser incapaz. Por tanto, consideramos que la clínica depresiva que trajo al paciente a consulta se asocia a:

- Una falta de integración entre los dos polos del Rol “Decepcionado-Decepcionar”: sólo se ve a sí mismo en una actitud pasiva, impotente y sumisa (Decepcionar) ante figuras críticas, exigentes y demandantes

(Decepcionados), y

- A la pérdida de un sentimiento de capacidad y valía (Rol “Ser Importante-Ser incapaz”), vinculado hasta ahora al pasado y al apego con la figura materna.

Así:

- Un primer objetivo consistiría en tomar conciencia, por una parte, de su propio polo de Rol “Decepcionado” –proyectado hasta ahora tanto en la figura paterna como en su mujer– y por otra, la capacidad de elicitar en los otros el polo recíproco “decepcionar”, manteniendo un círculo relacional disfuncional.
- Un segundo objetivo consistiría en reconstruir y mantener un “Yo Importante y Capaz” que dependa de sus propios recursos y no sólo de lo que le devuelvan sus figuras significativas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS TEST-RETEST CON EL DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD

Para la interpretación de resultados nos vamos a basar en tres tipos de análisis que es posible realizar con el Diferencial Semántico de Osgood (Ver **Anexos 1-4**), y que son:

- Un nuevo análisis descriptivo de las distancias semánticas entre las variables utilizadas.
- Un análisis Factorial POST de dichas distancias, con el fin de objetivar si existen cambios en las agrupaciones de los datos, y
- Un análisis a través de la comparación de las correlaciones PRE y POST entre los constructos utilizados en el Diferencial, el cual nos servirá para cuantificar y precisar las diferencias entre las correlaciones (y por tanto cuantificar los cambios entre las identificaciones), así como el sentido de las mismas.

Si analizamos las distancias semánticas entre los constructos utilizados como foco de la terapia, ahora se aprecia cómo ha cambiado la configuración anterior. A modo de resumen, observamos:

- De un *Presente* asociado a la figura paterna rechazada, la *culpa* y los estados o Roles *Decepcionante/decepcionado* pasamos a un *Presente* identificado con “*Como soy*”, con “*Capaz e importante*” y con “*Padre*” y “*Madre*”.
 - Ser *decepcionado/Decepcionar* se identifica ahora más al *pasado*.
 - El “*Como Soy*” se ve más *importante* y el *Ser decepcionado* disminuye su distancia respecto a *sí mismo* y su *madre* (interpretando este dato en el sentido de tomar más conciencia de este estado en sí mismo y en su madre).
 - El *sí mismo* reconoce mejor la emoción de rabia y se aleja de cierta tristeza.
- En cuanto a la comparación de las correlaciones PRE y POST, recogemos

aquellas que, centradas en nuestro foco terapéutico, han resultado altamente significativas:

- De una asociación positiva significativa ($r=0.694$; $p<0.01$) entre “**Decepcionar**” y “**Padre**” antes del tratamiento, pasa a una asociación negativa también significativa ($r= -0.747$; $p<0.01$).
- **Ser decepcionado**, que se asociaba positiva y significativamente también a su **padre** ($r=0.742$; $p<0.01$), muestra después una tendencia negativa ($r= -0.103$), aunque no significativa ($p=0.77$).
- El **sí mismo** (“**Como soy**”), que correlacionaba negativamente con su **padre** ($r= -0.562$; $p<0.05$), lo hace ahora de forma positiva ($r=0.898$; $p<0.01$). Un cambio en la misma dirección observamos con el **Presente**, siendo negativa su correlación en la primera aplicación y positiva en la segunda ($r=0.946$; $p<0.01$).
- El **Presente** ahora se relaciona positivamente tanto con su **padre** ($r=0.839$; $p=0.00$) como con su **madre** (que cambia de correlación negativa a positiva, $r=0.767$; $p<0.01$). De igual modo, el **Presente**, en su relación con **Importante y Capaz**, pasa de una correlación negativa a una positiva ($r=0.896$; $p<0.01$ y $r= 0.909$ $p<0.01$).
- **El pasado**, que tenía una tendencia negativa en su asociación con el **presente**, correlaciona ahora significativamente de modo positivo ($r=0.72$; $p<0.01$)
- El **sí mismo** aumenta su correlación y el nivel de significación con el **YO ideal** ($r=0.955$; $p= 0.00$).
- el **Padre** pasa de ninguna asociación con el **Yo ideal** a una correlación positiva altamente significativa ($r=0.887$; $p=0.00$).

Por último, tras el Análisis Factorial (* ver anexo 3) resulta relevante resaltar la obtención de un nuevo factor que explica el 76% de la varianza de los datos de las variables objeto del foco de la terapia. Éste está compuesto por el **Sí mismo, el Presente, el Padre, la Madre, Importante y Capaz**.

Así mismo, un segundo factor explicaría el 22% de la varianza y estaría compuesto por **Decepcionado y Pasado**.

En resumen, por todos estos datos y, apoyados por la relevancia de la significación estadística de los cambios, podemos afirmar que se han conseguido los objetivos terapéuticos que se planificaron con este paciente. Se ha conseguido una mayor integración de los procedimientos de Rol **Decepcionado-Decepcionante e Importante-Incapaz**, tanto en su relación consigo mismo, como con sus figuras significativas, así como una visión más integrada sobre su pasado y el presente actual.

Resulta relevante señalar la “reconciliación” que de alguna manera se observa con la figura paterna y, por tanto, una aceptación e integración de los aspectos que más le disgustaban de sí mismo, lo que hace que pueda identificarse tanto él como a su padre, en el **presente**, con un **Yo Importante** de alguna manera re-Co-construido a través del proceso terapéutico (que para el paciente supone asumir el

afrontar de forma directa y no delegando de forma pasiva responsabilidades, lo que le lleva a poder poner los límites que cree convenientes en sus relaciones y su trabajo, de forma asertiva y no pasivo-agresiva, así como a identificar sus propios actitudes de **Decepcionado**).

Creemos que mantener esta integración se produce gracias a la posibilidad de tomar conciencia y por tanto de elegir entre los procedimientos de Rol más pertinentes y eficaces según qué situaciones, lo que a nivel subjetivo puede experimentarse como un cambio de **estado mental**, el cual produce una sensación de agencia y control, tanto de los procedimientos de Rol más disfuncionales como de los funcionales.

CONCLUSIONES

Además de la relevante mejoría en el paciente de la sintomatología depresiva y ansiosa, corroborada tanto por la información recogida del paciente en las últimas entrevistas, como por una valoración psicométrica de síntomas (SCL-90), en la que ninguna de las escalas, con percentiles bajos, resulta significativa (* ver anexo 5), de nuestro trabajo se desprenden dos conclusiones fundamentales:

Por una parte, hemos obtenido validación empírica y estadística de los cambios en la estructura profunda de significado que se producen tras el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, en este caso desde un abordaje Cognitivo-Analítico.

Como expresábamos en la introducción, existen distintas alternativas para valorar los resultados de una psicoterapia, pero a nuestro juicio la mayoría adolecen de ser reduccionistas (especialmente al valorar sólo sintomatología a través de autoinformes y escalas), o poco empíricas, al sacar conclusiones sobre cambios en las estructuras de personalidad basadas en la observación o juicio clínico del terapeuta o en informaciones subjetivas del paciente. A este respecto, no menospreciamos sino que nos parecen fundamentales este tipo de evaluaciones, por los datos que nos aportan, (es de sobra reconocido el valor de la observación clínica especializada). Pero lo que en este artículo presentamos es un instrumento como el Diferencial Semántico que nos permite **medir** (a través de pruebas de significación estadística), comparar y evaluar **qué cambios** se producen durante o tras el proceso de una psicoterapia, aunando de esta forma las corrientes de análisis de **resultados** y de **procesos** dentro del campo de la investigación sobre Eficacia y Evaluación de resultados en Psicoterapia.

Por otra parte, este trabajo nos ha permitido demostrar, a través de un estudio de caso único, que la identificación, reconocimiento y reformulación de estilos relacionales recíprocos disfuncionales a través de un modelo psicoterapéutico integrador como es el cognitivo-analítico, resulta altamente eficaz en el abordaje y resolución de distintas patologías de salud mental.

Por último, esperamos aportar al mismo una metodología de evaluación útil y coherente con la epistemología de dicho modelo.

ANEXOS

1. Matrices de distancias semánticas PRE y POST tratamiento.

Tabla I: "Identificación del Sí mismo, YO ideal, YO negativo y Presente con Figuras parentales"

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
PRESENTE	2.25 *	1.53 *	3.85	2.24	3.16	1.00 *
PASADO	2.81	2.40	2.76	1.85	2.12	1.71
COMO SOY	4.07	1.83	1.22 *	1.87		
YO IDEAL	3.50	2.14 *	2.91	2.75	2.61	1.26 *
YO NEGATIVO	4.39	4.53	4.14	5.38	3.74	4.32

Tabla II: "Emociones básicas y dimensión temporal"

	PASADO		PRESENTE		FUTURO	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.73 *	3.04	2.53	3.81	3.12	3.61
RABIA	2.98	2.25	2.02	2.34	1.60 *	2.48 *
TRISTEZA	2.76	2.24	2.41	2.66	2.70	2.67
CULPA	3.21	2.48	1.29 *	3.01 *	2.16	2.84

Tabla III: "Figuras Parentales, sí mismo y Emociones básicas"-

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.58	4.38 *	4.87	3.81	3.45	4.32
RABIA	1.15 *	2.45 *	4.90*	3.54 *	4.09 *	2.91 *
TRISTEZA	3.47	2.79 *	3.05	3.26	2.34 *	3.30 *
CULPA	2.46	3.20 *	4.02	3.25	3.44	3.50

Tabla IV: "Figuras Parentales, Sí mismo y Estados Mentales".

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.58	4.38 *	4.87	3.81	3.45	4.32
SER DECEPCIONADO	2.34 *	2.68	4.57	3.98	3.84	3.34 *
DECEPCIONAR	2.25 *	4.00 *	4.41	3.08 *	3.58	3.72
SER IMPORTANTE	2.66	1.80 *	3.13	2.87 *	2.51 *	1.32 *
SER CAPAZ	2.95	1.94 *	3.46	3.07	2.85	1.50 *

Tabla V: "Estados Mentales y dimensión temporal"

	PASADO		PRESENTE		FUTURO	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
SER DECEPCIONADO	3.40	2.60 *	1.19 *	2.65 *	1.70	2.74 *
DECEPCIONAR	3.24	2.72	1.68 *	3.40 *	1.95	3.37 *
SER IMPORTANTE	1.47 *	2.55 *	2.94	1.55 *	2.27	1.85 *
SER CAPAZ	1.58	2.71 *	3.29	1.76 *	2.41	2.02

2. A. Factorial PRE terapia

Comunalidades

	Inicial	Extracción
COMOSOY1	1,000	,586
MADRE1	1,000	,745
PADRE1	1,000	,941
PRESENTE1	1,000	,809
PASADO1	1,000	,988
FUTURO1	1,000	,986
SERDECEP1	1,000	,931
DECEPCIONAR1	1,000	,902
IMPORTANTE1	1,000	,944
CAPAZ1	1,000	,969

Método de extracción:

Análisis de Componentes principales

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,828	-,560
2	,560	,828

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,361	53,613	53,613	5,361	53,613	53,613	4,758	47,583	47,583
2	3,440	34,398	88,011	3,440	34,398	88,011	4,043	40,428	88,011
3	1,066	10,661	98,672						
4	,113	1,129	99,801						
5	,020	,199	100,000						
6	9,12E-016	9,12E-015	100,000						
7	2,19E-016	2,19E-015	100,000						
8	3,33E-017	3,33E-016	100,000						
9	-5,9E-017	-5,9E-016	100,000						
10	-1,8E-016	-1,8E-015	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
DECEPCIONAR1	,939	,141
SERDECEPC1	,925	,275
MADRE1	-,862	,047
PRESENTE1	,830	,347
COMOSOY1	,756	,119
FUTURO1	,494	,862
PADRE1	,535	,809
CAPAZ1	-,578	,797
PASADO1	-,608	,787
IMPORTANTE1	-,622	,746

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
SERDECEPC1	,920	-,290
PADRE1	,896	,371
FUTURO1	,892	,437
PRESENTE1	,882	-,178
DECEPCIONAR1	,857	-,409
MADRE1	-,687	,522
COMOSOY1	-,560	,522
PASADO1	-,063	,992
CAPAZ1	-,033	,984
IMPORTANTE1	-,097	,967

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

3. A. Factorial POST terapia

A. factorial

Comunalidades

	Inicial	Extracción
COMOSOY2	1,000	,993
MADRE2	1,000	,856
PADRE2	1,000	1,000
PRESENTE2	1,000	,995
PASADO2	1,000	,971
FUTURO2	1,000	,996
SERDECEP2	1,000	,982
DECEPCIONAR2	1,000	,958
IMPORTANTE2	1,000	,992
CAPAZ2	1,000	,992

Método de extracción:
Análisis de Componentes principales

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,984	,179
2	-,179	,984

Método de extracción:
Análisis de componentes principales.
Método de rotación:
Normalización Varimax con Kaiser.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,803	78,030	78,030	7,803	78,030	78,030	7,616	76,159	76,159
2	1,931	19,306	97,336	1,931	19,306	97,336	2,118	21,177	97,336
3	,247	2,467	99,803						
4	,016	,164	99,967						
5	,003	,033	100,000						
6	6,37E-017	6,37E-016	100,000						
7	4,18E-017	4,18E-016	100,000						
8	-8,4E-017	-8,4E-016	100,000						
9	-3,2E-016	-3,2E-015	100,000						
10	-7,3E-016	-7,3E-015	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
COMOSOY2	,989	-,123
PRESENTE2	,983	,169
CAPAZ2	,977	-,195
IMPORTANTE2	,976	-,201
FUTURO2	,971	,228
PADRE2	,938	,346
DECEPCIONAR2	-,934	,292
MADRE2	,903	-,203
SERDECEPC2	-,233	,963
PASADO2	,623	,763

Método de extracción:
Análisis de componentes principales.
a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
CAPAZ2	,996	-,017
IMPORTANTE2	,996	-,023
COMOSOY2	,995	,055
DECEPCIONAR2	-,971	,121
PRESENTE2	,937	,342
MADRE2	,924	-,039
FUTURO2	,915	,398
PADRE2	,861	,508
SEDECEPC2	-,401	,906
PASADO2	,477	,862

Método de extracción:
Análisis de componentes principales.
Método de rotación:
Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

4. Cambios en las correlaciones significativas Pre (1) y Post (2) terapia.

		DECEPCIONAR1	DECEPCIONAR2
MADRE1	Correlación de Pearson	-,690(**)	-,298
	Sig. (bilateral)	,006	,300
	N	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	-,326	-,369
	Sig. (bilateral)	,255	,194
	N	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,694(**)	-,127
	Sig. (bilateral)	,006	,665
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	-,040	-,747(**)
	Sig. (bilateral)	,891	,002
	N	14	14
PRESENTE1	Correlación de Pearson	,956(**)	,357
	Sig. (bilateral)	,000	,210
	N	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	-,260	-,716(**)
	Sig. (bilateral)	,369	,004
	N	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	,687(**)	-,211
	Sig. (bilateral)	,007	,470
	N	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	-,108	-,665(**)
	Sig. (bilateral)	,713	,009
	N	14	14
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	,986(**)	,370
	Sig. (bilateral)	,000	,193
	N	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	,794(**)	,585(*)
	Sig. (bilateral)	,001	,028
	N	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	-,404	-,798(**)
	Sig. (bilateral)	,153	,001
	N	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	-,345	-,928(**)
	Sig. (bilateral)	,227	,000
	N	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	-,360	-,797(**)
	Sig. (bilateral)	,206	,001
	N	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	-,333	-,936(**)
	Sig. (bilateral)	,245	,000
	N	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		COMOSOY1	COMOSOY2
PADRE1	Correlación de Pearson	-,562(*)	,157
	Sig. (bilateral)	,036	,591
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	,284	,898(**)
	Sig. (bilateral)	,325	,000
	N	14	14
PRESENTE1	Correlación de Pearson	-,652(*)	-,420
	Sig. (bilateral)	,012	,135
	N	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	,327	,946(**)
	Sig. (bilateral)	,253	,000
	N	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	,469	,826(**)
	Sig. (bilateral)	,090	,000
	N	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	,357	,626(*)
	Sig. (bilateral)	,211	,017
	N	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	-,500	,208
	Sig. (bilateral)	,068	,475
	N	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	,220	,879(**)
	Sig. (bilateral)	,450	,000
	N	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	,382	,823(**)
	Sig. (bilateral)	,178	,000
	N	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	,300	,952(**)
	Sig. (bilateral)	,297	,000
	N	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	,392	,798(**)
	Sig. (bilateral)	,165	,001
	N	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	,331	,956(**)
	Sig. (bilateral)	,247	,000
	N	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		MADRE1	MADRE2	PADRE1	PADRE2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	,979(**)	,598(*)	-,562(*)	,284
	Sig. (bilateral)	,000	,024	,036	,325
	N	14	14	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	,450	,767(**)	,157	,898(**)
	Sig. (bilateral)	,106	,001	,591	,000
	N	14	14	14	14
MADRE1	Correlación de Pearson	1	,679(**)	-,552(*)	,445
	Sig. (bilateral)		,005	,041	,111
	N	15	15	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	,679(**)	1	-,020	,638(*)
	Sig. (bilateral)	,005		,945	,014
	N	15	15	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	-,552(*)	-,020	1	,346
	Sig. (bilateral)	,041	,945		,206
	N	14	14	15	15
PADRE2	Correlación de Pearson	,445	,638(*)	,346	1
	Sig. (bilateral)	,111	,014	,206	
	N	14	14	15	15
PRESENTE1	Correlación de Pearson	-,604(*)	-,374	,723(**)	-,131
	Sig. (bilateral)	,022	,187	,003	,655
	N	14	14	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	,494	,767(**)	,164	,953(**)
	Sig. (bilateral)	,073	,001	,575	,000
	N	14	14	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	,551(*)	,606(*)	,121	,812(**)
	Sig. (bilateral)	,041	,022	,679	,000
	N	14	14	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	,369	,780(**)	,100	,688(**)
	Sig. (bilateral)	,194	,001	,733	,007
	N	14	14	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	-,460	,031	,958(**)	,383
	Sig. (bilateral)	,098	,916	,000	,176
	N	14	14	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	,371	,789(**)	,237	,862(**)
	Sig. (bilateral)	,192	,001	,414	,000
	N	14	14	14	14
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	-,629(*)	-,114	,724(**)	-,052
	Sig. (bilateral)	,016	,699	,003	,859
	N	14	14	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	-,441	-,177	,573(*)	-,108
	Sig. (bilateral)	,114	,544	,032	,713
	N	14	14	14	14

./..

DECEPCIONAR1	Correlación de Pearson	-,690(**)	-,326	,694(**)	-,040
	Sig. (bilateral)	,006	,255	,006	,891
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR2	Correlación de Pearson	-,298	-,369	-,127	-,747(**)
	Sig. (bilateral)	,300	,194	,665	,002
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	,460	,665(**)	,147	,723(**)
	Sig. (bilateral)	,098	,010	,617	,004
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	,467	,656(*)	,032	,889(**)
	Sig. (bilateral)	,092	,011	,915	,000
	N	14	14	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	,444	,637(*)	,264	,730(**)
	Sig. (bilateral)	,112	,014	,361	,003
	N	14	14	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	,487	,679(**)	,078	,899(**)
	Sig. (bilateral)	,077	,008	,791	,000
	N	14	14	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		PRESENTE1	PRESENTE2	FUTURO1	FUTURO2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	-,652(*)	,327	-,500	,220
	Sig. (bilateral)	,012	,253	,068	,450
	N	14	14	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	-,420	,946(**)	,208	,879(**)
	Sig. (bilateral)	,135	,000	,475	,000
	N	14	14	14	14
MADRE1	Correlación de Pearson	-,604(*)	,494	-,460	,371
	Sig. (bilateral)	,022	,073	,098	,192
	N	14	14	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	-,374	,767(**)	,031	,789(**)
	Sig. (bilateral)	,187	,001	,916	,001
	N	14	14	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,723(**)	,164	,958(**)	,237
	Sig. (bilateral)	,003	,575	,000	,414
	N	14	14	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	-,131	,953(**)	,383	,862(**)
	Sig. (bilateral)	,655	,000	,176	,000
	N	14	14	14	14

./..

PRESENTE1	Correlación de Pearson	1	-,226	,723(**)	-,237
	Sig. (bilateral)		,417	,003	,415
	N	15	15	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	-,226	1	,187	,924(**)
	Sig. (bilateral)	,417		,522	,000
	N	15	15	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	-,360	,838(**)	,111	,661(*)
	Sig. (bilateral)	,206	,000	,706	,010
	N	14	14	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	-,067	,716(**)	,113	,732(**)
	Sig. (bilateral)	,821	,004	,701	,003
	N	14	14	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	,723(**)	,187	1	,421
	Sig. (bilateral)	,003	,522		,118
	N	14	14	15	15
FUTURO2	Correlación de Pearson	-,237	,924(**)	,421	1
	Sig. (bilateral)	,415	,000	,118	
	N	14	14	15	15
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	,971(**)	-,246	,702(**)	,048
	Sig. (bilateral)	,000	,396	,005	,872
	N	14	14	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	,713(**)	-,199	,542(*)	-,120
	Sig. (bilateral)	,004	,495	,045	,683
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR1	Correlación de Pearson	,956(**)	-,260	,687(**)	-,108
	Sig. (bilateral)	,000	,369	,007	,713
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR2	Correlación de Pearson	,357	-,716(**)	-,211	-,665(**)
	Sig. (bilateral)	,210	,004	,470	,009
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	-,376	,795(**)	,159	,647(*)
	Sig. (bilateral)	,185	,001	,588	,012
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	-,447	,895(**)	,100	,798(**)
	Sig. (bilateral)	,109	,000	,735	,001
	N	14	14	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	-,256	,789(**)	,258	,645(*)
	Sig. (bilateral)	,377	,001	,372	,013
	N	14	14	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	-,389	,909(**)	,143	,822(**)
	Sig. (bilateral)	,169	,000	,626	,000
	N	14	14	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

		CMGS1	CMGS2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	,553(*)	,361
	Sig. (bilateral)	,040	,205
	N	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	,779(**)	,955(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,000
	N	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,071	,086
	Sig. (bilateral)	,810	,770
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	,696(**)	,887(**)
	Sig. (bilateral)	,006	,000
	N	14	14

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

5. Centiles de las Escalas del SCL-90-R (Derogatis L.R, 2002). (Baremo de población no psiquiátrica)

ESCALAS	CENTIL
Somatización	45
Obsesión-Compulsión	20
Sensibilidad Interpersonal	20
Depresión	30
Ansiedad	30
Hostilidad	65
Ansiedad Fóbica	5
Ideación Paranoide	55
Psicoticismo	60
Indice Global de Sufrimiento	30

En el presente artículo presentamos, a través de un caso clínico, las posibilidades que ofrece el Diferencial semántico de Osgood como instrumento que permite tanto una ayuda para planificar objetivos terapéuticos en psicoterapia, en nuestro caso Cognitivo-Analítico, como el análisis y medida (a través de pruebas de significación estadística) del proceso de cambio de dicha psicoterapia. Este artículo sigue una línea de investigación de los autores, basada en reflexiones sobre determinados aspectos del modelo PCA, así como de sus instrumentos de valoración. Así mismo, pretende profundizar en la línea sugerida por el creador de la PCA, Anthony Ryle, en cuanto a la evaluación del cambio y el proceso en psicoterapia integradora.

Palabras Clave: *Medida del cambio, Diferencial Semántico de Osgood, Psicoterapia cognitivo-analítica.*

Referencias Bibliográficas

- ABAD, M.A., MORALES, A.M., NIETO, J. y ORTIZ, M.M. (1991). El diferencial semántico de Osgood en psicopatología: Un estudio diferencial. *Actas Luso-Españolas de Neurología psiquiátrica*, 19 (3), 149-153.
- BADOS, A., GARCÍA, E. y FUSTÉ, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-502.
- BENNET, D. & RYLE, A. (2005). The characteristic features of common borderline states: a pilot study using the states description procedure. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 58-66.
- BOVET, J. SPAGNOLI, J. & GUILLERON, E. (1991). Psychotherapeutic Treatments Evaluated with Two Instruments: Clinical Questionnaire and Semantic Differential. *Psychotherapy Psychosomatic*, 55, 9-23.
- CASTELLÓ, J. (2001). Integración y Cambio en Psicoterapia. *Revista Internacional On-line Psiquiatría.com*, 2.
- CORBELLA, S. y BOTELLA, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Vision Net.
- GODOY, A (1994). Validez a posteriori de los diagnósticos clínicos. *Psicothema*, 6 (2), 139-153.
- GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. (2004). *Medida del cambio y Terapia Cognitivo Analítica*. Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Madrid.
- GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. y MARTÍN FDEZ-MAYORALAS, C. (en prensa). Autoobservación de los Estados Mentales en la Psicoterapia Cognitivo Analítica del Trastorno Límite de la Personalidad. *Aperturas Psicoanalíticas*.
- GREENE, L.R. (1990). Relationships among Semantic Differential change measures of splitting, self-fragmentation and object relations in borderline psychopathology. *British journal of medical psychology*, 63, 21-32.
- MIRAPEIX, C. (1994) Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. Nº 20, 5-44.
- MIRAPEIX, C. (2004). Psicoterapia cognitivo-analítica: un modelo integrado de intervención. *Aperturas psicoanalíticas*, 18.
- MORRISON, J.K. & TETA, D. (1978). Simplified use of the semantic differential to measure psychotherapy outcome. *Journal of Clinical psychology*, 34 (3), 751-753.
- ORTIZ, M., ABAD, M.A. y GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. (1989). Estructura conceptual de un caso de neurosis ansiosa-depresiva medida con el diferencial semántico de Osgood. *Anales de psiquiatría*, 5 (9), 379-381.
- ORTIZ, M., GARCÍA, C. y MARTÍNEZ, M. (1985). El diferencial semántico de Osgood en Neuróticos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 13 (1), 43-52.
- ROMERO, a.f. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24 (1), 88-99.
- RYLE, A. & KERR, I. B. (2006). *Psicoterapia Cognitivo Analítica: Teoría y práctica*. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- RYLE, A (1979). Defining goals and assessing change in brief psychotherapy: a pilot study of target ratings and the dyad grid. *Journal of Medical Psychology*, 52, 223-233.
- RYLE, A (1980). Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: a study of fifteen cases. *British Journal of psychiatry*, 137, 475-486.

Revista de Psicoterapia en Internet

Apreciado suscriptor,

Recientemente, la Revista de Psicoterapia ha lanzado su versión digital a la que puede acceder desde hoy mismo en www.revistadepsicoterapia.com y desde la que esperamos poder ofrecer un mejor servicio e intentar ayudar a la difusión de nuestros contenidos.

Como suscriptor de la revista en papel, usted tiene libre acceso al fondo editorial de la misma en formato digital (pdf) al que podrá acceder, por artículos separados o por números completos, en la sección “Fondo Editorial” o realizando directamente una búsqueda por palabra clave en el buscador que hemos habilitado en el sitio web.

Sin embargo, para poder descargar los artículos en su ordenador antes deberá activar su cuenta para poder iniciar sesión en el sitio web como usuario registrado. Para hacerlo sólo tiene que entrar en la página de “Suscripciones” y rellenar la casilla inferior de la columna de la izquierda (YA SOY SUSCRIPTOR) con su nombre completo y dirección e-mail para que podamos activar su cuenta y mandarle por correo electrónico su nombre de usuario y contraseña. Con estos dos datos podrá iniciar sesión en el web y descargar tantos archivos como desee dentro del periodo de vigencia de su suscripción.

Por favor, utilice un nombre con el que podamos identificarle como suscriptor de la revista.

Todo el proceso se realizará de manera manual y personalizada por lo que rogamos disculpe la demora mientras no reciba nuestra respuesta en forma de nombre de usuario y contraseña.

No dude en ponerse en contacto con nosotros para resolver cualquier duda.

Atentamente,

Revista de Psicoterapia

EVOLUCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y REDUCCIÓN SINTOMÁTICA EN LAS OCHO PRIMERAS SESIONES DE PSICOTERAPIA: UN ESTUDIO DE CASO

Gerard Segarra Gutiérrez

Centro: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna
Universitat Ramon Llull. C/ Císter 34, CP.08022. Barcelona (Barcelona).
gerardsg@blanquerna.url.edu

The present study represents an archetypical case of a man who experiences difficulties in his intimate and social relationships.

This paper exemplifies how by means of the plan of select treatment, based on an integration perspective, the client is confronting the above mentioned difficulties, promoting changes in his style of relation, improving his safety and selfesteem and restructuring the significance that has of the emotions and the persons. The results show the evolution of the therapeutic alliance and symptomatic level along the first eight clinical sessions.

Keywords: Therapeutic alliance, outcome, process, integrative therapy, constructivist therapy.

INTRODUCCIÓN

El establecimiento de una relación entre cliente y terapeuta es vital para la concepción de una relación terapéutica. La calidad de dicha relación, basada en la comunicación, parece ser un factor determinante para la eficacia del mismo proceso psicoterapéutico según Corbella y Botella (2003). Es indudable la importancia de la alianza terapéutica tanto en el desarrollo de un proceso terapéutico como en su eficacia. Por dicha razón, numerosas escuelas psicológicas han reconocido y prestado atención al papel de la calidad de la relación entre paciente y psicoterapeuta. Según la literatura se trata de uno de los conceptos más estudiados en la investigación de procesos, al ofrecer idoneidad para la comprensión de la relación psicoterapéutica (Andrade, 2005; Corbella y Botella, 2003, 2004; Novick, 2000; Evans-Schaeffer, 1998).

Nos proponemos a continuación estudiar la evolución de la relación terapéutica a lo largo de las ocho primeras sesiones de una psicoterapia y su relación con la reducción sintomática.

MÉTODO

Sujeto

Juan, un joven empresario de 31 años experimenta dificultades relacionales en el ámbito social de su vida. El cliente efectúa una demanda de psicoterapia por sentirse insatisfecho en diferentes ámbitos relacionales de su vida, generalmente referido a lo social, y más concretamente, en las relaciones íntimas con el sexo opuesto. No obstante el ámbito profesional se desenvuelve sin dificultades en las relaciones sociales dentro del marco laboral.

Motivo de consulta e historia clínica

El cliente presenta dificultades para relacionarse afectivamente en sus relaciones personales y abrirse a los demás, especialmente con las personas más cercanas, de su misma edad y sexo opuesto. Siente un temor a ser rechazado y/o decepcionar al otro, razón por la cual reconoce evitar muchas de sus relaciones sociales con el fin de protegerse.

En lo que refiere a las relaciones familiares existen similitudes entre el patrón relacional caracterizado por un déficit emocional que hay en el núcleo familiar actual de Juan con el resto de los miembros del sistema familiar. Su padre murió cuando Juan tenía 17 años y desde entonces vive con su madre, con la quien mantiene una relación fría, distante y con faltas de afectividad.

Evaluación e instrumentos

Se llevaron a cabo 8 entrevistas clínicas con el cliente por dos terapeutas con el respaldo constante de un equipo terapéutico, éste seguía directamente el caso mediante la grabación de las sesiones por un circuito de TV cerrado y un espejo unidireccional. Para la recogida de datos se le administró el Cuestionario de Evaluación de Resultados *CORE Outcome Measure* (Core System Group, 1998) y la versión reducida del *Working Alliance Inventory* (Tracey y Kokotovic, 1989).

Procedimiento y desarrollo del proceso psicoterapéutico.

En la primera y segunda entrevista Juan nos explica que acude porque tiene problemas de autoconfianza, explica que “ya desde pequeño tenía problemas de integración con mis amigos de la escuela, hoy en día estoy con gente pero no puedo crear vínculos fuertes con ellos... por eso creo que es un problema de autoconfianza. Yo necesito mucho tiempo para poder confiar en la gente”. El paciente manifiesta mucha más dificultad en relacionarse con gente joven y, especialmente, con las personas del sexo opuesto. Por este motivo el equipo de psicoterapeutas considera

que la relación terapéutica con dos mujeres jóvenes podría tratarse de una tarea terapéutica en sí misma.

Entre la tercera y cuarta sesión Juan nos confiesa que desde que murió su padre, hace 10 años por una enfermedad cardiovascular, se quedó y sintió muy solo con su madre, con la que convive todavía, aunque mantienen una relación fría y distante, el paciente piensa que *esto me condiciona mucho y hace que no te conllevés igual con los demás, ni con mi madre, pues desde entonces te vuelves más frío y ya no esperas nada de nadie....* Las terapeutas ofrecieron una actitud muy cálida y empática en este momento, lo que fomentó y reforzó al paciente para que pudiera seguir hablando de temas tan significativos y, a su vez, dolorosos para él. Entonces admite que *con mi padre me compenetraba mucho más que con mi madre, ella es una persona que se relaciona con los demás, incluido yo mismo, con una actitud caracterizada por el pasotismo y el descuido*. La rabia se percibe en la comunicación no verbal del paciente mientras nos explica alguna anécdota para ilustrar la despreocupación de su madre cómo por ejemplo el hecho que no recuerda ni el año en que ha nacido Juan. Se trabajó el control de la rabia, teniendo en cuenta que jamás la había expresado pues sus valores le hacen pensar que *está mal visto por la sociedad hablar así de tu propia madre*, el propio hecho de escribir en papel algunos de sus pensamientos reales hacia su madre le permitieron sentirse más liberado, con el objetivo de reducir su ansiedad y malestar por dicha causa y poder así reconducir estas cogniciones más asertivamente (Lazarus, 1989).

Entre la cuarta y quinta sesión, el cliente aceptó la invitación de un amigo para acompañarle en un concierto con otras personas que no conocía. La alianza terapéutica y motivación para el cambio del paciente propició que se le pidiera desde un buen principio que procurara hacer exposiciones. Nos confiesa que *sin la tarea para casa hubiese ido al evento pero seguramente allí me hubiese mantenido más al margen de los demás, no hubiese hablado con chicas y ahora me siento bien por haberlo hecho*. El refuerzo positivo del equipo y las terapeutas por su actitud y cumplimiento ante la tarea de exposición, motivaron a Juan para seguir trabajando en esta dirección. El registro de pensamientos y emociones revelan un temor inicial, a no ser aceptado por la falta de autoconfianza, que se evade hasta conseguir relacionarse sin una excesiva dificultad. Con el fin de facilitar dichas exposiciones se le explica que detener los pensamientos puede ayudarle a vencer las dudas y preocupaciones constantes y, de esta manera, poder reducir así sus temores y ansiedades. Mediante la técnica de detención del pensamiento se lograron los objetivos descritos anteriormente. A partir de los registros mencionados anteriormente, conocemos las dificultades del cliente para expresarse a nivel emocional, lo que nos plantea trabajar con él las emociones y habilidades sociales.

Las últimas tres sesiones se trabajaron las emociones a partir de la relación del paciente con su madre. Juan comentó que creía que lo más importante era trabajar hacia dicha dirección, pues lo consideraba cómo la base del problema, además se

propuso hacer un esfuerzo para estar más atento y cordial con su madre. Exploramos más profundamente la relación del paciente con su madre, se le pidió al cliente que elaborara un texto en formato de carta, el cuál se le clarificó que no tendría que entregarla a su madre, pero sí poder expresar cómo se siente hacia ella. Mediante dicha técnica Juan liberó unos pensamientos reprimidos en él, pues creía que no era correcto sentir emociones negativas hacia una madre; jamás había explicado a nadie lo que sentía hacia ella, pues la relación basada en el rencor le impide sentir más allá de la rabia, lo que fomenta en él experimentar una intensa culpabilidad .

En la octava sesión se le pidió que trajera algunas fotografías de su familia para facilitar el discurso acerca del sistema familiar del cliente. Mediante este ejercicio el cliente atribuyó una relación entre sus dificultades para relacionarse afectivamente con los demás y su historia personal, especialmente dichos patrones familiares descritos.

Resultados

Para la monitorización del resultado y proceso de cambio terapéutico se administraban al cliente periódicamente los cuestionarios descritos anteriormente (*CORE Outcome Measure* en la primera, cuarta y octava sesión y de alianza terapéutica y *Working Alliance Inventory* en cada una de las ocho primeras sesiones). La razón por la cual se evaluó con dicha periodicidad se deriva de los estudios sobre el ritmo de cambio en psicoterapia (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986, citado en Corbella y Botella, 2004) que indican que entre un 30% y un 40% de pacientes experimentan cambios importantes ya durante el período comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión, y que en el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión ese porcentaje alcanza entre un 50% y un 60%.

A continuación en la Tabla 1 se muestran los resultados obtenidos por los cuestionarios descritos anteriormente.

A lo largo de las ocho sesiones descritas en este estudio, Juan ha modificado algunos de sus patrones de conducta, tales como la evitación a las relaciones sociales por miedo al rechazo, algunos cambios en su modo de entender su problemática relacionada con la demanda inicial y, también, en su modo de afrontar la misma. Mediante ejercicios de exposición y autoregistros de cogniciones y emociones el paciente percibió un bienestar ante el cumplimiento de las tareas fruto de la relación con los demás, fomentando al mismo tiempo su capacidad de insight, atribuyendo el desinterés de los demás a los obstáculos que él mismo pone para que ellos se acerquen. Por último, a nivel emocional propició que pudiera expresar la rabia sentida hacia su madre, sintiéndose menos culpable a medida que iba reconstruyendo un nuevo sentido de su propia experiencia y de sus patrones de relación familiar. (Ver Figura 1)

Los niveles de gravedad sintomática del cliente descritos en la Tabla 1 fueron significativamente inferiores a los de otros estudios de validación del *CORE-OM*

Tabla 1

Puntuaciones para cada una de las dimensiones del CORE Outcome Measure (resultado de la terapia).

Dimensión	Sesión 1	Sesión 4	Sesión 8
Bienestar subjetivo	0,25	0,25	0
Problemas/síntomas	0,5	0,17	0,17
Funcionamiento general	0,25	0,25	0,5
Riesgo	0,17	0,17	0,17
Todos los ítems excepto los de riesgo	0,32	0,21	0,26
Todos los ítems	0,36	0,21	0,29

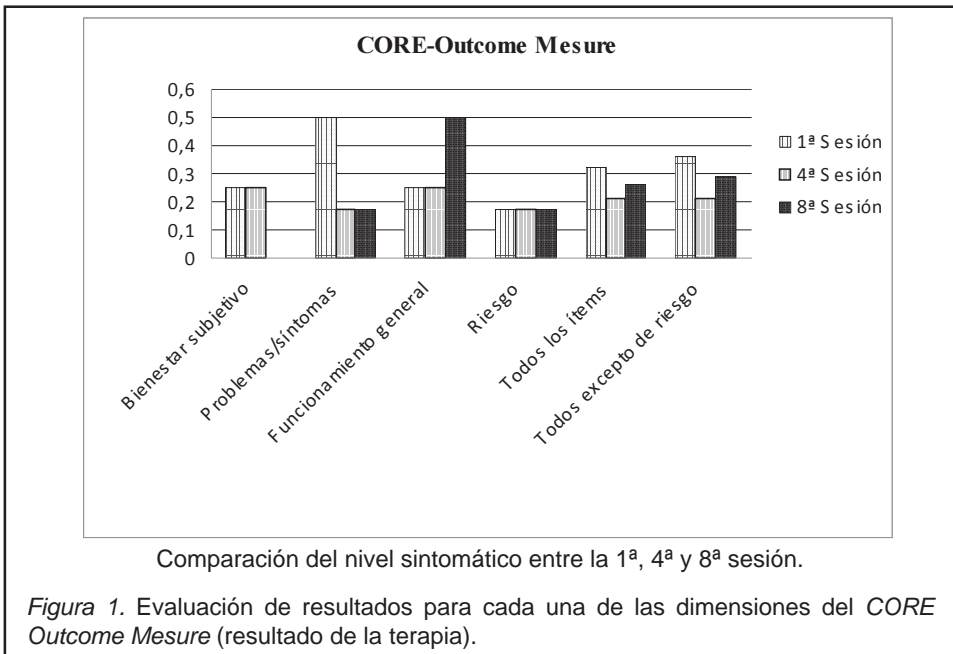
Puntuaciones para cada una de las dimensiones del Working Alliance Inventory sesión por sesión (nivel de alianza terapéutica).

Dimensión	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8
T	23	24	22	22	23	25	25	25
V	23	25	26	20	25	25	25	26
M	12	15	14	13	14	16	14	15
Total	58	64	62	55	62	66	64	66

T= Acuerdo en los objetivos de la terapia

V= Acuerdo en las tareas de la terapia.

M= Vínculo emocional entre terapeuta y paciente



en todas las dimensiones del instrumento respecto la muestra clínica tanto de la prueba de Kolmogorov-Smirnoff como la de Shapiro-Wilk que confirman que responde a una curva normal, con una media $M=1,59$ y una desviación típica $SD=0,66$ (Botella y cols., 2008). (Ver Tablas 2 y 3)

Tabla 2 Comparación de la diferencia de medias pre- y post-terapia para cada una de las dimensiones del CORE-OM (resultado de la terapia) (Botella y cols., 2008).

Dimensión	M y SD		Valor absoluto de la diferencia de medias pre-post
	Pre-	Post-	
Bienestar subjetivo	M=2,31S D=0,93	M=1,37 SD=1,02	0,94**
Problemas/síntomas	M=2,12 SD=0,86	M=1,25 SD=0,94	0,88**
Funcionamiento general	M=1,40 SD=0,72	M=0,95 SD=0,68	0,45**
Riesgo	M=0,44 SD=0,60	M=0,23 SD=0,44	0,21**
Todos los ítems excepto los de riesgo	M=1,84 SD=0,73	M=1,14 SD=0,79	0,70**
Todos los ítems	M=1,59 SD=0,67	M=0,98 SD=0,70	0,61**

**Diferencias significativas con una $p<0,001$ bilateral

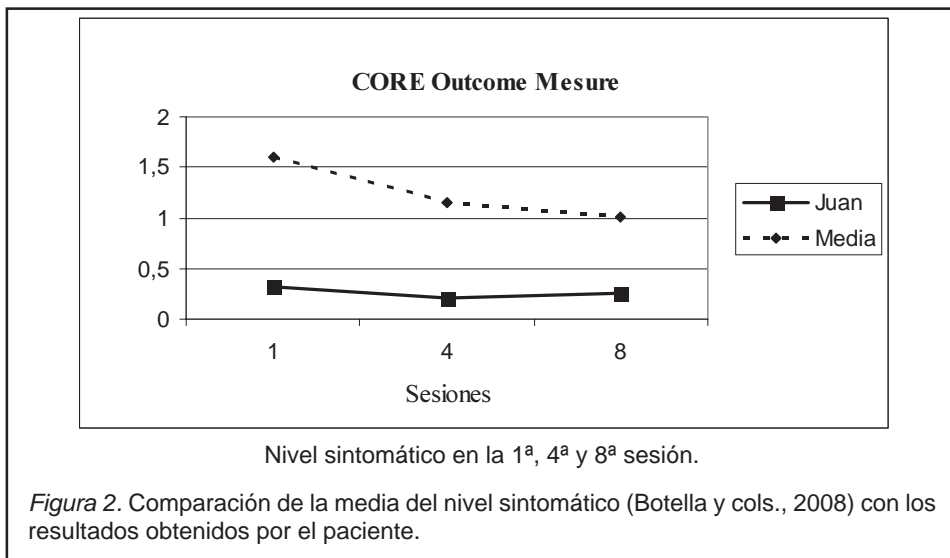
Tabla 3 Correlaciones entre el estado sintomático y la fuerza de la alianza terapéutica sesión por sesión. (Botella y cols., 2008).

Sesión	r	n
3: CORE-OM3/WAI3	-0,346***	133
4: CORE-OM4/WAI4	-0,302***	168
8: CORE-OM8/WAI8	-0,432***	119

* $p<0,05$	** $p<0,01$	*** $p<0,001$
------------	-------------	---------------

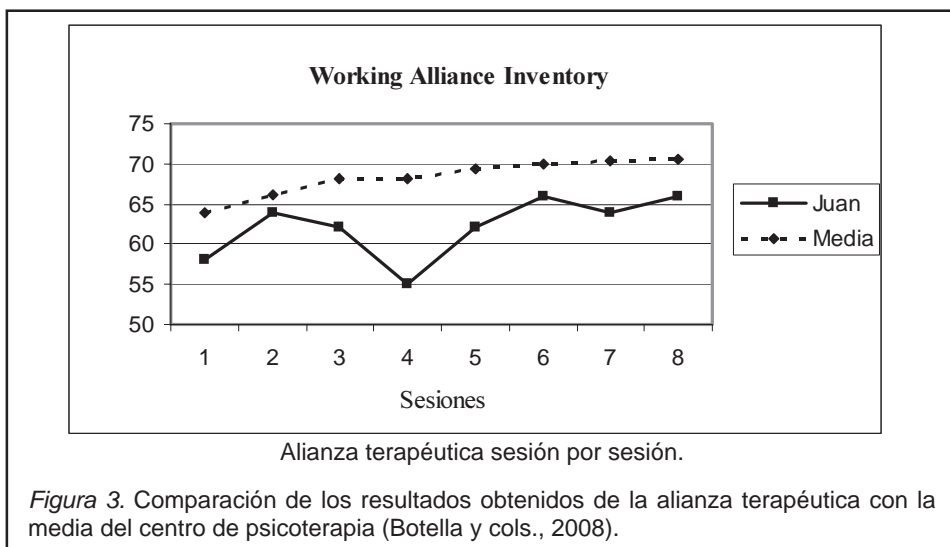
Se comparan a continuación dichos resultados con las medias de los niveles de de reducción sintomática (ver Figura 2) y de la fuerza de la alianza terapéutica (ver Figura 3) de 239 pacientes; 191 mujeres (79,9%) y 48 hombres (20,1%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico en el mismo servicio universitario de psicoterapia de Barcelona (Botella y cols., 2008).

Se observa una disminución en los valores obtenidos por el CORE-OM, tanto en los de Juan cómo en los de la muestra ($n=239$), que indican una disminución del nivel sintomático producido en el periodo de las ocho primeras sesiones de psicoterapia. Las puntuaciones obtenidas por nuestro cliente son siempre inferiores en todas las evaluaciones que se han realizado, por lo que consideramos que, según



el presente instrumento, se refleja un nivel sintomático inferior en Juan respecto a la media de la población comparada.

Finalmente comparamos los resultados obtenidos por Juan en el WAI-S con la media de la muestra descrita anteriormente. (Ver Figura 3).



La puntuación final del WAI-S puede oscilar entre 12 y 84 puntos, indicando a mayor puntuación, mayor fuerza de la alianza terapéutica. Los resultados

obtenidos por Juan en la 8ª evaluación, muestran un incremento de la alianza respecto a la evaluación inicial. Al comparar los resultados del paciente con los de la media (n=239), percibimos que los resultados de Juan son ligeramente inferiores, y ambos muestran un incremento en el periodo de las ocho primeras sesiones de psicoterapia que abarca el presente estudio. (Ver Figura 3).

DISCUSIÓN

La alianza terapéutica, como indicador del proceso terapéutico, y la mejoría sintomática, como indicador del resultado de la psicoterapia, mantienen una relación significativa entre ambas. En dicho sentido una alianza positiva actúa cómo facilitador del proceso del cambio terapéutico (a mayor fuerza de la alianza mayor nivel de mejoría sintomática) según Botella y cols. (2008).

Los análisis de los datos del cliente muestran que tras las primeras ocho primeras sesiones de psicoterapia se producen cambios positivos en términos de reducción sintomática y se ha observado un incremento de los niveles de alianza terapéutica final respecto la inicial. Según la extensa y contrastada literatura, dichos resultados son indicadores de buen pronóstico del mismo proceso psicoterapéutico atendiendo la importancia del papel fundamental de la alianza terapéutica por lo que respecta al resultado de la terapia (Botella y cols., 2008; Corbella y Botella, 2003, 2004; Horvath y Symonds, 1991).

Cómo síntesis general, nuestros datos muestran una evolución positiva en términos de reducción sintomática y alianza terapéutica en las ocho primeras sesiones de psicoterapia.

El presente estudio representa un caso prototípico de una persona que experimenta dificultades relacionales íntimas y sociales. Este trabajo ejemplifica cómo mediante el plan de tratamiento escogido, basado en una perspectiva integradora, el cliente va afrontando dichas dificultades, promocionando cambios en su estilo de relación, mejorando su seguridad y autoestima y reestructurando la significación que tiene de las emociones y personas. Los resultados muestran la evolución de la alianza terapéutica y nivel sintomático a lo largo de las ocho primeras sesiones.

Palabras clave: Alianza terapéutica, resultado, proceso, psicoterapia integradora, psicoterapia constructivista.

Notas del autor

- 1.- Agradezco al Dr. Lluís Botella la orientación y revisión de este trabajo en sus versiones previas.
- 2.- Parte de este trabajo ha sido presentado en el III Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Palma de Mallorca, 6-8 de Noviembre de 2008.

Referencias bibliográficas

- ANDRADE, N. (2005) La alianza terapéutica. *Clínica y salud*, 16,(1), 9-29.
- BOTELLA, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A. M, Herrero, O., Ribas, E. y Pedro, M. (2008) Predictors on therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18,(5), 535-542.
- CORBELLA, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: *Historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología*, 19,(2), 205-221.
- CORBELLA, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- CORE SYSTEM GROUP (1998) *The CORE System (Information Management) Handbook*. Leeds: Core System Group.
- EVANS-SCHAEFFER, H. (1998). The supervisory working alliance and the therapeutic working alliance: Similarity in supervisee's perceptions of each relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*, 59,(6-B), 30-55.
- HORVATH, A.O., y Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38,139-149.
- LAZARUS, A. (1989). *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive and effective psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- NOVICK, J. (2000) La motivación terapéutica negativa y la alianza terapéutica negativa. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 33, 35-54.
- TRACEY, T. y Kokotovic, A. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1,(3), 207-210.



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

centroitaca@gmail.com

LA PSICOTERAPIA COMO RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA. A PROPÓSITO DE UN PROCESO DE DUELO

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona
mvillegas@ub.edu

The article raises the psychotherapy as a process of reconstruction of the meaning of the experience. A selection of fragments of video recorded and transcribed therapy sessions is used in order to analyze step-by-step oscillations followed by the patient during the two years that lasted the therapeutic course. Written comments refer both to the process followed by the patient and to the procedure and interventions carried out by the therapist. In this way the passage experienced by the patient in his personal crisis is viewed as a transition from different levels of moral regulation to autonomy.

Keywords: Psychotherapy, change process, transcriptions, moral development, mourning, autonomy

Introducción: La dimensión semántica de la experiencia

La experiencia humana se caracteriza por su dimensión significativa, es decir por las connotaciones con las que revestimos a los acontecimientos vividos. El nacimiento de un niño no es un puro suceso natural, como pudiera serlo en el mundo animal, sino que va precedido de expectativas e ilusiones, acompañado de sorpresas y alegrías y seguido de proyectos y conjeturas sobre su futuro; o, por el contrario, puede ir precedido de miedos e incertidumbres, acompañado de depresión y de rechazo y seguido de abandono, descuido o sobreprotección compensatoria.

¿Cómo lo hacemos los seres humanos para otorgar tantos valores añadidos a los acontecimientos? Las concepciones simplistas de la psicología se limitan a reducir la experiencia humana a un repertorio de respuestas sensoriales, emocionales, motivacionales o conductuales primarias, neurofisiológicas en última instancia, reguladas por los mecanismos de refuerzo y castigo, o sea de placer y dolor. Por ejemplo, la adicción a las drogas o al juego de azar se explica suficientemente por la naturaleza adictiva de la sustancia, o por el valor reforzante del hábito. En una perspectiva reduccionista no entran para nada las variables simbólicas de tales

hábitos, como por ejemplo: las formas de vida alternativa o la expresión de rebeldía social, ligadas al mundo de las drogas, las cuales, a su vez, pueden convertirse en una anestesia para el dolor de la vida cotidiana, una evasión ante la dificultad de crecer o un paliativo frente a la angustia existencial; o, en el caso del juego, la persistencia patológica puede basarse en la creencia mágica en la buena suerte, la voluntad de desafío al azar o la arrogancia que no admite la derrota y apuesta hasta que sobreviene la ruina económica.

El ser humano es un animal *simbólico*, que busca sistemáticamente, de acuerdo con la etimología de la palabra (*συμβάλλειν* ‘simbalein’: poner todo junto), relacionar todas las cosas entre sí, dándoles un sentido o significado, como quien observa el aspecto figurativo de un tapiz mirándolo por el anverso, aun sabiendo que la imagen que se puede contemplar en ella es el efecto de un entramado de los hilos de distintos colores y tamaños que se entrecruzan con aparente desorden en su reverso. Éste es el origen de las más diversas religiones o, en su defecto, de los distintos sistemas filosóficos, que intentan otorgar un significado compartido para la experiencia humana colectiva: de dónde venimos, a dónde vamos, qué valor tienen nuestros actos, cómo nos debemos organizar socialmente. Nacen de la constatación de los límites del ser humano a la vez que de la conciencia de su trascendencia, empeñadas en dar una respuesta a todas y cada una de las preguntas que surgen de esta tensión dialéctica.

Igualmente, en el ámbito individual, cada uno de nosotros trata de dar respuesta a las preguntas que le plantea la propia existencia, esforzándose en otorgar una coherencia a los sucesivos acontecimientos que jalonan su vida cotidiana. El resultado de esta tendencia es la progresiva construcción de una historia o narrativa donde las vivencias no sólo se ordenan temporalmente sino también por su relevancia en relación al significado central de la misma. Esta es la razón por la que los acontecimientos humanos no sólo se relatan cronológicamente, sino que se organizan discursivamente. Aun los cuentos infantiles, carentes de datación cronológica, utópicos y ucrónicos, tienen una organización discursiva, un tema alrededor del cual la narración se estructura. La previsión es el eje central del cuento del Pulgarcito, la envidia el de la Blancanieves, la diligencia distingue a la hormiga de la cigarra, la vanidad lleva a la Ratita presumida a caer en la boca del gato, así como la falta de suspicacia le lleva a Caperucita Roja a caer en la del lobo.

De la construcción de un relato a la interpretación de una historia

Para la construcción de una historia necesitamos algunos componentes esenciales que los narratólogos reducen a tres: actores, escenario y acciones. Los actores son los personajes que intervienen y el escenario el contexto donde se lleva a cabo la acción. Probablemente, la dificultad que tenemos para recordar los acontecimientos de nuestra primera infancia proviene de la inmadurez narrativa característica de este periodo evolutivo. Ya en sus primeros años los niños empiezan a disfrutar con

las narraciones, los cuentos y las pequeñas historias que les explican los adultos, pero todavía son incapaces de articular un relato. Para ello se necesita un cierto nivel de desarrollo cognitivo, capaz de poder establecer secuencias temporales, atribuir intenciones, comprender relaciones causales y motivaciones psicológicas. Esta es la razón por la que el desarrollo de la competencia narrativa es una de las que más tardan en adquirirse dentro del arco de las diversas competencias lingüísticas.

Las narraciones se estructuran alrededor de un núcleo central constituido por una acción, cuya descripción da origen a la especificidad del acontecimiento, por ejemplo: una boda, un entierro, un viaje, una violación, un secuestro, una enfermedad, unas vacaciones, un salvamento en la playa, etc. Poder otorgar un nombre a la acción o secuencia de acciones, delimitando su naturaleza y duración en el tiempo es el principio de cualquier organización discursiva y el primer puntal sobre el que se asienta el trípode de la estructura narrativa.

Todo acontecimiento es desencadenado por un agente natural o humano: éste es el segundo puntal sobre el que se apoya el trípode de la estructura narrativa. Los agentes naturales tienen carácter impersonal y no se puede atribuir una finalidad intencional a sus acciones, a no ser que se las suponga manejadas por algún dios específico de la lluvia, el rayo o el trueno o que algún ser sobrenatural se sirva de ellas para premiar o castigar a la humanidad. Identificar los actores humanos, en cambio, significa no sólo ser capaz de señalar quién hace qué, sino porque, con qué fin, desde qué rol o posición en la relación. Es distinto si el autor de una violación es un desconocido que asalta a una mujer en un parque público o es un pariente próximo que se aprovecha de la relación existente. Los acontecimientos no se desarrollan en el vacío, sino que implican generalmente interacciones con otros actores en un medio físico o social. Las características personales y sociales de los otros actores y sus reacciones contribuyen igualmente a dar sentido al relato. Por ejemplo, no es igual la edad de la persona violada, su reacción pasiva o activa, su silencio o denuncia posterior para el significado que pueda adquirir este acontecimiento en su historia.

Finalmente, el escenario donde se desarrolla el acontecimiento constituye el tercer punto de apoyo del trípode de la estructura narrativa. En algunas ocasiones el escenario tiene un carácter determinante, en cuanto permite ciertas acciones y limita o excluye otras. Por ejemplo el escenario rural, latifundista del medio oeste americano donde se desarrolla el argumento de la novela y película homónima “Lo que el viento se llevó” o el ambiente cerrado y clerical de una pequeña ciudad decimonónica del norte de España, denominada “Vetusta” por Leopoldo Alas, el autor de “La Regenta”, son escenarios necesarios para el desarrollo de las tramas narrativas que se describen en las respectivas novelas.

Construir un relato requiere pues dar respuesta al menos a las siguientes cuestiones:

- ¿quién o quiénes? (*agentes*: personajes, que pueden ser actores o pura

- comparsa);
- qué (*acciones*, reacciones e interacciones);
- a quién o a quiénes (*destinatarios*: receptores);
- ¿dónde, cuándo, cómo, con qué medios? (*circunstancias*: escenario: lugar, tiempo, modo).

Naturalmente la complejidad de una acción puede hacer que los papeles de actor (quién) y receptor (a quién) vayan alternando, dando origen a una secuencia interactiva. Rebeca, por ejemplo, relata un episodio de abuso sexual por parte de su padre en los albores de la pubertad, identificando con claridad cada uno de esos parámetros narrativos:

“Estábamos con mi familia de camping (escenario), durmiendo en una tienda (lugar) mi padre, mi madre, mi hermano y yo (personajes), cuando mi padre (actor) abusó sexualmente (acción) de mí (receptor). Yo (actor) estaba acostada al lado de mi padre (actor), los dos en medio entre mi madre y mi hermano (comparsa). De repente, en la noche (tiempo) él (actor) se abalanzó sobre mí (receptor), besándome e introduciendo (acción) su lengua en mi boca y tocándome (acción) los genitales con la mano (modo). Yo (actor) apenas reaccioné (reacción) y me retuve (reacción) en silencio (modo) para no despertar (finalidad) a los demás (receptor). Al día siguiente (tiempo) yo (actor) conseguí cambiar (acción) mi puesto en la tienda (lugar) con mi hermano (receptor) para evitar dormir (finalidad) al lado de mi padre (receptor)”.

La narración del suceso es muy completa, aporta todos los elementos necesarios para construir un relato, pero no basta para incorporarla a una historia. Necesitamos saber qué **significado** le otorgó Rebeca a este suceso, de qué manera vivió esta experiencia, de qué forma influyó ésta en su proyección hacia el futuro, cómo le buscó la coherencia con el pasado. Esto significa que para construir una historia se hace necesaria una interpretación. Ésta es la responsable, en último término del significado que otorgamos a la experiencia.

Interpretar un acontecimiento implica connotar los **personajes** (relaciones, atributos, roles), identificar sus **intenciones** (para qué: finalidad), explorar sus **motivos** (por qué, causa), afrontar las **consecuencias** (efectos), ponderar las atribuciones de culpabilidad o **responsabilidad** (agentividad), evaluar su **valencia** (postiva o negativa), emitir un **juicio** axiológico (valores puestos en juego), reconocer su **incidencia** (cambios en el curso de la historia) etc. En el relato anterior no hallamos indicios de ninguno de estos requisitos. Sólo hay un par de referencias a las finalidades de la propia narradora, protagonista del relato: retenerse en silencio para evitar despertar al resto de la familia y cambiarse al día siguiente de lugar en la tienda con el hermano para evitar que el padre pudiera volver a intentar abusar de ella.

Las informaciones complementarias aparecen en relatos posteriores de Rebe-

ca a lo largo de varias sesiones de terapia. Estas informaciones vienen a completar la comprensión del significado que tuvo para ella esta experiencia. De acuerdo con ellas, sabemos que entre hija y padre existía una fuerte complicidad (*interacción*), que ambos se entendían muy bien en todos los aspectos, hasta el punto que la paciente tenía idealizado (*atributo*) a su padre (*relación*) y lo contraponía a la madre (*relación*) controladora y poco afectiva (*atributo*). En este contexto relacional el suceso de abuso sexual, inesperado e imprevisible, introducía un elemento de desorientación y confusión que dificultaba su integración en la continuidad de la historia (*efecto o consecuencia*).

La sensación inmediata de Rebeca fue de asco y rechazo físicos, pero estas sensaciones hacían referencia a su padre por quien sentía un gran afecto. Suponía, por tanto, una contradicción entre tendencias opuestas de proximidad y alejamiento. La situación contextual impedía, además, una reacción clara y definida, no sólo por no despertar a su madre y a su hermano, sino para evitar que los demás familiares pudieran darse cuenta de lo que estaba sucediendo entre ella y su padre. Tampoco podía comentar con ellos al día siguiente lo acaecido la noche anterior para no manchar la imagen idealizada del padre y por haberle jurado que no lo contaría nunca a nadie. Por eso tuvo que forzar la situación con su hermano inventándose cualquier excusa para cambiarle el sitio en la tienda.

Pero todo esto sólo solucionaba lo inmediato, no podía evitar que su sistema epistemológico entrara en crisis. Rebeca tuvo que hacer frente a otras muchas cuestiones derivadas de ésta, la primera de las cuales era encontrar una razón por la que se había producido el abuso. El padre se justificó diciendo que ella era muy cariñosa, que cada vez era mas bonita, que le prodigaba demasiados besos y caricias, y que él era un hombre, dando a entender que a los hombres les pasan estas cosas y que por tanto la culpa era más bien de ella por acercarse demasiado (*agentividad: atribución externa de responsabilidad y exención de culpabilidad*). Pero esto producía a su vez una connotación diferente: el cariño y las manifestaciones de afecto infantil pueden ser erotizadas unilateralmente por un adulto sin que eso corresponda a las necesidades del niño, sino a las del adulto (*evaluación: invalidación*). Esto incluye además otro mensaje: si quieres a una persona tienes que someterte a sus necesidades y complacerle. Mensaje que para una joven mujer (*rol: ser mujer es dejar de ser persona para cumplir un rol*) pre-puber significa además: querer a un hombre es someterse a sus necesidades y complacerle en sus impulsos, sin que ello implique necesariamente reciprocidad (*axiología: transformación del sistema de valores*).

Ante esta situación Rebeca tomó una decisión heroica: empezaría a buscar a otros hombres para que le alejaran del padre y así con catorce años se echó un novio formal, diez años mayor que ella con quien terminó por casarse a los veinte y de quien tuvo un hijo a los veintidós. Esta fue la primera de una serie de relaciones sucesivas con hombres maltratadores y alcohólicos que terminarían todas por

fracasar. Tales relaciones eran la consecuencia lógica de la decisión que había tomado de borrar de su memoria la existencia del abuso (*incidencia*). Cada día, dice ella:

“me venía aquella imagen y no sabía qué hacer con ella, era demasiado asfixiante y doloroso para mí hasta que creé un mecanismo de defensa: ‘era imposible que aquello hubiera sucedido’ Mi papá no podía haber hecho aquello a su niña, mi papá no, era el mejor del mundo; él me quería era imposible que me hubiera hecho daño... Yo sé el momento justo en el que empecé a grabarme como un mantra que no pasaba nada, que no había pasado nada, que debía olvidarme, que no podía estar pensando en esto... que esto no ha pasado, porque, de lo contrario, tú no vas a poder vivir. Yo me acuerdo que me decía a mi misma: ‘tú vas a ser una mujer, vas a tener ganas de estar con un hombre, esto no va a ser un trauma para ti’...”

Esta decisión determinó el sentido de su vida posterior, puso las bases para rescribir la historia desde la negación de una experiencia traumática. Sin embargo, el paso de los años no logró borrar el desajuste emocional, manifestado en múltiples episodios depresivos y una variada sintomatología psicósomática, ni evitar, como hemos visto, los fracasos relacionales. Por ello, a los 50 años Rebeca acude a terapia con el fin de rescribir nuevamente su historia integrando las experiencias negadas. En una carta dirigida a la niña que se durmió inocente y despertó culpable Rebeca le escribe lo siguiente:

“Hace cuarenta años que no te dirijo la palabra, hace cuarenta años que decidí hacerme mayor, no llorar, aguantar, olvidarte. Eras demasiado incauta, demasiado inocente y a la vez provocabas demasiado a los demás. Yo te he tapado la boca continuamente, te he castigado, te he controlado injustamente, porque tú no tuviste la culpa de nada... De repente en una noche te convertiste en adulta, no permití que te desarrollaras con naturalidad, que vivieras tu adolescencia... Estoy deseosa de hacer las paces contigo... querida mía, tú no tienes la culpa de haber amado y menos de haber manifestado tu amor: papá era nuestro gran amor y también fue nuestro fracaso. Pero tú no hiciste nada malo, tú no sabías, ni pensabas, ni deseabas, ni soñabas más que con un amor puro... no tienes la culpa de nada... Quiero hacer las paces contigo, quiero reencontrarme contigo en mí.”

El proceso de (re-)(co-)construcción de la experiencia en psicoterapia: el caso Raquel

Puesto que el individuo humano va adquiriendo, a pesar de todas las vicisitudes, conciencia de su permanencia en el tiempo, desarrolla una perspectiva que le permite relacionar el pasado con el presente y proyectarse en el futuro. Los continuos sucesos que van aconteciendo, o las situaciones por las que va atravesando tienen un punto en común que evita la formación de una experiencia fragmen-

taria, caótica o deshilachada como el reverso de un tapiz: dicen relación a él, le suceden a él y en base a esta referencia dominante se configuran como su mundo, se convierten en su historia.

En la medida en que este mundo es habitable y esta historia tiene continuidad la persona se siente proyectada en el espacio y en el tiempo. Puede continuar su flujo de experiencia sin temor, puede vivir su vida sin restricciones (Villegas, 1995, 1997, 2000, 2002, 2004, 2005) libremente. Kelly (1955) diría que puede anticipar los acontecimientos e implicarse en ellos, sin miedo a que su ciclo de experiencia se vea invalidado. A medida que el tiempo pasa y las circunstancias vitales, propias de las etapas evolutivas o efecto de acontecimientos, introducen elementos imprevistos en el ciclo de experiencia se produce una crisis en el sistema epistemológico con el que se venía interpretando la historia. Esta crisis no es fruto de una situación necesariamente traumática, puede tratarse de una simple inflexión evolutiva, de una carencia instrumental o de una dificultad adaptativa. En cualquier caso no es el trauma, sino la existencia de una crisis la que resulta determinante en la reorganización del significado. Esta reorganización puede suponer un avance en la complejidad y funcionalidad del sistema, o, por el contrario, puede implicar una desorganización patológica del mismo.

Cuando los pacientes acuden a terapia presentan una historia que viven como truncada o amenazada, o tal vez, ni siquiera, nunca consolidada. Algunos, arrastran desde la infancia o la adolescencia una dificultad o déficit de significado en su historia, afirman que no han estado nunca bien o que siempre han estado mal. Para otros existe un antes y un después: todo iba bien hasta que entraron en una relación o salieron de ella; hasta que faltó alguna de sus figuras de referencia; hasta que apareció el temor imaginario a enfermedades o se despertó el sentimiento de culpa; hasta que tuvieron un conflicto laboral, fueron víctimas de una violación o de algún accidente. Otros, finalmente, “no saben muy bien lo que les pasa”, pero últimamente se sienten mal sin poder definir el origen de su malestar, o simplemente se sienten desorientados o desmotivados. En todos estos casos la terapia constituye una ocasión para dar un nuevo significado a la experiencia o retomar el que potencialmente se hallaba inscrito en el proyecto inicial de su existencia. De este modo la terapia se puede entender como un proceso de resignificación de la experiencia.

Nos parece especialmente ilustrativo a este respecto el caso de una paciente de unos 38 años a la que llamaremos Raquel, que, de manera particularmente dramática, nos permite asistir al momento del estallido de la crisis que pone en juego todo su sistema de creencias, dando origen a una intensa reacción depresivo-ansiosa, a la vez que nos muestra con todo detalle el proceso de resignificación que laboriosamente lleva a cabo durante casi dos años de terapia en grupo.

Raquel ha sido diagnosticada desde hace dieciocho años de una hepatitis C, contraída a causa de una transfusión sanguínea con sangre contaminada. Se ha sometido voluntariamente a un tratamiento experimental que presenta notables

efectos secundarios, tales como caída del cabello, pérdida de peso y deficiencia inmunológica, con las consiguientes complicaciones que la acompañan. Una revisión del tratamiento experimental al cabo de un año, demuestra no haber conseguido mejora alguna ni esperanza de conseguirla respecto a su dolencia inicial, de modo que, de acuerdo con su médico, decide abandonar el tratamiento, volviendo a renacer el cabello, recuperar los niveles habituales de resistencia inmunológica y restaurar su peso natural.

En el momento de entrar en el grupo de psicoterapia Raquel se halla recuperada de los efectos del tratamiento, respecto al que guarda una profunda decepción. Pero no es éste, sin embargo, el motivo que la lleva a buscar ayuda psicológica. Éste se expresa ya en la primera sesión entre sollozos de desconsuelo y gestos de desesperación. Su padre, al que se halla muy apegada emocionalmente, ha sido diagnosticado hace poco de cáncer de pulmón, lo que le lleva a anticipar un ineludible y próximo final.

La razón de su apego al padre parece, a primera vista, paradójica. El padre, bebedor alcoholizado, ha sido un maltratador despiadado de la mujer durante todos los años de vida conyugal, hasta el punto que habiendo tenido dieciocho hijos de ella, de los que sólo han sobrevivido doce, la paciente los considera, incluida ella misma, fruto de otras tantas violaciones. Todavía recuerda con horror haber asistido a las palizas que el padre daba a la madre desde una habitación contigua, donde se encerraban todos los hermanos para no ver –“ojos que no ven”– lo que estaba sucediendo, pero sin poder evitar oír los gritos de dolor de la madre, mezclados con los de furia del padre, mientras ella miraba consternada al resto de sus hermanos, esperando que alguien se decidiera a intervenir para evitar o poner fin a aquella degradante situación.

Reprocha, evidentemente al padre esta conducta, pero a la vez se muestra comprensiva con él, puesto que toma en consideración las circunstancias personales que rodearon su infancia y juventud. Huérfano desde corta edad –su padre murió en la guerra y su madre en la cárcel junto a uno de sus hijos en la inmediata postguerra– creció, desatendido en lo básico, de forma marginal, acogido en un asilo del auxilio social, alistándose cuando tuvo edad para ello en la Legión. Allí aprendió todo lo que sabe y es capaz de hacer: aprendió a beber y aprendió a usar la violencia directa como medio para resolver los conflictos y los malos humores. Cree en consecuencia que su padre es más bien víctima de sus circunstancias que verdugo ejecutor de sus iras y se siente en la obligación de reparar la falta de amor que ha sufrido el padre, con la entrega oblativa del suyo.

Con la madre se muestra también compasiva, pero le reprocha no haber sido capaz de haberla librado a ella y a sus hermanos de aquel infierno, de haber sido cobarde por no haberse separado del marido y haber buscado una vida más conforme a las posibilidades reales de la familia, limitando el número de hijos y preocupándose por su educación. La disculpa igualmente a causa de su ignorancia,

de las circunstancias de su época, de las influencias de la familia y del medio social. Acusa particularmente a la abuela y a las tías por no haberla apoyado y no haber cortado aquella situación, dado que eran las personas adultas más próximas a ella que hubieran podido intervenir y poner fin a aquella barbarie.

Toda la vida de Raquel se ha estructurado en función de esta situación familiar, hasta el punto que ha dedicado todos sus esfuerzos a conseguir repararla. Ha intentado realizar en su vida las que considera hubieran sido las ilusiones de su madre: ha tenido sólo dos hijos y ha construido una casa de dos pisos, que hubiera sido el sueño de ella. Incluso durante un tiempo se llevó los padres a vivir a esta casa: les cuidaba y miraba de hacerles la vida agradable; llegó a pagarles un viaje a Mallorca y a las Canarias, que para el padre fue algo extraordinario. Pero esta situación idílica se vio interrumpida por causa de una hermana menor que pleiteó con ella por motivo de un negocio que tenían en común. A pesar de que Raquel le entregó el negocio a la hermana con notable perjuicio para su propia economía y su realización profesional, las repercusiones de esta desavenencia influyeron en que los padres tomaran partido por la hermana y se marcharan de su casa.

El dolor y el desespero actuales de Raquel tienen que ver con la percepción del acortamiento de vida que amenaza al padre. Siente que su necesidad de redimirle no va a ser posible a causa del poco tiempo que le queda de vida. Esperaba que lo que ella no consiguiera en esta vida, lo obtuviera al menos en la otra: que Dios se apiadara de él y le acogiera en su regazo en el momento de su muerte. Pero ahora se ha desatado una crisis de fe a causa de todos estos acontecimientos: ha dejado, según sus palabras, de creer en Dios y de creer en los hombres.

Inicia la terapia a finales de octubre de 2001 y finaliza en noviembre del 2003. Se trata de una terapia de grupo en el contexto del ámbito asistencial público, donde los asistentes dan su permiso para registrar las sesiones en video y hacer un uso didáctico de ellas. Los textos o fragmentos que vamos a transcribir literalmente, aunque con algunos retoques estilísticos y recortes en su longitud con la omisión de aquellas partes no pertinentes al tema, corresponden a nueve sesiones a lo largo de dos años de terapia, de principio a final de su proceso, convenientemente fechadas y con el título original con el que fueron designadas. Los nombres de las participantes han sido modificados y otras referencias alteradas o simplemente omitidas.

Aunque la protagonista de nuestra historia es la paciente a la que hemos llamado Raquel, aparecen otras compañeras en el grupo, particularmente Ana y Ceci, cuyas historias dialogan entre sí, y que hemos querido mantener en gran parte por su contribución al progreso del diálogo y del proceso terapéutico. Circunstan- cialmente aparecen en el texto otros interlocutores, cuyas historias no han sido consideradas por motivo de brevedad y coherencia, pero cuyas intervenciones se mantienen en su función interlocutoria.

La transcripción se presenta en dos columnas, la de mayor tamaño con un cuerpo de letra en cursiva corresponde a los textos del diálogo transcrito, la de menor

tamaño en un cuerpo de letra regular está constituido por comentarios o glosas, orientados a hacer más comprensible el proceso de transformación de la experiencia, señalando las diferentes fases por las que atraviesa la crisis del sistema, desde su destrucción hasta su reconstrucción, jalonadas por frecuentes oscilaciones que se ponen de manifiesto en continuos cambios de estado de ánimo. Se subrayan igualmente las intervenciones terapéuticas que acompañan a la paciente en su proceso personal, así como los cuestionamientos y las reformulaciones orientados a facilitar la evolución de la zona de desarrollo proximal. Las sesiones transcritas corresponden a la 4ª, 5ª, 25ª, 26ª, 35ª, 44ª, 52ª, 56ª y 60ª con la que termina la terapia de Raquel. En la cuarta, titulada “Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?”, que puede considerarse su sesión inaugural, plantea claramente su problema haciendo referencia a un estado de irritación constante que no comprende y que la hace sentir muy mal consigo misma y con los demás:

<p>23 / XI / 2001 (Sesión nº 4) “Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?”</p> <p>RAQUEL: <i>Últimamente me descontrolo por nada. Estoy muy mal. Lo que ha cambiado es que estoy siempre enfadada. Me enfado con mi marido. Por nada. Estoy siempre enfadada. He cambiado unas cosas por otras; antes era muy celosa; no podía soportar que mi marido mirara a otra mujer, ni por la calle, ni en la tele... No hacía más que comer. Me escondía. No estaba bien conmigo misma... Ahora eso ha cambiado por un enfado constante. Estoy siempre enfadada. En todo. Contesto mal a mi hija. No entiendo qué me está pasando. Estoy enfadada por todo... Porque debería estar bien y estoy mal... Estoy enfadada con todo, con las cosas que creía y ya no las creo (llora)...</i></p> <p><i>Antes creía mucho en Dios, y ahora no creo... Cuando estuve tan mal me aferré a la fe y me iba muy bien. Me paso todo el día pensando que no existe Dios, que qué injusto es, porque si realmente existe cómo quiere que yo crea en él. Porque ¿qué hace por mí?; no hace nada, ni por mí ni por mi padre. Porque no hace nada por nadie..... Son tonterías que me pasan por la cabeza. Y lo veo todo negativo y no puedo cambiarlo. Mi rabia es más fuerte. ¿Por qué estoy enfadada? Es que no lo sé. Es una mezcla de pena, de tristeza y rabia...</i></p> <p><i>Últimamente no me quiero levantar; me quedaría durmiendo. Si no me levanto, no me entero. Y si me levanto hago lo que puedo, que me cuesta mucho hacer las cosas. Estoy tirada en el sofá. Porque cuando vienen y me preguntan qué quiero, salto; no quiero hablar.</i></p>	<p>Presentación del problema: Estado de ánimo: Irritación constante de origen inespecífico</p> <p>Crisis epistemológica del sistema: Dudas de fe, desmoronamiento de las creencias</p> <p>Estado de ánimo: Depresión y desconcierto</p>
---	---

Y no sé si las cosas que estoy pensando son reales o no lo son. No sé si veo las cosas como son o algo en mí se está volviendo loco. Y que esté tan mal. No lo entiendo. Realmente no sé por qué.

TERAPEUTA: *Has dicho que cuando te preguntan, saltas. Que antes te ponías celosa y ahora está enfadada con Dios, con todo el mundo.*

RAQUEL: *Mepregunto: “¿dónde estás? ¿Dios mío, dónde estás?... Tal vez cuando muera y vuelva a nacer... Lleno el tiempo así. Hace más de un mes que estoy así. Cuando empecé el tratamiento que ya empecé a estar bien yo, estaba muy bien yo, yo estaba que tocaba el cielo... Y de repente mi padre coge cáncer... Y es cuando me dije no puedo más. Pienso que será eso (llora)... Yo estaba yendo todos los días a la quimioterapia, acompañando a mi padre. Pero de repente ya no voy a verlo, tampoco. Pero no sé por qué no voy. Tal vez porque si no lo veo no sufro... Mi hija está con depresión y seguro que es culpa mía; porque si yo no estoy bien, cómo va a estar bien ella... Yo no sé si siempre ha sido igual... En la visita que tuve con el médico me dijo que todavía seguía teniendo el virus; también me entró rabia... Mi cabeza está embotada*

TERAPEUTA: *Lo que no entiendo muy bien es si empezaste a sentirte tan enfadada después de la visita al médico o a propósito de la enfermedad de tu padre.*

RAQUEL: *Todo fue en el mismo mes de septiembre. Yo estaba ilusionada. Esperaba la visita del médico (en referencia al control del tratamiento experimental). Me había vuelto a crecer el pelo, había engordado. Pensaba: “ves lo has pasado mal, pero lo has conseguido”. Fui a la visita y el médico me dijo que no, que no había vencido el virus. Había cambiado la dieta, los hábitos de comida... Pensé que nada había servido de nada; que no había valido la pena. Y a los pocos días va mi padre al médico y el médico le dice que tiene cáncer de pulmón.*

Lo que yo sentí en la consulta del médico fue rabia, pero respecto a mi padre sentí tristeza, mucha tristeza. No sé que conexión hay entre una cosa y otra; y no sé cómo desentrañarlo... Yo pensaba: “si yo consigo aguantar hasta el final (del tratamiento), conseguiré matar el virus”. Como estaba con la fe pensaba: éste será mi premio. Y me agarré tanto a la fe y a mi premio... A veces pienso que yo soy así. Algo no está bien en mi cabeza

TERAPEUTA: *Algo no está bien en tu cabeza, o tal vez en tu corazón. Es la rabia. Ahora no por casualidad esta rabia se vuelve contra Dios, porque Dios es el depositario de tu fe. Esta fe, al no...*

Estrategia
terapéutica:
Síntesis y
exploración

Estado de ánimo:
Frustración y
desesperación

Estrategia
terapéutica:
Delimitar el
problema

Crónica de los
hechos:
el tratamiento no
ha servido de
nada y mi padre
tiene cáncer de
pulmón

Reacción
emocional:
Rabia y tristeza

Estrategia
terapéutica:

RAQUEL: (interrumpiendo) *Es que yo había confiado mucho en Dios. En mi casa no se creía en nada... Pero yo recuerdo que cuando mi padre pegaba a mi madre nos metía en una habitación y yo estaba en un rincón siempre y hablaba con Dios y le pedía que nos salvara ya, que lo curara. Tendría seis o siete años. Yo crecí siempre hablando con Dios, y cuando he pasado un mal momento me he dirigido a él. Lo había hecho como un amigo para mí... Me había refugiado mucho en él... Y ahora cuando le paso cuentas descubro que no está, y me duele descubrir que no está; y me paso los días soñando con eso.*

TERAPEUTA: *Ese Dios con el que hablabas, imaginario o no, representaba el deseo de que las cosas fueran de otra manera. Ante la impotencia del niño para cambiar la realidad... No podías cambiar a tu padre. No podías cambiar que tu padre dejara de pegar a tu madre. Tú eso lo sentías como algo malo, pero no podías hacer nada. Te refugiabas en tu parte buena. Ese Dios representaba tu parte buena que quería que las cosas fueran de otra manera. Pero pedías como un milagro y el milagro tampoco llegaba. Ese milagro nace de ese deseo, de esa necesidad, buscabas un poder superior. Y ahora toda esa fe que has puesto no ha tenido el premio que tú esperabas. Y eso te produce mucha rabia... Tal vez has esperado que mágicamente llegara alguna fuerza de fuera, en ese caso del más allá y lo solucionara todo. Y te ha fallado ese alguien porque tal vez no existe o, si existe, ha dejado que el mundo y las personas seamos libres, y por tanto no interviene. La cosa es que no ha intervenido... Tal vez esa crisis te pueda llevar a entrar en contacto contigo misma. De niña no podías hacer nada, pero de mayor tal vez puedas hacer algo. Tal vez no para cambiar la realidad, tal vez no puedes con el virus, pero tal vez puedes con la tristeza. Porque la tristeza es nuestra, mientras que el virus viene de fuera. ... En tus deseos había siempre una parte de bondad. Esta parte de bondad la puedes recuperar. ¿Tú, qué querías para tu padre?*

RAQUEL: *Yo es que he intentado siempre justificarlo. He intentado que mi madre lo entendiera. No estaba en mi poder eso; pero lo he intentado: que si mi madre lo trataba bien, era bueno, que lo tenía que tratar bien. Es lo que yo decía siempre a mi madre: “trátalo bien; cuando venga mal no le digas nada”. Entonces yo ahora pensaba “ya son mayores; nunca han sido felices; siempre han sido unos desgraciados; pues por lo menos... que puedan disfrutar en su vejez, y no... ¡Un cáncer! Parece un castigo ¿no? Y eso me hace*

Discrepancia

La función de la fe:

Consuelo,
compañía y
esperanza

Estrategia
terapéutica:

Reformulación.
La crisis puede favorecer el pasaje de un estado “niño” a un estado “adulto”

Fracaso del
proyecto
existencial de
Raquel: Intentar
que los padres se
llevaran bien y

sentir mal.

TERAPEUTA: *Tú interpretas estas situaciones en términos de premio y castigo. Y ¿quién da el premio y quién da el castigo?*

RAQUEL: *Si existiera, Dios..., pero como no existe... A veces he intentado que mis hermanos estuvieran bien con mis padres. A veces lo he conseguido, porque la mitad no les quiere, no les pueden ver. Yo siempre he pensado que siempre se puede perdonar, pero nunca había pensado que los demás son libres de hacerlo.*

TERAPEUTA: *¿Y ahora qué piensas?*

RAQUEL: *Que no es tan difícil perdonar; que todo el mundo se equivoca. Que no se puede mantener el rencor toda la vida. Yo les he perdonado; mis hermanos mayores también; los demás no. También están enfadados. Mi madre también tiene tela; es como es. Supongo que a consecuencia de su mala vida, de lo que le ha pasado con mi padre; tampoco nos ha querido. Yo siempre pienso que soy fruto de una violación; y como yo cualquier otro hermano. Entonces no puede tener nada con nosotros. Siempre ha sido mala madre. Buena porque nos mantuvo a todos juntos, pero mala porque critica a sus hijos. Mis hermanos, pues, no se lo perdonan... Yo ya sé que la vida no es un cuento; pero yo estoy metida dentro de un cuento y lo peor es que lo pagan mis hijos, mi marido; no sé porque me enfado con ellos...*

TERAPEUTA: *Estás enfadada con Dios.*

RAQUEL: *Pero muy enfadada... Es que a veces en mi interior me enfado con Él como provocando, como poniendo condiciones: "Bueno haz una señal, tanto para bueno como para malo. No quiero tener que esperar a morirme para que me diga: ¡Eh que estoy aquí!*

TERAPEUTA: *A Él no puedes perdonarle.*

RAQUEL: *No; no es justo... Yo a mis padres me los llevé a mi casa a vivir, para demostrarles que ser feliz es una cosa de la mente. Fíjate que curioso que diga yo eso... Si os quisierais un poquito... Fueron a Mallorca, fueron a Canarias. Les demostré que podían ser felices que no eran tan difícil*

TERAPEUTA: *Tú desde pequeña tuviste esa sensación de que aquello era algo que no se podía tolerar; pero a la vez quisiste comprender por qué. Porque pensabas que comprendiendo ayudarías a que aquello se solucionara. Tú has comprendido, pero ellos no han comprendido; ni han comprendido que tú has comprendido. Y a lo mejor no tienen nada que comprender, sino que delante de la vida se han puesto en una posición de supervivencia,*

fueran felices

Atribución
externa y
culpabilización
de la madre

Reto a Dios:
la fe sometida a
prueba

Reformulación
terapéutica:
Con el amor no
basta

con doce hijos. Y de aguantar; y de tirar adelante y de no enterarse. De llevar una venda en los ojos, porque parece que tu madre no se quejó nunca. [R: No]. A nivel psicológico el peso que tú te has puesto encima, esa especie de compromiso contigo misma de liberarlos, de sacarlos adelante, por una parte indica una gran sensibilidad y un gran amor; pero por otra parte se ha demostrado que hay cosas que no puedes conseguir. Y que no puedes vivir tu vida viviendo la vida de tu madre, como dijiste el día anterior, sino la tuya. Y ahora, esta fe tan grande de alguna manera es una fe que has puesto en Dios; pero que también has puesto en tu poder. Tú has pensado que tenías un poder...

RAQUEL: ¿Yo? El poder que pensaba tiene Dios.

TERAPEUTA: Eso; y por eso ahora te has enfadado tanto. Porque de alguna manera ha fallado lo que desde pequeñita habías creído.

RAQUEL: Eso.

TERAPEUTA: Ha funcionado en la imaginación, lo que creías que llegaría en la realidad.

RAQUEL: Claro; supongo que sí. Ha sido cuando ha fallado.

TERAPEUTA: Eso te ha conectado con tu impotencia. Es doloroso darse cuenta. Después hay un proceso de aceptación, de reconciliación con la realidad y de humildad, de tocar de pies en el suelo.

RAQUEL: Pero eso ¿cómo se hace?

TERAPEUTA: Nadie lo sabe. Va sucediendo. Lo que pasa es tú ahora estás en un momento fuerte de crisis en que se te ha caído todo. Y necesariamente vas a pasar por un tiempo de dolor, de llanto, de pena y de tristeza. Pero si eso lo usas no para desesperarte sino para integrarte, aprender de tus límites..., tu capacidad de amar, eso nadie te la quitará. Lo que le quita es el poder a ese amor.

RAQUEL: (rompe a llorar amargamente, doblando todo el cuerpo, durante largos minutos). No lo soporto, no lo soporto (gimiendo). Es que yo cuando estoy triste sólo pienso en Dios. Y ahora que pasa todo eso no está, no está en ningún sitio (desesperada)... ¿Cuándo mi padre se muera ¿qué pasará? Eso no es justo, no es justo (se ladea, apoyándose en el brazo de la silla para llorar). No es justo. No puedo Dios mío... es que ¿por qué pienso en Él?

TERAPEUTA: Porque has creído.

RAQUEL: Dios mío..., no es justo..., no es justo. No lo soporto (gimiendo y llorando). Tanta gente que se muere...; estamos solos, no hay nadie (con las lágrimas entrecortadas y sollozando) No puedo más (llora intensamente con el cuerpo doblado sobre sí

Reformulación terapéutica:
Sensación de impotencia y fantasía de prepotencia

Reformulación terapéutica:
La función evolutiva de la crisis: aumentar la complejidad del sistema a partir del reconocimiento de sus límites

Estado de ánimo:
Desesperación y sentimiento de injusticia

mismo, durante varios minutos).

[En el grupo se produce un silencio tensísimo. Algunos muestran de forma muy contenida su incomodidad. Yazmira, una paciente del grupo, se pone a llorar manifiestamente. El terapeuta la invita a hablar]

YAZMIRA: *A mí lo que me sabe mal es su dolor. Yo estoy bien, pero me sabe mal que sufra.*

TERAPEUTA: *Sientes su dolor*

YAZMIRA: *Me sabe mal que sufra, pero sé que saldrá de esa.*

TERAPEUTA: (dirigiéndose a Raquel) *Lo ves, no estás sola. Yazmira está llorando contigo.*

YAZMIRA: *Tengo ganas de abrazarla.*

RAQUEL: *Yo siempre he confiado que Dios estaba y cualquier día todo tendría un sentido. Había creído en una cosa, un ser que algún día nos va dar una recompensa, después de una vida de sufrimiento; para todo el mundo. Pero ahora, para cualquiera que se muera, se acabó. No somos nada, no somos nadie. Qué más da lo que sufras hoy, si no tienes recompensa mañana. No tiene sentido; nada para mí tiene sentido ahora... ¿Para qué he tenido dos hijos? Para que sufran, para que se mueran. No puedo (rompe a llorar de nuevo largamente)... Para mí ya no tiene sentido. Para mí, cuando recibí la enfermedad que tengo (la hepatitis C) pensé: “Bueno tengo que aprender algo. A lo mejor he ido demasiado deprisa en mi vida y tengo que ser más paciente y más sensible con los enfermos, pero ¿ahora qué sentido tiene: que enferme, que me muera, que se muera mi padre, que se muera mi madre, que se muera nadie? Para mí no puede ser... El caso de las torres gemelas de Nueva York (en alusión a su destrucción el 11 de septiembre por los comandos suicidas) no tiene nada que ver con mi vida. Pero cuando sucedió empecé a rezar por esa gente que no tiene culpa de nada, para que Dios lo recoja, los abraza. A veces pienso que Dios los recoge, los atiende. Pero ahora ¿quién los va a recibir, si no hay nada? No hay nada, no hay nada (sollozando y entrecortada) no hay nada, y eso no puedo soportarlo.*

YAZMIRA: *Yo le veo que es como si no hubiera podido terminar su misión que para ella era la de hacer cambiar a sus padres y que su vida fuera bien. La muerte es como el paro definitivo, la seguridad de que no podrá reformarlos.*

[El grupo comenta sobre las posibilidades de cambio personal en contraste con la ilusión de querer cambiar a los demás. Ya casi al término de la sesión Raquel expresa que cuando llegue a casa va a

Apoyo del grupo

Crisis epistemológica del sistema: Cuestionamiento sobre el sentido de la existencia

Perífrasis o síntesis interpretativa: la muerte como límite de las posibilidades de la existencia

tirlo todo, imágenes de santos, estampas, cruces y las va a quemar. A este propósito comentará en la siguiente sesión que cuando las quemó salió de la pira sólo humo, cuando todavía esperaba que saliera alguna señal, alguna voz que dijera: “¡Eh, no me quemes, que estoy aquí!”].

30 / XI / 2001 (5ª Sesión)
“Sólo humo”

TERAPEUTA: *Y qué, ¿cómo estás?*

RAQUEL: *(suspira) No quiero hacer nada en casa, no sé si es que no puedo..., no duermo por las noches, me pongo muy nerviosa, no puedo dormir por la noche y sólo estoy pensando por la mañana que quiero dormir, que quiero dormir. Me siento cansada. No puedo, y si no, tengo ganas de llorar; lo he pasado muy mal. Después del viernes cogí todo lo que yo tenía, crucifijos, biblia..., todo. Encendí el fuego y lo quemé y pensaba que saldría algo...*

TERAPEUTA: *Humo*

RAQUEL: *Sólo salía humo (expresión de decepción)*

TERAPEUTA: *¿Qué pensabas que saldría?*

RAQUEL: *Que en el fondo había algo...que como a mí me había fallado tanto [T.: aja] Pensaba que mientras quemaba los crucifijos alguien saldría y me diría “estoy aquí”, pero no es así. Pero no es así....y bueno, a partir del viernes estuve llorando mucho. El lunes, martes, miércoles..., estaba muy triste, muy mal. [T.: aja] No podía hablar, y lo único que he pensado es que bueno, que tengo que hacer algo yo ya, que tengo que tomar las riendas, ¿no? [T.: sí] Que hasta ahora pensaba que Él me iba a ayudar, que todo iba a ser maravilloso. No hay nada maravilloso, la vida es una lucha y que tengo que reaccionar, y entonces me dediqué a echar currículums y a buscar trabajo porque si me quejo de que la vida no me va muy bien, tengo que actuar por mí y... Y eso, pues buscar trabajo que más o menos que crea yo que pueda hacer, porque claro... también llevo tiempo pensando que a lo mejor no voy a poder trabajar nunca más... que no voy a tener fuerza... Entonces, ayer me dediqué a pasear por las tiendas para ver si pedían dependientas, entregué dos currícula y luego, pues no sé... O sea, por la noche lo paso mal, porque estoy tan acostumbrada a hablar con alguien, con eso mágico (alza la mano com indicando a Dios), pues me agobio, no sé con*

Estado de ánimo:
inquietud y abatimiento, fruto de la decepción: no se ha producido ninguna señal divina

Crisis epistemológica del sistema:
Fracaso del pensamiento mágico (nivel pre-operatorio) ante la prueba empírica (nivel operatorio)

Reacción moral:
Asumir la responsabilidad de la vida de forma operatoria o concreta: buscar trabajo

quien tengo que hablar ni qué tengo que sentir (hace un gesto con la mano como de rabia)... y lo único que me digo es que tengo que ponerme bien, que encontraré trabajo y si no pues... bueno, que... es que no sé que decirme! (sonríe)

TERAPEUTA: *Bueno, de repente te encuentras como sin un referente y...*

RAQUEL: *Claro... A veces yo pienso que nos equivocamos. Al decir "estoy enfadada conmigo", y yo creo que no estoy enfadada conmigo, sino con la situación que tengo, porque, lo que no puedes hacer es sentirte culpable tú de todo lo que te está pasando, porque aún así te vas a ir sintiendo peor, no vas a ver salida. Yo por ejemplo, para mí es muy fácil hablar, porque yo me siento en un pozo, y miro arriba y no veo nada. Pero estoy segura... estoy aquí, porque estoy segura de que tengo que salir; pero lo que no se puede hacer es sentirse uno tan mal y encima culpable, porque a mí me ha pasado, yo, me enfadaba y lo más que hacía era irme a mi habitación, para no molestar, pero bueno también te digo que tengo que ser fuerte y tengo que pensar "oye, voy a asumir que estoy sintiendo esto y lo voy a decir", y caiga cómo caiga... es que se puede malinterpretar. A mí me ha costado decir, me siento triste, necesito que me queráis, pero a mí eso no me importa decirlo, pensé que tenía que hacerlo, que ya era hora, y la verdad que he ganado, porque les he dado tranquilidad, porque cuando no era capaz de pedirlo, siempre estaba irritada, irritable, enfadada, por nada me ponía histérica, y entonces los demás pensaban "qué borde que es..." y en realidad yo luego pensaba, "pero qué estúpida, si lo que quiero de ellos es cariño, los estoy separando de mí" y yo volvía y decía "pues soy blanda, soy lo que quieran pensar pero yo los necesito y necesito ese apoyo de ellos y que sepan que siento, que padezco, que soy... una persona normal y corriente" y te puedo prometer que desde que fui sincera y dije que necesitaba que me escucharan que incluso sólo aunque me dieran un abrazo cuando no supieran qué decirme, a mí ya me llenaba, que yo no pretendo que ellos sean mi psicólogo, porque yo no puedo serlo de mí, pero sí que necesito que me den un abrazo o incluso que me cojan la mano y me digan "estoy ahí contigo", porque si no puede ser un trauma. Si alguien te hace algo que a ti te duele, si no se lo dices a lo mejor esa persona no es consciente tampoco. Yo asumí que estoy sola, que todo va a depender de mí, no la vida de los demás, sino mi vida va a depender de mí! que*

Reorganización del sistema de construcción moral:

Superación de la perspectiva heteronómica: eliminación del sentimiento de culpabilidad. Capacidad y aceptación de la necesidad de pedir ayuda en forma de afecto, consuelo o compañía. Asunción de responsabilidad y autonomía

lo que yo no haga para mí no me lo va a hacer nadie, y eso lo descubrí la semana pasada.

TERAPEUTA: *lo descubriste aquí la semana pasada...*

RAQUEL: *Sí... Pero yo lucho, ¿no? Y ya sé que estoy sola. Y que las cosas no se van a cumplir, todos mis sueños, todo lo que yo he deseado. Pero sí puedo entender que todo va a depender de mí, que yo ya no puedo decir, Dios mío cuando mi hijo vaya en moto que no le pase nada, porque sé que todo va a depender de él, de cómo lleve la moto, de cómo el que venga de frente. Que parece mentira, pero yo la semana pasada me di cuenta de la realidad de la vida, y ya tengo 38 años, y me he vuelto, con los pies en el suelo por mucho me pese y me duela, estoy sola y tengo que asumir mi vida, no puedo decir, me quejo porque, por ejemplo, no tengo dinero, pues oye yo voy a trabajar; pues no me quiere nadie, oye yo voy a querer, porque fijate que mi madre ha sido una persona despegada, por la vida que ha llevado, ya no la hago culpable, porque mi madre no sabe dar un beso, dar un abrazo a un hijo, porque no lo siente. Pero yo lo siento, y se lo he hecho; y el otro día fui a casa de mi padre, porque tenía que llevar la radio, y de golpe le fui a dar un beso a mi madre, y vi que se quedó quieta, que estaba esperando, y pensé pues algo he conseguido... En el fondo me tengo que sentir orgullosa, por mucho que me duela el saber que estoy sola, que no existe nadie, que no sabía nadie,... tengo que sentirme orgullosa y pensar bueno, la vida es dura, y me va a costar trabajar ahora, y me va a costar asumir muchas cosas, pero es que realmente estoy sola, y lo que yo no haga por mí, nadie lo va a hacer. Yo pienso que hay que ser fuerte para asumir lo que nos venga, porque es duro, pero es así, a veces también elegimos las cosas, ¿no? Si yo me he callado y nunca he dicho “papa, te quiero”, mi padre, cuando Dios venga y le diga, “es que tu hija te quería”. “No”, diría él. O sea, yo eso lo descubrí el viernes pasado, o se lo digo yo, o no se lo dice nadie. O le digo “papa tengo miedo, tengo miedo por ti” o no se lo va a decir nadie; igual que puedo decir: “necesito el cariño de los demás”, tengo que decirlo... Y yo pienso que es duro, pero es así... Yo me pregunto una cosa, que la sensación que tengo cuando entro a mi casa que no puedo... es sensación de eso, es que no puedo explicarlo... es simplemente eso, que no puedo. Se me cae la casa encima, la faena la veo horrible, y sensación de esconderme, o sea, irme a la cama, dormir, y hasta que vengan; algún día se me irá?*

Reorganización del sistema de construcción moral:

Asunción de iniciativa y responsabilidad. Pensamiento realista y adulto: introducir cambios en las relaciones. Saber pedir afecto y atreverse a expresarlo

Estado de ánimo:
Permanencia de la reacción angustiosa y claustrofóbica

TERAPEUTA: *Si se te cae la casa encima es porque tú necesitarías abrirte al mundo y no encerrarte en casa, ¿no?*

RAQUEL: *Yo he padecido mucho estas pesadillas... tiempo atrás, que se me repetían. Y el día que no soñaba eso, soñaba algo terrible que me levantaba chillando, con el sueño de que me habían desnudado, ¿porque me habían desnudado por la calle? Eso es terrible para mí, y además sudo, me tengo que cambiar el pijama,... o sea, tengo, yo supongo que es mucha ansiedad en la noche.*

TERAPEUTA: *Pero hay que pasar por ello.*

RAQUEL: *pero es que ha sido muy duro.*

TERAPEUTA: *Sí, ha sido muy duro.*

RAQUEL: *No puedo, no puedo, ha sido una vida viviendo con...*

YAZMIRA: *Yo quiero decirte que ahora hablas así porque está abriendo el cajón, y estás,...*

RAQUEL: *No podré creer ya, si no lo veo.*

YAZMIRA: *No lo sé, pero por si acaso, yo esto no lo sé ni tú tampoco.*

RAQUEL: *Ya lo he quemado, ya no quiero nada.*

YAZMIRA: *Pero puedes que luego lo puedas volver a colocar.*

RAQUEL: *Para mí fue duro quemarlo... No podía, yo el domingo y el sábado no podía dejar de llorar, se me había muerto alguien. Y aún era peor que si se muriera mi padre, porque yo sabía que aunque algún día muera mi padre, porque yo también he de morir, Él (en referencia a Dios o a Jesús) estaría ahí para recogerle. Así que el dolor para mí ha sido más grande, porque lo que para mí se ha muerto es Todo... Porque mi fe hacia que ese Dios era todo, yo era suya y él me quería y ya tenía bastante; fíjate lo que ha hecho la fe en mí, hasta perdí el complejo que tenía con mi nariz, me empecé a querer, o eso creía, porque la faena que tenía para creérmelo, porque ahora pienso, bueno, tengo que confiar en mí, pero hoy digo va, cuando llegue al bar me voy a tomar un cortado, y llego y me pido una manzanilla, cuando me llega la manzanilla a la mesa digo, pero es que no puedo confiar ni en mí. Pienso una cosa, y hago otra. Fíjate si van a cambiar cosas en mi vida.*

03 / V / 2002 (Sesión nº 25)

“Paseo por el Amor y la Muerte”

TERAPEUTA: (dirigiéndose a Raquel) *¿quieres comentar algo?*

Reorganización del sistema de construcción cognitivo y moral:

Rechazo de la fe. Derrumbe total del sistema de creencias Crisis emocional de tipo asioso-depresivo

RAQUEL: *No estoy bien (breve silencio) el martes se murió mi padre*

TERAPEUTA: *El martes se murió tu padre*

RAQUEL: *(llora, mientras todos quedan en silencio)*

ANA: *Y ¿tu madre, cómo está?*

RAQUEL: *¿Mi madre? Peor de lo que... de lo que pensábamos*

TERAPEUTA: *quieres decir, cuando dices mal, quieres decir afectada o...*

RAQUEL: *Sí, sí está muy afectada, le ha dolido mucho. Yo en el fondo pensaba que no le iba a doler tanto. Pero esto es... que han sido muchos años juntos que cuando ella entra en casa pues se siente sola. Tiene que doler porque como le hemos visto perecer. Supongo que esto le pasa a todo el mundo.*

TERAPEUTA: *Sí (asiente también con la cabeza)*

RAQUEL: *Pues nada, que como estaba todos los días con él allí pues a parte de que sólo me repetía lo mismo, lo mismo. Pues rezaba porque pensaba que si realmente... yo no sé si hay Dios o no lo hay pero que si lo había que estuviera con él. Porque a mí me parece imposible que ese cuerpo que se movía, que pensaba, que sentía, que ya estuviese vacío. Entonces seguí rezando aunque sólo fuera para dejarme tranquila a mí... Y cuando yo me despedí de él le puse un anillo que me dio, por si hay otro sitio donde nos volvamos a ver. Me lo tiene que devolver. Y supongo que eso será lo que me aguante, porque no puedo imaginarme que se haya ido para siempre, aunque me resigno porque no me queda otra salida. Quisiera volver a encontrarme con él, pero tampoco quiero darme prisa porque lo que yo estoy sufriendo no quiero que lo sufran los míos... Pero realmente quisiera saber si hay otra cosa, quisiera pensar que está con mis hermanos los pequeños y que está bien. Y que nuestro dolor sube arriba y arriba y que lo deje en paz. Supongo que es, se me irá calmando a lo mejor necesito seguir soñando para no ahogarme. No lo sé, me ha dolido mucho*

TERAPEUTA: *Vale, pero ¿pudiste despedirte de él?*

RAQUEL: *Sí, cuando llegué al hospital me despedí y al venir el coche fúnebre les pedimos que nos dejara un rato y también..... había llegado el momento. Si realmente hay otra vida no quiero que se ofenda, que él siga su camino... pero yo necesito que mis pensamientos vuelen. Y el martes que lo vi lo presentía, porque me parecía que se me iba a parar el corazón de lo que me dolía, y escribí todo lo que podía decirle que no puedo decirle.*

La muerte del padre de Raquel y sus consecuencias en la madre, los hermanos y ella misma

Oscilaciones en el sistema de construcción:
De una fe mágica a una postura más espiritual. La prueba del anillo: la dificultad de aceptar la desaparición del muerto.

Rituales de despedida:
La entrega del anillo, escribir, el apretón de manos, las visitas al cementerio

Quisiera estar a todas horas en el cementerio, sé que no puedo, pero quisiera estar a todas horas y entrar y abrir la caja (llora)... Ya se me pasará. (Silencio mientras llora). La verdad es que ayer me contuve mucho porque yo pensaba que no me podría contener y cuando le abracé para decirle adiós me lo hubiera llevado. Y le dije “no te puedo llevar conmigo pero tú te llevarás algo mío”.

TERAPEUTA: *y por eso le diste el anillo*

RAQUEL: *se lo puse en la mano de abajo para que nadie se lo pudiera ver y nadie se lo quitara,*

TERAPEUTA: *es un símbolo que te une a él...*

RAQUEL: *no lo sé, sólo que no podía irse sin algo mío y me lo tiene que devolver (llora)*

TERAPEUTA: *entiendo que fue ayer el entierro*

RAQUEL: *sí*

TERAPEUTA: *dices que le escribiste lo que no le podías decir*

RAQUEL: *no le podía decir porque si le hablas de sentimientos a una persona que está tan enferma, puede pensar a la fuerza que se va a morir. Y entonces pues cuando estaba con él prefería estar bien y hablar de otras cosas. Y a veces le apretaba la mano, pienso que ese apretón ya le daba mucho. De todas maneras tampoco es tan grave para mí que él lo supiera, yo ya lo sabía*

TERAPEUTA: *Lo importante es que tú lo supieras*

RAQUEL: *Seguramente lo escribí porque tenía que vomitarlo o no sé, tenía que sacármelo porque cuando ayer llegué tan pronto yo, llegué expresamente para estar con él a solas. Porque lo que todo el día le estuve diciendo por dentro, pensé: “igual, no me oye” quería decírselo fuerte. Y cuando entré por la mañana estaba a solas con él, entonces se lo dije todo en voz alta. Le recé en voz alta. Y pensé “tal vez venga Dios o tal vez me anime y si está pues...” , no sé, no sé. Me sentí bien. La verdad que me sentí más fuerte que mis hermanas. Es un trozo de mi amor que se va por eso supongo que me duele tanto el pecho, hay veces que no puedo coger aire. Supongo que es eso que le debe pasar a todo el mundo. Cuando volvimos del cementerio me fui a su casa, me puse en la habitación a tocar todo lo que él había tocado. Le pedí a mi madre que me dé las zapatillas que estaban en el hospital. Es lo único que quiero.*

TERAPEUTA: *sus zapatillas*

RAQUEL: *y ya está*

La vivencia de la muerte como vacío físico: la ausencia del muerto y la construcción de una alternativa física o espacial “más allá”. La esperanza o fantasía de un reencuentro: el anillo como garantía y las zapatillas como reliquia (nivel sensorio motor)

TERAPEUTA: *dices que te sentiste más serena y fuerte que tus hermanas*

RAQUEL: *yo me vi más serena porque a ellas las vi en momentos que se desquiciaban y me vi más templada. Yo noto que lloro ¿no? pero lloro de amor*

TERAPEUTA: *aja*

RAQUEL: *porque sé que era lo mejor que le podía haber pasado y lo de que hubiese querido que hubiese vivido mejor aquí una vida que no ha sido así. Acepto que ha tenido que pasar y que pasa todos los días. Pienso que le ha dado todo lo que he querido darle. Que he estado muy unida a él, mucho. Yo no le debo nada ni él me debe nada a mí. Me siento muy bien. Que alguna de mis hermanas que se desquició solo hacía que pedirle perdón yo no entiendo que tiene que perdonarle mi padre, yo le decía cállate que le estás ofendiendo. Y es que no lo entiendo. Yo pienso que cada uno lo vivirá de una manera y... tal vez a mí me aliviaba pues hablarle en voz alta... es más cada uno expresa como le sale*

TERAPEUTA: *tú te has estado preparando durante mucho tiempo; durante mucho tiempo has estado elaborando este duelo*

RAQUEL: *puede ser, pero nunca he querido que pasara. Porque yo no creía que se iba a morir. Que iba a venir Jesús que todos nos íbamos a reunir y que este momento no pasaría. Lo único que pensaba ayer era: "Estoy segura de que estás con Jesús"; no sé si está con Jesús o esta en otra parte la verdad es de mi corazón no lo arrancará nunca nadie. Me lo imagino sentado en una nube mirando a mis hermanos. Supongo que sigo siendo la pequeña Raquel y que quiero seguir soñando. Porque como es tan difícil pensar que un cuerpo se va, no puede ser. (Sollozando y como enfadada: tono incomprensión) Es una bombilla, una bombilla de luz porque se enciende pero si tú pones el dedo te da la corriente, no puede ser que una persona que haya querido ya no esté. No puedo pensar eso ayer cerramos la bombilla pero él estará en alguna parte. Todo el mundo me decía: "sé fuerte, que está Elena", que es mi hija. Y yo le dije a mi hija que yo no podía evitar de sentir lo que sentía, que lo había querido tanto, que por ella tampoco lo hice que si ella tenía dolor que lo sacara y que eso nunca le hiciera sentirse triste. Tal vez fue egoísta por mi parte porque lo que quería era permitírmelo, pero tengo derecho...*

La fantasía del diálogo con el muerto, cuando no se ha podido dalgogar en vida y del manejo del cuerpo del muerto. (Construcción simbólica)

Duelo anticipatorio

Expresión de los sentimientos de dolor

TERAPEUTA: *a sacar el dolor, sentirlo, tocarlo, expresarlo y no avergonzarse de sentir*

RAQUEL: *Ayer me sentí prepotente, porque a todos intentaba darles consuelo. Y mi hermana decía es que se me ha muerto a mí, es que... como que se culpaba ¿no? Yo le decía cuántas veces he rezado en mi vida para que eso me pasara a mí. O sea era el mejor regalo que podía tener, porque ese momento tenía que llegar ¿no? Es la vida. Yo le decía siéntete agradecida te ha elegido a ti ojalá me hubiese elegido a mí. Y a la otra a lo mejor pues se desquiciaba por otra cosa y intentaba también yo... Y hubo un momento que pensé en ello y pensé soy prepotente ¡estoy dando ánimo! ¡Estoy intentando dar las palabras adecuadas a cada uno! ¿Y luego? ¿Dónde está mi prepotencia para mí? ¿Dónde está mi fuerza para mí? Tal vez mi potencia está en quitar el dolor en los demás, cuando creo que puedo quitar el dolor en los demás. En cambio no me sirve a mí. Tal vez sí sea prepotente, por eso he creído tanto en Dios, por eso será como soy yo.*

TERAPEUTA: *O sea que esto te lo hizo pensar cómo te gustaría sentirlo*

RAQUEL: *En el fondo me hubiese gustado quitar el dolor a todos. Lo único que le decía es que su dolor lo convirtieran en amor: que dolería pero... yo pienso que a mí me duele diferente, fíjate que estúpida soy, pienso que ellos están sufriendo más que yo. No sé como me imagino que están sufriendo ellos. Será porque las veo que se han desquiciado ¿no? Y yo me he visto más serena dentro de mi dolor, me he visto más serena o tal vez me mantiene serena ese fondo tan fondo, que pienso que está Jesucristo... (silencio) A veces me gustaría sentir lo que sienten ellas, porque una lloraba y decía "ya está, papá ya está", ya se acabó ¿no? y yo sigo pensando que está en alguna parte*

TERAPEUTA: *Lo que es seguro que está en tu corazón y en tu memoria.*

RAQUEL: *¿nostalgia? (llorando)*

ANA: *Si recuerdas a las personas, no se han llegado a ir*

TERAPEUTA: *Claro que no (silencio mientras Raquel llora)*

RAQUEL: *Este traje me lo pongo porque él tenía uno igual, es como que no me lo quiero quitar. Me lo puse ayer y no me lo quiero quitar. Yo siempre iba con muchos trajes... todos de rayas. Es que no quiero ir a trabajar, no quiero hacer nada. Sé que tengo que seguir ¿no? pero es que no quiero, no quiero...*

Estrategia terapéutica:

Legitimación de los sentimientos y su expresión

Reacción emocional:

Fortaleza y sostén para sus hermanas "prepotencia"

La fe como garantía de una pervivencia espiritual

Reacción emocional:

Intensidad del dolor por una pérdida afectiva en función del

Ayer me lo decía la monja ¿no? porque yo antes era catequista: "Hombre! animate tu padre era muy mayor, piensa que hace poco enterramos a uno de 40", y yo le dije "¿el amor tiene edad?" "Digo" usted me está diciendo ¿que el amor tiene edad?". Digo: "usted no sabe lo que predica, pero yo no la quiero ofender, pero usted no me ofenda". Yo puedo pensar que el que tiene 30 se puede llorar por él y el que tiene 77 ¿no? ¿Qué es el amor? ¡No se puede medir con un metro! ¡No se puede! Yo entiendo que la gente quiere darte consuelo, pero a veces es mejor que la persona se calle, es mejor. Porque duele, porque duele, porque yo no puedo pensar que porque mi padre sea mayor ya no me tenga que doler. Me duele más porque he estado más años con él y le dolerá igual a esa persona que se le ha muerto su hijo de 40 y a mí que se me muera uno de 15. Le dolerá igual. Porque el amor no tiene un nombre. El amor no tiene un nombre de hijo o de marido. El amor es el amor y no tiene un nombre. En mi corazón no tiene un nombre.

YAZMIRA: lo que pasa que sí, que ya se puede ir... desde el punto de vista de que tu padre ya era mayor y había hecho su vida. No le queda más que hacer. Se tiene que ir en paz ¿no?

RAQUEL: si yo entiendo que se tiene que ir en paz, por eso supongo que... Tendrá que volar ¿no? Para no dejarlo aquí ¡porque quiero que se vaya ya, si es que se tiene que ir! ¡Quiero que se vaya ya! Es que no sé... es algo que llevo... yo le digo que me perdone que no puedo evitarlo, pero que mi amor me tiene que dejar rodar porque yo no quiero frenar, pero que no podré olvidarlo, ha estado siempre conmigo. Yo entiendo que él ha vivido ya su vida, que sé lo mal que lo ha pasado, pero es que ha sufrido mucho, lo ha pasado muy mal. Yo lo entiendo, sigo siendo egoísta.

YAZMIRA: no es que, es esta la diferencia, no. Una persona de 30 años que tiene los hijos pequeños no ha terminado de desarrollarlo, parece como si no hubiera hecho lo que tenía que hacer y entonces duele, por eso, no porque se quiera más o menos. Entonces una persona mayor, lo que pasa que tu padre a lo mejor no ha vivido lo que tenía que haber vivido para ti ¿no? O sea tú tenías unas expectativas de su vida, tenían que haber sido otras y os cuesta dejarlo marchar viendo que no ha vivido lo que tú deseabas. Yo veo la diferencia aquí.

TERAPEUTA: A ver, permitidme un momento, un momento, ella no está pidiendo consuelo... No intentéis convencerla de

significado de la relación amorosa.

Razones del amor de Raquel por su padre

Discusión en el grupo sobre el impacto emocional de la muerte en los allegados en función de la edad.

Intervención terapéutica

nada, no intenteis..... No lo ha pedido, tal vez no lo necesita. Cuando una persona experimenta un duelo pues tiene que expresarlo y tiene que hacerlo a su manera. No somos nadie para decirle lo que tiene que sentir o dejar de sentir...

ANA: Por supuesto que no (silencio)... Yo cuando hablando de la muerte y todo eso en un momento... he sentido como mucha humildad ante la muerte... Quizá hay este punto, de que el ser humano vea lo humilde que debe ser. y claro también me ha hecho recordar a mi padre todo este rato... he estado pensando en mi padre, y pensado en su edad, cuando murió, y cuando he pensado en la edad que tenía, solo he pensado qué lástima, qué poco vivió, qué poco pudo saborear la vida, porque su vida fue penosa, porque cuando podía empezar a vivir un poco bien es cuando se marchó, ¿no? Y esto cuando se ha hablado de la edad, yo antes había pensado que si tenía que ver con mi padre, porque se murió tan joven no... Solo me ha dado lástima, lástima por él, de pensar qué poco viviste padre, qué poco nos disfrutaste, qué poco, qué lástima que te fuiste tan joven, en el sentido por ti, no por nosotros, por ti; porque a mi edad, ya mi padre estaba muerto hacia muchos años

TERAPEUTA: ¿a qué edad se murió tu padre?

ANA: a los 43 años y había vivido pues una guerra, después estaba en el pueblo muy mal, se tuvo que venir aquí, emigró... y tuvo que trabajar, su hermana era viuda, le habían matado al marido en la guerra, y su madre viuda, y tuvo que mandar dinero para allá, y aquí comía lo que podía y luego se casó, y cuando tuvo unos años buenos, se colocó y trabajaba, era muy trabajador, era tapicero y en casa con unos compañeros hacía trabajos, horas extras, para afuera, mi madre era muy económica y pues nuestra economía iba bien, pero él estaba resentido del estómago, yo lo recuerdo siempre con régimen, mi padre yo lo veía con poca salud, porque era delgadito, poca cosa, pero era muy trabajador, era muy bueno, y cuando tuvo a mi hermano, porque tenía mucha ilusión con mi hermano, porque nos llevamos 10 años mi hermano y yo, pues entonces se murió, mi hermano no andaba todavía, empezó después de morirse él. Y claro todo esto lo estaba viviendo ahora también, y pensaba ahora en mi padre (algo afectada) pobre, no vivió... una vida, no pudo vivir (suspiros) y también se marchó y yo recordaba también mi sentimiento de entonces, me vi muy impotente, mi madre lloraba, mis tías lloraban, mi hermano, yo, todo muy triste. También yo

dirigida al grupo: el duelo tiene que expresarse libremente.

La reacción de Ana ante el hecho de la muerte y el recuerdo de la experiencia de la muerte de su padre: "humildad" y "lástima"

La historia del padre de Ana

Reconstrucción a través del amor y el recuerdo

La expresión del duelo de Ana como forma de compartir del duelo con Raquel: Sentimientos, rituales y

<p><i>miraba en los cajones, miraba sus cosas, mi madre ni se daba cuenta el mechero, la petaca, porque yo siempre miraba los cajones de casa y lo veía todo muy bajo que era para mí un mundo, y entonces miraba sus cosas, lo recuerdo también, pero la muerte es eso, todos tenemos que llegar. Gran respeto, serenidad también hemos nacido para morir, en esta vida en este punto, me he dado cuenta de la humildad, que quisiera poderlo expresar, no sé...</i></p>	<p>reliquias</p> <p>Reacción de humildad y serenidad ante la muerte</p>
<p>TERAPEUTA: <i>Cuando dices humildad, ¿qué... quieres decir?</i> ANA: <i>Es un recogimiento, una serenidad, una aceptación de lo que puedo ser, o sea. Una aceptación muy grande, una cosa que no sé explicarlo. No sé que es lo que me ha pasado... pero... (silencio) no sé, no lo sé expresar, un recogimiento, una cosa, mi aceptación, muy grande, una cosa, que he pensado que de vez en cuando todo el mundo tendríamos que llegar a este punto</i> TERAPEUTA: <i>A ese punto de humildad, ¿quieres decir?</i> ANA: <i>Humildad, sí, sí, porque es entender la vida con todo, o sea sin este punto la vida no se puede llegar a entender, yo nunca me había parado a pensarlo, ni lo he pensado, es que me ha venido como una luz.</i></p>	<p>Elaboración del sentimiento de humildad, fruto de la aceptación</p>
<p>TERAPEUTA: <i>Umh...Umh..., es decir que hasta ahora nunca te habías parado a pensar</i> ANA: <i>(interrumpiendo) a pensar así, lo que me ha venido en la mente, no, no, no. (silencio)</i> TERAPEUTA: <i>¿Y como te hace sentir el pensar eso?</i> ANA: <i>Bien, me ha hecho sentir bien, sí, si me ha hecho sentir como que comprendo aun más la vida. Es aceptarla en todo, desde las cosas buenas que te pasan, las malas, las penas, hasta aceptar la muerte, el punto culminante, Umh... (silencio)</i></p>	<p>La pregunta por el sentido de la vida y la muerte</p>
<p>RAQUEL: <i>¿puedo hacerle una pregunta?. Usted como psicólogo que lo ha leído todo y que lo ha estudiado todo, ¿qué sentido tiene la vida y la muerte?. Sabemos que la vida nos la dan los padres, ¿quién nos da la muerte? ¿Qué sentido tiene?</i> TERAPEUTA: <i>(sonríe) Ejem. (el grupo se mira y sonríen todos, y miran al terapeuta)</i></p>	<p>Intervención del grupo: La rueda o ciclo de la vida</p>
<p>LIDIA: <i>El cuerpo se desgasta y se acaba</i> ANA: <i>Si yo creo que esto, pues que es un engranaje, y unos mueren y otros nacen, por eso yo a veces he pensado que el ser humano está solo, es un ser individual, no es colectivo, pero luego tengo mis dudas porque si así fuese, no tendríamos que morir, para que otros nacieran. En el momento en que uno nace</i></p>	

para dejar a otros paso, quizás no es tan individual, no sé. (se ríe) (todos ríen)

RAQUEL: Uno nace, para que otro muera, qué caña ¿no?, venga yo salgo, venga tú entra (todos hablan).

ANA: Es un equilibrio, todo nace y todo muere y todo.....

RAQUEL: ¿Hay un sentido, que se sepa de verdad? ¿Qué se sepa?... Yo busco la verdad ¿pero la verdad quién la tiene? Las personas que están estudiando para ayudarnos a nosotros, pues supongo que la mitad de nosotros estamos buscando la verdad en alguna parte y lo que no se puede es ir dando bandazos, una de cal por aquí, una de arena por allá... y mi verdad es única, “ahora”, mi padre se ha ido de verdad, y esdtá en mi corazón porque mi mente quiere, lo voy a tener siempre, pero mi padre se ha ido y se ha ido a un sitio oscuro, donde ya no existe, donde ya... Yo quiero saber donde está, ¿qué pasa?, ¿Dónde está eso, tal vez eso lo que tengo que preguntar al cura, ¿dónde está la verdad? ¿Quién la ha estado escondiendo?

TERAPEUTA: Y si existe, ¿porque tiene que estar escondida?

RAQUEL: Entonces todos estamos buscando una respuesta vana

TERAPEUTA: Si buscamos una respuesta es porque hacemos una pregunta, ¿no?, tú ahora estas haciendo una pregunta, a lo mejor el sentido está en hacer la pregunta, porque las flores decías antes, los animales no se hacen la pregunta, no la hacen, nosotros hacemos la pregunta, pero la cuestión es ¿el que hace la pregunta, puede darse la respuesta? Por que si se diera la respuesta ya no se daría la pregunta ¿no?

RAQUEL: A ver, yo no la puedo dar, por eso la pregunto

TERAPEUTA: (ríe) (risas del grupo) ¿y si me lo preguntan, que respuesta doy? ¿Si es la misma pregunta que te haces tú, la que me puedo hacer yo?, ¿Dónde está la respuesta?

RAQUEL: Usted ha estudiado todo, ¿no?

TERAPEUTA: Sí, ja... ja... (se ríe), vamos a ver: la muerte, se puede estudiar como fenómeno psíquico, físico, biológico, filosófico, antropológico o sociológico. Yo creo, que el sentido está precisamente en poderse hacer la pregunta

RAQUEL: yo pienso que mi padre era como una bombilla, la bombilla se ha fundido y su energía, sigue estando, ¿vale? Y, ¿quién ocupará esta energía? ¿Dónde la ocupará?

YAZMIRA: Otro ser humano a lo mejor, su espacio que ha dejado vacío, otra persona

Actitud rebelde de Raquel

La búsqueda de la verdad científica o absoluta

La necesidad de ubicar físicamente en el espacio al desaparecido

El sentido de la pregunta...

... está en la propia pregunta

Hacer preguntas es abrir el camino a la búsqueda del significado

RAQUEL: *Pero se ha ido para siempre*

MELI: *Pero se ha ido para siempre, ¿Dónde? ¿De quien? ¿Cuándo?*

RAQUEL: *De la vida*

YAZMIRA: *Pero antes de nacer tampoco estaba.*

RAQUEL: *Pero incluso esta persona que yo veía de negro que me daba tanto miedo, esta persona no existe, porque nadie ha venido a buscarla, ¡ni Jesús, ni narices!, Se fue porque se tenía que acabar. Es desquiciante esto, ¿para eso venimos? es que es absurdo. Yo no entiendo nada...*

MELI: *Él ha venido, nació, ha tenido una serie de hijos, bastantes, y ha vivido una vida ¿No te parece poco? ¿Qué querías que fuera superman?*

RAQUEL: *no me parece nada*

MELI: *¿Cómo que no te parece nada? ¿Y todos los demás?*

RAQUEL: *No tiene sentido que nazca una cosa y se muera, no tiene sentido nada... Porque ser religiosa me sirvió un tiempo, vale, ¿no?, Porque va a venir el reino de los Cielos y vamos a estar todos bien... Qué bien, qué caña, no existe, vale, lo acepto, ahora se va, y pienso ahora en otro mundo, va a estar con mis hermanos, con sus seres queridos, en realidad tiene que ver con la religión, estoy segura, mis pensamientos, ¡pero jolin!, que se ha ido de verdad para siempre (solloza) no lo entiendo (afectada) no lo entiendo, no tiene sentido. Yo no tendría que haber nacido, porque no tiene sentido, nada, para que he nacido, para amar, y para sufrir, a ver eso, yo no quería, ¿qué ¡dices?, que se la den a una patata este sentimiento, yo no lo quiero, no lo entiendo, no entiendo por qué luchar en la vida, para ser mejor, más, vamos a hacer esto, aquello, porque cuando te mueres, como nadie te va ha decir qué bien has ido, que mal has ido... “No hay que enfadarse...” yo me tenía que haber enfadado, porque me pusieron la hepatitis, yo tenía que ser enrollada, mira, los pobres, me querían salvar la vida, no han mirado la gasolina que me metieron, pero esto pasa porque algo tengo que aprender de esta puta vida, eh, bueno muy bien, una palmadita en la espalda, ¿quién me la da?, Quién me la dará, porque soportar que me engañaran, que me sacrificaran, que yo tenga que cuidarme toda mi puñetera vida, para mañana morirme, una hepatitis C, venga ¿por qué me la han puesto?, Porque he sido tan enrollada, que ni siquiera me he quejado, no me quejo, ¿de qué me sirve no quejarme de nada? Yo mañana me iré, y se*

Oscilaciones en el sistema epistemológico:
La crisis de sentido, la aparición del absurdo.

La absurdidad de las respuestas de cualquier tipo: naturalistas, religiosas...

La absurdidad de la existencia misma

La rebelión ante la absurdidad

acabara la Raquel, mi padre se ha ido y se ha acabado mi padre y está en mi corazón, pero de que me servirá, me servirá a mi, pero ya no está, ¡el ya no está!, No quiero, no puedo acabarlo (llora) no entiendo nada, uf... (Llanto desconsolado) ¡quiero una respuesta!, (llorando)

TERAPEUTA: (inclinando el cuerpo hacia delante) *¿de qué tipo?*

RAQUEL: *que me explique, (llora) qué es esto, que me explique que es la vida (llorando).*

TERAPEUTA: *A ver, tú cuando hablas de venir y de marchar, venimos a este mundo y nos vamos de este mundo, te preguntas ¿para qué? Pero a lo mejor la pregunta, nace por el hecho de que hacemos un planteamiento equivocado, en el sentido de que ni venimos ni nos vamos, para venir teníamos que ser otros antes, venir de alguna parte. Pero si tú naces no vienes de ninguna otra parte, apareces en el mundo y te desarrollas en el mundo y sigues un ciclo vital, como cualquier ser vivo. Cualquier ser vivo tiene su ciclo vital y después muere, no vienes y te vas, sino que naces y te mueres. Ahora bien, nosotros tenemos una capacidad de hacernos la pregunta ¿qué sentido tiene? Y justamente esta pregunta, significa que si nosotros nos preguntamos por el sentido, somos nosotros quienes le podemos dar sentido, porque si buscamos el sentido fuera, si está oculto adie la va a encontrar. El sentido se lo ponemos nosotros, yo puedo decir esta vida es maravillosa, es horrorosa, puedo decir esta vida vale la pena, no vale la pena, pero, lo importante no es lo que yo digo, sino lo que yo siento, lo que yo hago ¿qué siento yo? ¿Siento amor?, Pues ese es el sentir. ¿Qué hago? Hago algo que siento en conciencia que es bueno para mí, ese es el sentid. No importa si alguien más lo va a juzgar o no lo va a juzgar, si alguien más lo va a anotar en la libreta para luego darme un premio o un castigo en este o en el otro mundo. Si yo en el momento que vivo en este mundo siento auténticamente, pienso auténticamente, me reconozco auténticamente, y hago lo que creo en consecuencia, pues es el sentido que le doy a mi vida, no tengo otro, porque si es otro no será mío.*

Para ti ha tenido mucho sentido en la vida luchar por tus padres, ha tenido sentido; durante muchos años tú has querido, que ellos fueran felices, esto es uno de los sentidos que has dado a tu vida, porque la vida es un libro abierto, tú puedes escribirla. ¿Verdad que el martes, cogiste una libreta y escribiste?, pues

La absurdidad del ciclo de la vida y de la muerte

La dialéctica entre sentido trascendente e inmanente

Reformulación terapéutica:

La vida no tiene sentido en sí misma, el sentido lo recibe de quien se lo da.

El sentido de la vida de Raquel:

Hacer felices a sus padres

estabas dando el sentido, el sentido se da, no se tiene, se da. Lo damos nosotros pues ese es el sentido de la vida, el que le damos, y escogemos que sentido darle, tú escogiste, luchar por tus padres, para que ellos fueran felices, y por tanto le dabas un sentido, tú interpretabas la vida de tus padres: ¿Porque estaban mal, si podían estar bien? tú luchaste por esto, y ahí pusiste y de ahí nació tu amor, y nació tu sacrificio, y seguramente también en el momento en que te pasó lo de la hepatitis, pues también respondiste de alguna manera. Lo importante es, ¿esta manera era auténtica? ¿Era auténtica en aquel momento? A lo mejor ahora lo ves de otra manera, porque es auténtico que sientas rabia, [RAQUEL: siento rabia] claro y es auténtico y es válido, porque ahora crees que en aquel momento era autentico, pero a lo mejor no era autónomo. A lo mejor tú actuabas, como auténticamente creías que tenías que actuar, como una buena niña, que si le hacen una trastada, tiene que callar, pues dice a lo mejor tengo que aprender algo y a lo mejor era autentico, pero no era autónomo. No lo habías decidido tú, porque si lo hubieses decidido tú ahora no sentirías la rabia, sientes rabia porque dices, yo aquello no lo hice bien. Si tú escribiste el otro día, lo que sentías por tu padre, y te levantaste ayer temprano y fuiste a verle al cementerio, y le hablaste, esto fue autentico y autónomo, porque tú decidiste, y de esto no te vas a arrepentir nunca. Y si quieres guardar sus zapatillas, porque por ahora y en este momento todavía significa, como si sus pasos estuvieran allí, pues eso es auténtico. Pero luego, a lo mejor, llegará un momento en que dirás, ya no necesito ver algo, me basta con sentir, y no necesitarás más nada, que el recuerdo o sí, no lo sé, una reliquia, no lo sé, y tus sentimientos se irán transformando. Lo importante es que sean auténticos, y decididos por ti, y es el único sentido que yo sé. No sé si he estudiado mucho o poco, pero lo único que he podido aprender del libro de la vida, no de los libros de las bibliotecas, del de la vida, lo único que sé, es que a lo único que tú le das sentido, es a lo que tú sientes auténticamente, y decides autónomamente, porque de esto no te arrepientes, nunca te arrepientes. Porque arrepentirse significa, como renegar del pasado, como renegar de uno mismo, entonces quiere decir que no hay paz suficiente en nuestro corazón. Si decidimos en virtud de lo que auténticamente sentimos, entonces hay paz y cuando hay paz no hay preguntas. Eso es lo que puedo decirte como miembro del grupo, como persona, no sé si como

El sentido está en la autenticidad, pero la paz está en la autonomía. Fruto de la interacción de ambas es la transformación de la rabia, la desesperación, la tristeza y la impotencia (los sentimientos que acompañan al duelo) en quietud del espíritu y superación de las preguntas

psicólogo...

RAQUEL: *O sea que no hay respuesta*

TERAPEUTA: *No, no hay respuesta, porque no hay pregunta. Si tú estás de acuerdo con lo que haces y con lo que piensas y con lo que sientes, no hay pregunta; porque las preguntas nacen de la inquietud, de la disconformidad o el desacuerdo; porque seguramente si hoy te ha salido esta rabia relativa a la hepatitis...*

RAQUEL: *... por decir algo. Habría podido decir una bomba aquí, una bomba allá, si alguien me toca las narices le pongo una bomba en el culo ¿no? (T.: aja) pues si es rabia, como no tengo que justificarme hago lo que me da la gana, total como me voy a ir, no tengo que rendir cuentas, me voy a ir tan imbécil como estaba y no tendrá nada solución, simplemente es eso, nadie me va a curar*

TERAPEUTA: *De qué, ¿de qué te tienen que curar?*

RAQUEL: *Pues, de cómo soy*

TERAPEUTA: *Entonces, eres de una manera enferma...*

RAQUEL: *Soy una enferma de la vida, la vida me ha hecho lo que soy. Yo no tenía que haber nacido. A mí me tenían que haber preguntado si quería venir a este mundo.*

TERAPEUTA: *Claro, pero para esto tenías que existir antes para preguntártelo y...*

RAQUEL: *Me tenían que haber tirado por el water*

TERAPEUTA: *... y no te lo podían preguntar*

RAQUEL: *Soy una enferma de la vida y de los cuentos de la vida y de eso no me puede curar nadie*

TERAPEUTA: *A lo mejor tú te puedes curar. El hecho de que puedas definirlo ya es un principio de curación*

RAQUEL: *Sí, ¿cómo definirlo? (con voz muy queda)*

TERAPEUTA: *Sí, tú estas diciendo: soy una enferma de la vida, soy una enferma de los cuentos que explican de la vida, y entonces en lugar de darle sentido, tal vez le has dado fantasía a la vida, que es distinto y a lo mejor te tienes que curar de la fantasía.*

RAQUEL: *Pero yo sigo..., claro, como tengo tantas preguntas que no tienen respuesta...*

TERAPEUTA: *Aja, es que la pregunta fundamental es ¿de dónde nacen estas preguntas?*

RAQUEL: *de mi corazón, (muy afectada)*

TERAPEUTA: *Claro, pero tu corazón ¿de qué se alimenta?*

RAQUEL: *de mí, no sé, de mi mente, no lo sé (casi llorosa) de*

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:

Si la vida humana carece de sentido, la vida moral se regula por la posición anómica. Cualquier cosa es lícita y sólo vale la satisfacción inmediata de los impulsos.

De la posición anómica al pensamiento autodestructivo: mejor no haber nacido (posición prenómica)

Autocrítica de la posición mágica

Sobre el origen de las preguntas

Oscilaciones en

mis pensamientos. O sea, que la verdad, es lo que hay, se ha ido para siempre, no hay un Jesús, dejó de existir, ya no funciona, quedará mi recuerdo

TERAPEUTA: *eso es seguro*

RAQUEL: *No puedo, no puedo seguir jugando a cuentos, tengo que pensar con los pies en el suelo (sollozando) se acabaron los cuentos, se acabo Jesús, siento que no me dé el anillo, (sollozando) siento no poder verlo nunca más, pero la vida, no va a venir nadie a cambiarla (llora).*

TERAPEUTA: *Eso es una manera que puede acercarte a ti, ¿no?.....¿qué es lo que no puedes cambiar?*

RAQUEL: *Yo creo que Jesús puede cambiarlo (con voz casi de niña, llorosa) ¡mi Jesús! (llora) quiero dejar de soñar, sigo pensando las cosas que pienso, que digo yo, que no veo razón*

TERAPEUTA: *¿Por qué, razón?*

RAQUEL: *Aunque Él ya no me oiga, puede que yo tal vez llegue a mí y se acabó el sueño de Jesús, se acabo mi padre. Y esto es la vida, me guste o no me guste*

TERAPEUTA: *Nos gustan aquellas cosas que amamos (silencio)*

RAQUEL: *Ya lo dicen el amor es para siempre. Pero ahora sí que puedo decir que quiero mi recompensa, porque yo pensaba, no me importa que no me quieran, no me importa, porque pensaba que habría otro mundo donde me siguieran queriendo*

TERAPEUTA: *¿y cuál sería tu recompensa?*

RAQUEL: *El otro mundo, poder abrazarle*

TERAPEUTA: *¿Y por qué no en éste?*

RAQUEL: *Porque ya no está*

TERAPEUTA: *No, no, quiero decir tu recompensa. A lo mejor tu recompensa es tu sanación*

RAQUEL: *Supongo que si*

TERAPEUTA: *Todo este dolor y sacrificio, puede tener una recompensa, puede desarrollarse tener un proceso hacia una mayor proximidad a ti misma, hacia un reconocimiento de ti, pues eso, todos los demas seres humanos no somos distintos unos de otros. Por eso yo esta pregunta no te la contesto como psicólogo, te la contesto como persona, porque es una pregunta que no hay ninguna ciencia que la pueda responder. Es una pregunta que cada uno en su proceso personal, la experimenta, y es una respuesta que cada uno se da y al final la mejor respuesta es no hacerse la pregunta, no preguntes.*

ANA: *Sí, sí, yo pienso, es cuando estas más contigo mismo,*

el sistema de construcción cognitivo:
la confusión entre deseos y realidad.
Continúa la autocrítica del pensamiento mágico

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:
Autocrítica de la posición sociométrica oblativa como paso necesario para la autonomía

Reformulación terapéutica:
el dolor de la crisis como fuerza transformadora hacia un mayor desarrollo personal

más...

TERAPEUTA: *ahora me he acordado que tú, Ana, dijiste un día, que habías tenido aquella experiencia, cuando caíste en el baño y te diste con la espalda, una de las frases que decías, es que te venían, que te nacían preguntas y te venían respuestas. Decías “Ana, no preguntes nunca más”. ¿Cómo era?*

ANA: *Sí, sí, ¿por qué he hecho las cosas así? [T: sí] ¿porque las he hecho así? Y me respondía: “porque yo soy así”. Y comprendí que siempre las haría así, siempre porque... porque yo soy así, si que las consecuencias a lo mejor me son duras por ejemplo ¿no?, pero bueno pero es que yo soy así, o sea esto yo no lo puedo cambiar*

TERAPEUTA: *No; tú te puedes preguntar Ana por qué cuando estabas con tu primer marido tenías que aguantar aquel trabajo tan duro y tal y cual [ANA: exacto] y responderte, porque lo decidí así. Si yo lo siento y lo quiero hacer entonces es auténtico y es autónomo*

ANA: *ya está, ya está, es auténtico, sí, sí,*

TERAPEUTA: *más de esto ya no hay*

ANA: *no, no, no hay*

TERAPEUTA: *no hay nada más; es lo que yo decido que sea*

ANA: *sí, si es lo que yo decido que mi vida sea es así*

TERAPEUTA: *Por lo tanto, ya no tiene sentido preguntarse*

ANA: *No, no, no y no me lo preguntaré nunca, porque ya sé, yo soy así, y ya está, y además quiero ser así, y es que no quiero tampoco cambiar, ya está bien como soy, soy como soy y debo ser como soy, ya está*

TERAPEUTA: *Entonces es cuando puede desaparecer la rabia, cuando aceptamos que estamos donde estamos [ANA: sí] porque queremos estar allí y sino queremos estar allí, pues nos vamos a otro sitio o sea, pero sin resentimientos, sin rabia porque ésta nos ata*

ANA: *Sí, no quiero rabias no, no. No tengo, estoy viviendo de verdad un momento muy tranquilo. Creo que esto me perdurará, aunque tengo muchas cosas todavía que mejorar; pero rabia no siento rabia, no, con nadie ni por nada, ni nada; ya no siento rabia*

YAZMIRA: *Yo pensaba que si resignación y aceptación ¿son lo mismo o no?*

TERAPEUTA: *No*

ANA: *No, no, resignación es que no estás de acuerdo, porque*

Estrategia terapéutica dirigida a compartir la experiencia con otras pacientes.

La aceptación de sí mismo como medio para la disolución de las preguntas

Precisión conceptual:

no tienes otro remedio. No, yo no me he resignado, es otra cosa, porque yo estoy en paz conmigo misma, estoy en paz, estoy bien
TERAPEUTA: *Justo, has dicho la palabra justa: paz. Mira resignar viene de un verbo latino que significa entregar las banderas o sea rendirse. Rendirse, eso no es la paz esto es la rendición; la paz es aceptación puedo luchar, lucho; no puedo luchar, no lucho; puedo conseguir algo, lo busco; no lo puedo conseguir, lo dejo; llego a “pactos”o acuerdos con el mundo, eso es la paz*

ANA: *Asumir, asumir las cosas*

RAQUEL: *es como yo me siento*

TERAPEUTA: *Pues eso puede constituir una gran lección. Eso puede ser curativo para tu vida. Hablando de todo eso me ha venido a la cabeza una película titulada “Paseo por el amor y la muerte”. Es una película antigua: la vida es, un paseo por el amor... y la muerte: es un camino que no está trazado que se hace, como decía Machado, al andar...*

RAQUEL: *pues yo me siento así, resignada, pero no arrepentida.*

TERAPEUTA: *Bien..., entonces*

RAQUEL: *nada cambiará en mi vida.*

TERAPEUTA: *pues, entonces eso puede ser un principio...*

RAQUEL: *Volvería a pasar, por lo que he pasado*

TERAPEUTA: *Bueno, pues muy bien, pues eso te puede... Si no estás arrepentida, eso te puede liberar de la rabia..., lo cual no quiere decir, que no haya que pasar por el dolor, porque el dolor, y el sufrimiento, son crisoles, donde realmente se moldea el espíritu, hasta que llega a poder aceptar, eso: aceptar y estar en paz (...)* (silencio 10 segundos)

RAQUEL: *Yo ya puedo cerrar el libro.*

TERAPEUTA: *¿qué libro?*

RAQUEL: *el de mi vida.*

TERAPEUTA: *¿qué significa cerrar el libro?*

RAQUEL: *que ya no hay milagros, que yo soy como soy, y que no me queda más remedio que vivir.*

TERAPEUTA: *Si todo esto lo puedes ir sintiendo, gradualmente, a medida que el dolor vaya transformando los sentimientos, lo puedes sentir sin rencor, sin resentimiento, seguramente te curarás a ti misma*

RAQUEL: *Ojalá.*

TERAPEUTA: *Es un proceso por hacer (...)*

Distinción entre resignación y aceptación

Principio general:

La resignación puede ser un paso intermedio para la aceptación en la medida en que se abandona la rabia y la lucha estéril.

10.V.2002 (Sesión nº 26)

“Procesos de duelo”

TERAPEUTA:– *Hoy te has vestido diferente*

RAQUEL: – *Sí, sí, sí, sí,...*

TERAPEUTA:– *¿Por alguna razón? -*

RAQUEL– *No, no sé que me está pasando. Debajo de la almohada tengo la camisa de mi padre, me acuesto con ella, me pongo las manos así en la cara pero no lloro, no sé que me pasa. Me levanto por las mañanas, le doy un beso en la foto. Pero no sé, no sé si es que estoy más fuerte, si realmente el rendir armas me ha ido bien. Tengo dentro la pena y esto, pero no estoy hundida... Lo que yo quería comentar es que me gustaría que me dieran algún medicamento para... porque he cogido mucho miedo, pero un miedo terrible.*

TERAPEUTA: *¿Miedo a qué?*

RAQUEL– *No sé si estoy esquizofrénica o algo. Por lo menos estoy en el límite (...) porque... tengo un miedo horrible a la noche. Incluso si está mi marido tengo que encender la luz y si me doy la vuelta siento como que hubiera alguien ¿no? [T:– Aha]. Tengo mucho miedo. Cualquier ruido que oigo me acelera el corazón, ¿no?, o sea y ayer intentaba decirme “a ver, no entra nadie en casa, está todo cerrado”. Me intentaba convencer y pensé “bueno va, voy a apagar la luz! “pero oigo un ruido y es como si notara una presencia y yo pienso que es cierto y hay algo que me está viendo.*

TERAPEUTA:– *Claro, los niños pequeños también pasan una temporada que tienen miedo y que...*

RAQUEL– *Pero yo tengo muchas pesadillas terribles a lo mejor me acuesto bien... Yo casi no veo la TV, pues me pongo la TV para despejarme y ayer ya llegué a la conclusión de que hay cosas que no voy a poder cambiar, por ejemplo, pues cuando yo de pequeña tenía este miedo porque lo he tenido toda la vida [T:– Lo has tenido toda la vida], pues rezaba y es que se me calmaba ¿no? Y ayer pensaba “a lo mejor estoy yendo contra natura, contra mi misma” porque bueno, aunque yo me convenía, aunque no haya nadie que me escuche porque a veces estoy pensando dentro de mi cabeza, nadie me va a escuchar fuera, pero bueno, pero si a mi me ha servido tantos años, ¿por qué quiero cortarlo? Porque estoy enfadada. Pues bueno, ayer lo pensé ¿no? “Vale, no puedo seguir así porque mis sueños*

Procesos de duelo:

Del duelo anticipatorio al duelo defintivo

La sintomatología angustiosa crece en el vacío.

La construcción fantasmagórica para llenar una ausencia. La dificultad en despedirse del muerto (el tema de las reliquias como continuidad de la presencia física del ausente)

siempre tienen relación". El otro día que tuve una pesadilla terrible. Lo primero que soñé es que veía las montañas de Montserrat. Delante de mi ventana estaba una Virgen allí y un Cristo y luego se vio la pesadilla y fue terrible ¿no? pero estoy yendo contra de mí!. Entonces, cuando tenía tanto miedo pensé "Va, ni rezo ni nada, voy a apagar la luz! Pero es que tuve que encender la luz porque yo creía que me daba algo porque me duele el corazón, me da una aceleración enorme, sudo, mojo la ropa,... y digo "A ver, ¿qué me está pasando?. Ya no puedo más ¿no?; es que ya... Es horrible, incluso para ir al lavabo me da miedo y todo empezó... El primer día, creo que fue el lunes y estaba durmiendo tan tranquila y de repente noto que me tiran del pie y eso me había pasado de pequeña a mí y ya está, a partir de ese día ya empecé con un miedo horrible. Durante el día no me pasa nada, pero es la noche, es la noche, es terrible, es una angustia. Me tengo que cambiar el pijama porque lo mojo de sudor y yo me veo en el límite de algo pero no sé de qué.

Yayer pensé "Bueno, seguiré rezando aunque nadie me escuche". Tal vez a mí me aliviaba, igual que cuando mi padre, pienso "Bueno, yo se que está allí y ya se acabó mi padre"pero si a mí me sirve pensar que hay otra vida, pues oye, pues habrá otra vida y le daré el anillo y a lo mejor cuando me muera pues no me lo da y no lo veo pero.. si a mí me sirve! Si a mí me sirve tendré que seguir pensando porque es que sino me estoy atormentando y por lo que sea, yo siempre he tenido la muerte en la mente porque... yo de pequeña cuando empecé a ir a la iglesia sola, porque a mí nadie me llevaba, mi padre no es de misa ni de entrar en las bodas de las hijas, pues yo iba a la iglesia y luego me iba al cementerio. Y esto lo llevo pensando... Tal vez yo siempre he tenido miedo a morir o a la muerte o tal vez me habré preguntado qué es la vida y qué es la muerte. Y esto es lo que yo hacía sin entenderlo. Entonces pues si tengo que vivir pensando que está Jesús aunque no esté, pero si a mí me sirve... Es que ya no sé que tengo que hacer.

TERAPEUTA:– *Claro, si a ti te sirve pues ¿por qué no?*

RAQUEL– *Porque me da la sensación de que quiero ir en contra de mí, de mi voluntad.*

TERAPEUTA:– *Porque a veces a lo mejor rezar te pone en paz y porque tú decías que justamente has dejado de hacerlo porque estabas enfadada y antes has dicho que rendir las armas igual te ha hecho más fuerte, ¿a qué te referías con rendir las armas?.*

Angustia,
pesadillas,
suduraciones y
miedos nocturnos

La función
tranquilizadora
de las creencias
en el más allá:
"vita mutatur,
non tollitur" (la
vida cambia, no
desaparece).

RAQUEL— *Rendir las armas fue cuando fuimos al cementerio el día del entierro de mi padre. Yo recuerdo que todo el mundo estaba llorando, ¿no? y yo estaba serena mirando, cómo entraba dentro y le di así un beso y le dije adiós y en ese momento yo creo que le dije adiós de verdad. Cuando le puse el anillo también le dije adiós porque ya no puedo pensar más y ya no le voy a devolver la vida ni le voy a hacer más feliz. También he reconocido pues que el amor que yo tenía por él ha sido enorme. Que él, en cambio, no lo ha tenido conmigo. No es por eso que yo ahora diga “Adiós papá”, es que creo que se tiene que decir adiós porque yo me moriría. Y entonces supongo que ese día cuando llevé el anillo, sin querer yo ya le decía adiós, le decía adiós. Nos volveremos a ver pero yo seré Raquel, no seré Guillermo. Y cuando le di el beso seguía diciendo “¿Estás con Jesús, no?”. Entonces en el cementerio fue cuando dije “Ya no puedo más”, ya he terminado de luchar, ¿no?. Y al mismo tiempo ayer estaba pensando pues tal vez me he rendido y tal vez estoy enfadada con Jesús porque no me lo ha salvado, pero tal vez hay un Jesús, pero un Jesús que no va a hacer magia, un Jesús que si la vida ha sido siempre así, vida y muerte, no la va a cambiar, pero eso no quiere decir, por lo menos para mí que no haya un Jesús. Es que no está con las personas, ni con las cosas. Tal vez cuando quemé todos los crucifijos y todo lo que tenía lo necesitaba porque Jesús, el que yo buscaba estaba fuera y tal vez en el que tengo que creer es el que está conmigo, el que está dentro de mí, que eso es mi prepotencia, ¿no?, es mi prepotencia y lo reconozco. Está dentro de mí, pero no es nadie, es que soy yo, está mal que lo diga yo, pero es que lo digo, es que soy yo. Yo no soy Jesucristo ni nada de eso, ¿eh?, sino es aquello que yo quería, yo quería que le dieran amor a mi padre, yo le he dado amor. Yo quería que le protegieran, pues yo estaba asistiéndole en la quimioterapia. Ese es el Dios que existe en mi vida. Él no está fuera, por eso nunca me arrepentiré de haber quemado un crucifijo ni nada, pero no puedo desprenderme del todo. Por lo menos es lo que siento.*

TERAPEUTA:— *Ahora lo estás convirtiendo en algo interior, mh... Justamente hay una escena en el evangelio que le preguntan los discípulos a Jesús: “Y cuando tú te vayas, ¿cómo te vamos a encontrar?”. Y Jesús les dice “Cada vez que hacéis algo por un hermano vuestro, por un prójimo vuestro, me lo estáis haciendo a mí, a mí me lo estáis haciendo”. Estaba diciendo esto*

El proceso de transformación de las creencias en un mundo mágico y fantasmagórico exterior hacia un mundo espiritual interior a través de la aceptación y de la diferenciación

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:

La sustitución de los recursos externos por internos, como proceso orientado al desarrollo de la autonomía.

que estás diciendo tú, ¿no?, que él está dentro de cada uno [RAQUEL– Sí] y él también murió. Pero está ahí, está dentro de ti, está dentro de cada uno, ¿no?. Los budistas también dicen que ... que cualquiera es un buda. No hay un buda santo allí, que hay muchos budas. Todo el mundo es un buda, todo el mundo.

ANA – Es que yo también lo pienso. Que dentro de nosotros está todo, lo bueno y lo malo, y también que toda esa rabia que experimentas cuando estás mal contigo misma, la experimentas hacia los demás. Pero una vez estás en paz contigo misma... esa rabia te desaparece y todo lo demás lo vas aceptando. Quizá a ella le llegue a pasar eso, quizá no tendrá que desprenderse ni de sus creencias, ni de su religión, ni de nada en el momento en que ella, proyecte esa rabia que siente hacia Dios. Quizá está mal proyectada, sino... esa rabia viene de algo que ella no ha resuelto bien, o sea ...

TERAPEUTA:– Viene de una impotencia. Viene de no poder. La rabia y la impotencia están íntimamente relacionadas. La impotencia nos pone tristes, nos deprime. La rabia nos da fuerza. Pero las dos expresan lo mismo, la incapacidad de conseguir algo, un milagro, una...

ANA – Yo creo que en el momento en que se dé cuenta de esto, o sea, lo asimile bien. Y ella vea que ella es la que tiene que cambiar, no Dios, ella. Entonces verá que Dios está, que ella no se ha alejado tanto de Dios ni que tenía necesidad de cambiar porque yo creo que ella nunca cambiará. Ella tiene una creencia en Dios y esa creencia yo creo que la mantendrá siempre.

TERAPEUTA:– Es una creencia en la bondad.

ANA – Exacto, eso lo va a mantener siempre. Porque claro es lo que ella dice “Va en contra de ella misma querer cambiar eso. Eso yo creo que lo mantendrá. Lo único que le desaparecerá esa rabia y esa cosa. Aceptará mejor su,... lo aceptará mejor en el momento en que ella se dé cuenta de ella, de dónde tiene ese desnivel o ese desajuste. Esto es lo que quería decir y pienso que ella en el momento en que ella se ponga de acuerdo con ella misma, que quizás no tendrá necesidad de romper con nada ni nada. Aceptará a su Dios muy bien y que ella va a ser una persona que siempre va a creer en Dios pero de otra manera, más sin esa rabia, al contrario, con mucha capacidad de amar.

RAQUEL– Cuando me refiero a lo de la esquizofrenia es porque yo he estado leyendo sobre la esquizofrenia porque hay cosas que me preocupan de mi, ¿no?, como, por ejemplo, el

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:

La superación de la rabia como proyección del malestar lleva a la paz y la armonía consigo mismo.

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:

De la posición prenómica (rabia e impotencia) a la posición autónoma donde se integra la fe como dimensión espiritual

Oscilaciones en el sistema de construcción

miedo ese que tengo... y además hay cosas que me hacen pensar en mí porque el día que me tiraban de los pies en el sueño, cuando me desperté, estaba angustiada y de repente pensé “Yo nací de pie, yo nací por los pies, y esperaba a que amaneciera para llamar a mi madre. Llamé a mi madre. Digo “mamá: ¿Cómo nací?”. Dice “Uy, hija, tú naciste muy mal...”. Digo “Si yo ya sé como nací pero ¿de cabeza, normal?” y me dice “No, te sacaron por los pies”, te metían y tú volvías a salir. Entonces pienso “¿eso por qué me pasa?, Porque yo no estoy bien, porque, ¿Por qué puedo sospechar yo sólo porque sueño que me tiran de los pies y que paso tanto miedo, puedo relacionarlo con que nací de pie? ... porque yo no quería nacer, porque sabía lo que venía; fíjese las cosas que estoy pensando. Yo sabía que esta vida me iba a costar un peso. Yo no quería nacer.

CECI – No tiene nada que ver, Raquel; yo también nací de pie y mi hija. Y yo no pienso en eso tanto, tan profundamente, no... creo que tenga nada que ver

RAQUEL– Porque yo soy muy miedosa. Toda mi vida he tenido miedo a la noche. Yo, estando mi marido en casa durmiendo a mi lado, he encendido la luz. Y ... por la noche noto una presencia de un hombre mayor, gordo.

TERAPEUTA:– En el sueño.

RAQUEL– En el sueño. Puede ser la muerte. Yo qué sé, que a lo mejor yo relaciono a un hombre mayor con la muerte. Yo ya por más que pienso, no lo sé, ¿no? ... porque es que en el sueño yo ya lo conocía, en el sueño porque yo ya lo había visto despierta. Tal vez mi miedo me hace imaginar cosas y por eso luego lo sueño. Tal vez tengo miedo a morirme o a la muerte o a vivir... es que no sé.

ANA – De todas formas cuando falta alguien a veces se dan estos casos de miedo, porque mi madre lo tuvo.

RAQUEL– Pero yo no tengo miedo a mi padre. Yo me acuerdo que estaba en el tanatorio estaba en una urna. Yo lo habría querido tener los tres días en los brazos. Pero bueno, entonces yo estaba apoyada así, mirándole fija... pasaban las horas, ¿no?. Me acuerdo que mi hermano decía “Sal de aquí porque luego lo vas a ver hasta en la sopa” Y yo decía “Ojalá lo viera en la sopa porque es que ahora estoy en casa y miro por los rincones a ver si lo veo o pienso en él y quiero recordar su cara. O sea, si realmente hubiera algo y mi padre me viniera a ver, me haría feliz!. Porque incluso el otro día soñé con él y me jobobó

cognitivo:

El pensamiento mágico (la creencia en el destino o fatum) y el estado ansioso (el miedo a la locura). Atribución intencional a los accidentes naturales.

Compartir como forma de normalizar

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:

La proyección fantasmagórica del miedo (nivel preoperatorio o simbólico)

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:

La presencia física como contrapuesta a la

despertarme! Porque si yo hubiera sabido que mi padre cuando yo me despierto estaba muerto, es que no me acordaba en el sueño, no me hubiera despertado, sino me hubiese quedado en el sueño sólo para mirarlo. Yo no tengo miedo porque se haya muerto mi padre y que ahora me siga ... esas cosas que dicen. Tengo miedo a algo, a algo, no se a qué, pero yo tengo miedo a algo.

TERAPEUTA:– *sí, sí,... Luego hablamos de eso, pero tú qué querías decir* (dirigiéndose a Ana).

ANA – *En cuanto a ... lo que dices de nacer de pie* (dirigiéndose a Raquel), *pues verás, yo también he pensado algo así y sin embargo no me siento esquizofrénica, eh, es referente a mi hija. Mi hija nació en unas circunstancias en que yo lo pasé muy mal y, sin embargo, después cuando ella nació, mi hija siempre ha sido muy buena, –ya os lo he dicho: y de niña no se oía!. Esto lo digo porque yo a veces he pensado que mi hija cuando nació sabía que no tenía que dar guerra. Y lo sigo manteniendo y lo creo firmemente, sí, sí, lo creo. Ella dentro de mi supo comprender ya –por eso a veces me da miedo mi hija: porque pienso si algún día quizá no pueda tener algún problema psicológico porque yo creo que ella antes de nacer supo todo los que a mi me estaba pasando o yo se lo transmití sin querer y ella cuando nació supo que ella no tenía que dar guerra.*

RAQUEL– *Pienso que a veces pasa eso porque los hijos han nacido predispuestos, no porque crea en un destino, ¿no?, sino porque están tan unidos a la madre, que saben lo que quiere la madre, entonces se comportan como ellos creen que quiere su madre y es una pena porque cuando quieren ser ellos es horrible, yo lo veo más bien así, ¿no?. Tal vez porque también lo estoy viendo con mi hija, tal vez yo lo haya hecho antes ya, y no lo haya visto nunca, ¿no?, que a lo mejor yo he sido de mi padre, no he sido de mí nunca.*

TERAPEUTA:– *Ahí está.*

RAQUEL– *Y ahora con mi hija, pues a lo mejor hay cosas que estoy aprendiendo con ella que pienso “es mi fotocopia, mi hija”. Yo he sido la fotocopia de mi padre [T:– Aha]. Yo he vivido la vida de mi padre, tal vez ...*

TERAPEUTA:– *No la vida que vivía él, la vida que tú ...*

RAQUEL– *No, no, porque yo quería que su vida fuera mejor.*

TERAPEUTA:– *Tu le has presentado un modelo de cómo quisieras que fuera su vida, o sea tú le has ...*

ausencia, negación o retraso de la muerte (nivel sensorio-motor)

Estrategia terapéutica:
Compartir

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:
Interpretación metacognitiva del mismo fenómeno que Ana construye mágicamente

RAQUEL— *Claro, es la diferencia, mi hija, mi hija me copia, me copia, sufre, está enferma, mal. Yo no, yo le daba esperanzas de vida a mi padre, que la vida era maravillosa, que había que vivirla [T:— Aha], porque tenía otra cosa, ¿no? Yo vivía, yo tal vez sentía un amor que es el que siento, tan fuerte que yo pensaba que yo podría hacerlo cambiar.*

TERAPEUTA: *Exacto, ahí es donde está el poder, donde está la prepotencia.*

RAQUEL: *Ahí está mi prepotencia.*

TERAPEUTA: *Y claro, eh... yendo al tema que tú presentabas inicialmente, Eh... tú dices que éstas cosas que te están pasando en algún momento te hacen dudar de si estás en el borde de algo.*

*No estás al borde de nada, estás en el interior de un duelo. Estás en el interior de un duelo muy profundo porque no solamente es un duelo por tu padre, es el duelo por tus creencias mágicas, es el duelo por tu vida que has sacrificado en un altar (...) porque esto mismo que estás diciendo ahora es exactamente lo que has hecho: tú no has vivido la vida de tu padre, has vivido tu vida por tu padre. La de tu padre no, la suya era muy distinta. La has vivido por él y también por tu madre intentando demostrar que podía ser de otra manera, intentando suplirle, intentando estar en su lugar. Por eso de alguna manera cuando se muere él, muere algo de ti, porque muere esta parte que tú has querido que fuera. Cuando has dicho que rendiste las armas, me parece una postura muy sana. Porque yo creo que sí que estás cambiando, lo que pasa es que ese cambio es muy profundo, es muy doloroso y no se puede percibir de inmediato, pero esa expresión que tú dices que rendiste las armas, quiere decir que dejaste de luchar, que dejaste de pretender lo que no podía ser, eso es una forma de acercarte a ti. Y cuando en una relación ha habido mucha dependencia porque él ha pasado de ti, pero tú no has pasado de él. Tú has creado una dependencia, te has portado como esta hija tuya, eh, se porta contigo y como Ana explica de su hija. Es decir, tú te has puesto en una posición en que había una fusión. En el momento en que esta fusión se empieza a disolver es lógico, te repito la palabra: **lógico** que de alguna manera tú notes todavía esa presencia. Conozco un caso de una mujer a la que se le murió el marido, tenía dos hijos y durante medio año estuvo preparando la mesa, poniendo la mesa con el plato para el marido. Y cada día a la hora de comer, cuando era la hora en que llegaba el marido, la mujer oía silbar, porque su marido*

Oscilaciones en el sistema de construcción moral:

Socionomía oblativa desde la prepotencia.

Reformulación terapéutica:

No estás al borde de la locura, estás en el interior de un duelo.

Señalamiento del cambio y de la dirección del cambio

Normalización de la experiencia “paranormal”

cuando entraba en casa, siempre entraba silbando, era la señal de que llegaba. Entonces, ella a la hora justa en que llegaba el marido oía silbar, lo oía. Es que esta presencia no va a desaparecer de forma automática, va a necesitar su tiempo. Y eso no es una alucinación. Fue así hasta que un día sus hijos le dijeron “Pero mamá, ¿por qué el plato si no está papá?. Pero es necesario un tiempo. Tú te despediste físicamente de tu padre, lo querías tener en brazos, lo estabas contemplando, le pusiste el anillo y luego estuviste realmente despidiéndote, le dijiste “adiós”, pero en tu alma todavía está pegado, porque tú estabas pegada a él. Hay mucho de ti todavía en eso que tiene que ir cambiando, que tiene que ir evolucionando, que tiene que ir... convirtiéndose en ese ... igual que tu relación con Jesús que era externa y que tienes que convertir en algo interno. Tú tienes que convertirte en, en Jesús, o sea, en bondad. Si algo es Dios es amor, no es otra cosa [RAQUEL: llora gimiendo].

CECI – Mi padre murió hace tres meses y yo todavía, yo he soñado todas las noches, sueño todas las noches con él y yo sueño todas las noches con mi padre, incluso voy a casa de mi madre y parece que está, a veces como que lo busco, me parece mentira, incluso a veces me han preguntado “¿cómo estás?” y yo digo “¿Qué pregunta ésta?, digo “si es verdad, si es que se ha muerto mi padre”. O sea, no te acuerdas. Todo eso que le pasa, le pasa a todo el mundo. Yo todavía no lo tengo asimilado. Parece que está en casa mi padre todavía, o sea, todavía está aquí, yo a él todavía lo tengo ahí. Sueño con él cada noche, cada noche. He soñado que me cogía los pies, parece ser un sueño bastante común.

TERAPEUTA: Sí, muy común.

CECI: Sí, he soñado que mi padre me cogía los pies. Yo le decía “papá”, si estás, tócame o algo”. Entonces me tocaba y me cogía de los pies y me tiraba de la cama y yo lo veía y estaba la mar de bien y es curioso porque yo tengo miedo a todo, ya lo sabéis y sin embargo, cuando murió mi padre, nada. Ni tengo miedo a nada de, de la muerte con referente a él, ¿eh?, pero que es duro y te costará. Yo hace tres meses y algo y yo sigo soñando. Me cuesta ver la foto de mi padre, me cuesta. Tengo un hermano que todavía no ha ido al cementerio, no ha visto la lápida ni nada, no ha podido ir... así que te va a costar y más tú como estabas con tú padre, pero bueno, es normal y lo que se lleva es un peso y una tristeza normal y corriente, es normal esa tristeza.

Recapitulación del proceso de duelo y de su dirección

Estrategia terapéutica:
Compartir para normalizar

Estrategia terapéutica:
compartir como forma de normalizar

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:
Nivel preoperatorio o

Lo que no sería normal es que no sintieras duelo, ni pena, ni tristeza. Entonces yo, esa pena es normal y esa tristeza y lo que se te pase por la cabeza y lo que veas y lo que oigas, y lo que sueñes está aquí, en la cabeza. Y entonces pues esta señora oye el silbido y es que es normal. Yo creo que también es una forma de no querer aceptarlo o algo así.

TERAPEUTA:– *Sí, pero no solamente esto es porque nuestra mente funciona en parte de forma autónoma. Nosotros podemos utilizar nuestra cerebro para pensar cosas, para resolver problemas, para dar forma a nuestros pensamientos, pero la mente funciona en parte por su cuenta; entonces en la mente hay muchos recuerdos, hay muchas emociones grabadas, hay muchas vivencias. Esas vivencias y emociones y recuerdos, están ahí y cuando yo entro por ejemplo en casa de mis padres, mi mente activa automáticamente determinados esquemas, como si voy a un restaurante, inmediatamente se me activa a ver dónde está el lavabo, dónde está el camarero, porque eso es lo que forma parte de un restaurante. Si quiero ir al lavabo, dónde está, si quiero lavarme las manos, si quiero pedirle el menú, se me activa. Y si voy en autobus, se me activa dónde tengo la cartera ... ¿Por qué a veces uno no se da cuenta de que se ha olvidado la cartera hasta que llega el momento de pagar?. Pues por eso, porque en el momento de pagar, automáticamente nuestra mente nos conduce a la cartera, es decir, nuestra mente por suerte funciona en muchos aspectos de forma autónoma. Entonces, cuando llegamos a un lugar o cuando tenemos algún estímulo que de alguna manera evoca estos recuerdos, estas vivencias, se dispara automáticamente y hasta que no pase mucho tiempo en que la mente, por decirlo así, comprende que estos esquemas no tienen respuesta, no lo va eliminando, no lo va separando. Desde el punto de vista fisiológico, el duelo por una muerte importante, dura como mínimo dos años. Es un proceso y es bueno pasarlo. Para superar, por ejemplo, la tristeza, y ¿por qué es buena la tristeza? Uno dice ¿Y para qué los sentimientos negativos? ¿no?. La tristeza tiene una gran virtud, que es que nos acerca a nosotros mismos. La alegría nos dispersa y es bueno también salir de sí mismo, pero la tristeza nos acerca. La pena, la tristeza, ... nos pone en contacto con nosotros mismos. Y por eso nos permite como limpiarnos por dentro, purificarnos, nos hace humildes te hace sentir pues más tus límites, lo que eres y lo que no eres. Bueno pues todos esos*

simbólico
(sueños,
fantasías,
paralucinaciones)

Estrategia
teràpéutica:
Normalizar
explicando el
funcionamiento
de la mente

Estrategia
teràpéutica:
Normalizar
explicando la
función

procesos que son de nuestra mente son sanos, no tienen nada que ver con una patología. Y si hacen su proceso de limpieza pues sentiremos cómo este recuerdo, esta presencia van cambiando. Cuando murió mi madre, yo tuve una sensación física, de que detrás no había nada. O sea, como si estuviese apoyado en una pared y se hubiese caído la pared y yo me podía caer. Cosa que antes no tenía esta sensación. Yo vivía con la sensación de que había algo detrás, no? Era una sensación física como de darme la vuelta y decir: "Se me ha caído la pared, y me puedo caer yo", ¿no? Yo estuve dos años sin modificar el piso de mi madre. O sea entraba sólo para lo mínimo. Si había que revisar el agua, la luz..., pero no entraba ni tocaba nada, porque allí estaba su presencia en los muebles, la ropa, los olores. Curioso, dos años, ¿no? lo que dura el duelo... Luego hubo un momento en que me vi capaz de decir: "bueno, pues ya no está su presencia: puedo... tengo que hacer algo con este piso, pues lo voy a reformar, voy a tirar cosas, voy a regalar otras y me voy a quedar algún recuerdo y ya está". Pero es un proceso y es físico... y esa imagen de mi madre se me ha ido haciendo un recuerdo más que de ella, de su figura, de las cosas que decía ella, de sus enseñanzas, de su manera de ser, de los que representaba para mí... pero no la imagen...

ANA: *el físico, la imagen se borra*

TERAPEUTA: *se borra, se borra*

ANA: *y hay un momento en que ya no conectas con la imagen. Sin embargo con la vivencia que has tenido con esta persona, esto no se borra nunca*

TERAPEUTA: *eso no se borra. Ahora tú estás [en relación a Raquel] en un momento muy próximo todavía, en que la imagen y la presencia y todo eso... pues eso se percibe, se activan dentro de ti estos ruidos que tú esperas oír, los oyes. Esta presencia que tú esperas, la ves. Y todo eso es normal. Y eso es un proceso diríamos, de limpieza que va haciendo el cerebro. Lo va evocando, lo va evocando y como no hay feedback, como no hay luego confirmación, se va paulatinamente borrando. En el sueño también evocamos cosas, que luego se van, algunas se van borrando, y otras se van cambiando. Es un proceso normalísimo que tiene una explicación tanto desde un punto de vista fisiológico, como psicológico, como de otros puntos de vista. O sea que no te dé miedo vivir estas sensaciones, porque forman parte del duelo. Porque un duelo también por ti, ¿no? porque tú has*

psicológica de los sentimientos y emociones que acompañan al duelo

Estrategia terapéutica:
Autorrevelación como forma de normalizar compartiendo

Estrategia terapéutica:
Normalización a través del señalamiento de las fases del duelo

dejado allí jirones de tu vida y de alguna manera eso te puede transformar a ti, te puede hacer estar mucho más, estás mucho más en paz contigo misma. Y el dejar las armas ya es un señal de querer la paz: "rendir las armas", como dices tu: es un señal de querer la paz.

RAQUEL: *Toda mi vida la he vivido pensando cambiar su vida y su vida se ha ido ya y entonces ya no tenía sentido seguir y es por eso que, tal vez, estaba más centrada que mis hermanos, porque había vivido toda mi vida este momento. No, es que esté más preparada que ellos, ni que lo lleve menos doloroso, pero estaba más centrada [silencio]*

TERAPEUTA: *lo habías elaborado ya mucho.*

RAQUEL: *Todavía no. No quería que se fuera de este mundo sin haber vivido cosas buenas. En este mundo hay cosas malas cada día, pero también las hay buenas... Ya vi que no había señal divina, ni que vendría Jesús, ni nada. Y tal vez eso es lo que tengo que trabajar ahora... No quiero huir de mi misma, porque si digo no a Dios y no a ese pensamiento, me voy a volver loca. Porque es que soy yo, es que yo he sido así toda mi vida. Yo me acuerdo que iba al médico cuando estaba tan mal aquí, en la ambulancia, iba sola, y hablaba con Dios y me sentía acompañada. Pues eso me servía, ¿por qué tengo que cortarlo?.*

TERAPEUTA: *Puedes rezar, puedes orar. Es una forma de diálogo con una parte buena, con la parte la parte de la fe, de la esperanza. Pero ahora como ya has renunciado a vivir el milagro, posiblemente ahora tu relación sea más pura, sea más autentica.*

RAQUEL: *Claro, milagros. Y ahí lo que haces. Yo me acuerdo que de pequeña siempre decían, porque claro mi familia nunca ha dado cariño. Cariño me refiero, tocar la mano a mi padre. Se la he tocado ahora, porque yo nunca lo he tocado, nunca lo he besado, ¿no? Y eso no significa que yo no lo haya deseado toda mi vida. Yo, yo recuerdo que de pequeña decía "es que yo sólo lo abrazaré cuando se muera" pensaba, pero es que ha sido verdad.*

TERAPEUTA: *Bueno es que lo intuías. Es lo que decía antes Ana ¿no?, que los niños intuyen a los padres, y saben que, por ejemplo, ellos no sabrían cómo reaccionar a una caricia. Que lo vivirían muy mal y por eso no se la dan. No que no quieran dársela, no que no la necesiten, sino que saben que no la recibirán. No nacen así, lo aprenden en seguida, porque se*

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:

Utilización de una perspectiva metacognitiva donde es posible combinar el pensamiento realista con la dimensión espiritual

Mérito y grandeza de la actitud empática de los niños

establece una relación tan intensa que... Los niños son pequeños pero no tontos. Claro, si lo sabe un perro si puede ladrar o no puede ladrar, si puede entrar o no puede entrar, si puede tocar o no puede tocar. O sea, lo intuyen... no le hacen falta palabras a un perro. Lo intuye. Pues cuanto más una criatura humana, ¿no?. Lo intuyen, lo viven, lo perciben, lo respiran lo transpiran.

RAQUEL: *Pues eso es lo que me toca aprender. Y entonces en el hospital me desahogaba, le cogía la mano, y le abrazaba y en vez de darle dos besos como es típico, le daba un beso de verdad. y entonces pues ahora me comporto así con toda mi familia. En la familia, para mi, la familia es algo muy fuerte. A parte que las personas también me encariñan. Yo ahora con mi familia me da igual si me cae bien o me cae mal.*

TERAPEUTA: *Porque te permites sentir, te permites expresar...*

RAQUEL: *He estado toda mi vida sin expresarme nada. Es eso que tengo que aprender. Porque claro, yo pensaba hay un Dios y algún día lo haré, algún día me entenderán. Pues no, ese Dios no está...*

TERAPEUTA: *No, claro: el día ya ha llegado. No tienes que esperar, tú lo puedes expresar, porque es lo que sientes.*

08.XI.2002 (sesión nº 35) “Patatas arriba”

La siguiente intervención de RAQUEL se produce en un contexto donde se habla de los fantasmas, productos de nuestra mente, con que nos relacionamos.

RAQUEL: (llorando) *No lo he hecho jamás en mi vida (llora). Es que jamás he amado para valorarme, más; mi fracaso es que nada de lo que yo he soñado existe que mi padre no está en otro mundo, que mi padre lo que no ha sido en éste, pues lo no será en ninguno. (llora) Que mi madre lo mismo. Pero yo no seré nunca yo completa, porque mis ojos no lo verán, ni en este ni en ningún otro mundo (pausa) Este es mi fracaso de la vida pero no lo he hecho para llenarme yo... ni para que la gente me quiera. Nooo... en ningún momento quiero que la gente quiera como yo, pero duele, duele... Sí que he sido egoísta porque yo siempre he creído en Dios y yo sabía que le tenía. Pero no ha venido, no vendrá, no existe, y como no existe mi vida tendrá que cambiar, y el problema es que no sé cómo hacerlo, no sé cómo vivir sin ese fantasma que me daba vida a mi. De nuevo, no puedo... viene un*

Cambio terapéutico:
Aprender y atreverse a expresar.
Autenticidad

Oscilaciones en el sistema de construcción cognitivo:
Crítica del sistema epistemológico basado en el pensamiento mágico. Estado de transición en el que la destrucción de un sistema no ha

vacío, y a veces, (llora) cuando me apetece todavía yo hablo con mi padre y también le hablo a Él (en referencia a Jesús). Luego me enfadé con Dios cuando me tuve que ir de casa. No puedo sufrir tanto, y aunque no quisiera vivir sin él tengo que ser feliz y quisiera volver a casarme, pero eso es potenciar mi fantasía, eso es dar potencia y no dejar de soñar y no puedo más. Lo que quiero es llenar mi vida, mi espíritu... de la realidad. Pero no la encuentro del todo, o no se llenarla o simplemente no tengo que pensar en eso... que es absurdo ¿no?

TERAPEUTA: El problema, si me permites, viene cuando ya hablamos de llenar el vacío. En teoría se supone que hay algo que llenar. Si suponemos que hay algo que llenar es que hay algo que está vacío. El problema todavía es más básico que el de la autoestima, todavía más al fondo del fondo del fondo. Sí, el problema del fondo del fondo es que... en el fondo tiene que haber algo. Y que nosotros existimos en función de si hay ese algo. Sea Dios, sea el amor, sea el marido. O sea, no nos permitimos ser lo que somos. Simplemente somos yo, tú, él, nosotros, vosotros, ellos. Tienes que... que llegar al fondo de ti misma. Y.. encontrar que en el fondo ya eres lo que tienes que ser, es decir, una persona. Una persona, que tiene dos ojos muy bonitos, como te dice tu marido, una nariz que... no te gusta, un poco de celulitis que habría que buscarla con lupa porque con lo delgada que estás..., es igual, es igual. ¡Pero a ver, esas son partes, esas son partes, eso no soy yo!. Yo no soy mis ojos, no soy mi nariz, no soy mi celulitis, no soy mi barriga, no soy..., eso es algo que te ves de fuera, yo no soy eso!!!. Yo soy yo. Yo soy mi... mi sentido de mí. Y puedo estar triste, puedo estar alegre, puedo estar contento, puedo estar... pero soy yo. Si no me tengo a mí, no tengo nada más. Y todo lo que venga, pues bienvenido sea. Y... bueno, a nadie amarga un dulce. Pero... la cosa es que no amargue, otra cosa es que se necesite. Cuando necesitamos el dulce, entramos en una dependencia, en una compulsión, cuando el dulce no lo necesitamos, entonces lo podemos saborear. ¿Cómo comen las personas compulsivas? Sin saborear. ¿Cómo beben los alcohólicos? Sin saborear, de un trago. ¿Por qué?, ¿por que no lo pueden saborear? Porque tienen una compulsión. Porque parece que para ser necesitan otra cosa. Pero no, la naturaleza nos ha dotado de una estructura que ya es suficiente por sí misma, no necesita nada más. Lo que pasa es que puede disfrutar de muchas cosas. Pero es en ese fondo del fondo...

sido todavía sustituido por otro, dando origen a la sensación de vacío

Reformulación terapéutica:

Planteamiento metacognitivo: no hay vacío sino en la medida en que existimos para los demás, en lugar de existir para nosotros mismos.

Reformulación terapéutica:

Mediante distinción conceptual: “ser” < > como contrapuesto a “tener” y “estar”. EL SER NO NECESITA

donde si yo no renuncio de una vez por todas a que necesito de algo para ser, no para... para comer, o para... o para disfrutar, o para... no, no, **para ser, para ser**. Si yo no llego al fondo, donde yo no necesito de nada para... ser. O sea que ¡ya soy!, no he de esperar a ser, a que me llegue algo. Es como si estuviéramos esperando a que llegaran... tú esperabas a que llegara la parusía, la venida definitiva del Señor, el Juicio Final ¿no?... (Raquel se pone a llorar)... Pues no te busques más porque ya te has encontrado, eres tu. Claro, cuando uno se busca quiere decir que piensa que está fuera (pausa). No estamos fuera, estamos dentro (TODOS: Sí). Y ¿Cómo te puedes buscar en otra parte? no te encontrarás nunca

ANA: Es verdad, desde luego. Lo que pasa es que cuesta mucho y... es tremendo ¿por qué nos habremos complicado tanto esta vida, tan difícil?

TERAPEUTA: Pero a ver, Ana, hay una lección que tienes que aprender tú, todos. Tú, y yo también la tengo que aprender. Todo el mundo la tiene que aprender. Y es una lección elemental. Los animales son los que no la tienen que aprender. Ningún conejo se plantea “¿Por qué soy un conejo, ¿no?” podría ser un...un gato, podría ser un león, o podría ser una persona, no se lo plantea no se lo cuestiona. Es conejo, conejo nace, y conejo morirá...

TERAPEUTA: Raquel, ¿qué tal?

RAQUEL: (silencio, llora) Es que veo el cielo, (que ve por la ventana de la sala) me hace daño.

ANA: Es que es muy duro esto ¿eh? ¡Esto es muy duro!

TERAPEUTA: Pero terapéutico, hay que pasar por ello... Sí, perdona un momento... mira el cielo, ¿qué ves realmente? No qué piensas, ¿que ves?

RAQUEL: (llorando) Sólo eso pienso, “¿qué quiero ver en ese azul de las nubes?”. Ahora mismo pienso que quisiera volar.

TERAPEUTA: Desde el aire, seguro que verías todavía más cielo, más azul.

RAQUEL: (llora todavía con más intensidad mientras los demás guardan silencio). Con la imagen que tengo a veces es que.... (pausa) Yo lo veo a Él de blanco recibíendome y mi padre al lado. (Continúa llorando)... Nunca me ha tocado nada, nunca me ha acariciado. Me gustaría tanto volver atrás.

TERAPEUTA: ¿Volver atrás qué sería?

RAQUEL: No sé, volver a ser pequeña.

JUSTIFICARSE.
ES POR SÍ
MISMO. SU
VALOR NO SE
MIDE POR
AQUELLO QUE
TIENE O POR
CÓMO ESTÁ.
LA
VERDADERA
AUTOESTIMA
NO SE BASA
EN MÉRITOS O
RESULTADOS
SINO EN LA
ACEPTACIÓN
DEL SER.

Estrategia
terapéutica:
Visualizar para
sentir

TERAPEUTA: ¿Y qué harías si volvieras a ser pequeña, Raquel?

RAQUEL: *Iria a mi habitacion (llora)... Me quedaría allí sentada tan vacía (mientras llora) Necesito a alguien que me ame en esta vida por favor... que me quieran nada más. (silencio mientras llora)*

TERAPEUTA: *¿y quién necesitarías que te abrazara?*

RAQUEL: *mi padre.*

TERAPEUTA: *porque tú le querías. (Raquel llora más fuerte, silencio) porque nunca lo había hecho. ¿Nunca te habías atrevido antes tampoco?*

RAQUEL: *Sí, es que no lo sentía. (llora) Y hasta ahora no lo sentía. Por eso volví a ir a terapia.*

TERAPEUTA: *No te habías atrevido porque no sabías. Te has tenido que adaptar. Si te hubieras adaptado antes no te hubiese alarmado; por eso preferías no hacerlo.*

RAQUEL: *(llora, se enjuaga las lágrimas). Bueno, ya está.*

TERAPEUTA: *Cuando llores piensa en ti.*

ANA: *Si. (pausa) Me dolía lo que le estaba pasando. (pausa) porque... me sonaba como si... como cuando era eeeh... como si fuera una niña, no como ahora. Sí, como si fuese una niña. (silencio). (Raquel sigue llorando)... Y a los niños es que hay que cuidarles tanto, y hay que darles tanto. (pausa) Y eso es tremendo.*

TERAPEUTA: *Pero tampoco son unos inválidos, es decir, también son personas. También tiene recursos para salir adelante, ¡Todas habéis salido adelante! (TODAS, riendo: sí) con penas, pero habéis salido adelante, y ahora podéis ser vuestros... propios... padres. (pausa) podéis daros aquello que no os dieron.*

ANA: *Yo la verdad... me viene a la mente mi hija mucho. En mi no, porque mi infancia, fue buena. Pero... mi hija tuvo carencias. De su padre sobre todo, tuvo muchas carencias (T.: como si no tuviera padre) sí, como sino tuviera padre. Y siendo mi hija como es... pues... supongo que... que eso también quizás la ha marcado. (pausa) Es tremendo todo eso.*

TERAPEUTA: *Pero que haya habido carencias no quiere decir que tengamos que ser necesariamente víctimas. Hay carencias, hay dolor pero (ANA: pero dejan marcas a veces, dejan marcas muy profundas) pero a veces las personas que han sufrido, también pueden llegar a ser más sensibles, pero no en el sentido negativo sino positivo. Comprender más, ser más tolerantes, apreciar más lo bueno. Lo que nos hace quedar atrás es esperar*

Resiliencia: los niños son capaces de hacer frente a grandes dificultades

que las cosas hubiesen sido distintas, es como querer rectificar la historia, en lugar de aceptarla, en lugar de asumirla. Es mi historia. Y puedo ofrecer mucho de ella y puedo aprender a amar de otra manera, sin esperar tanto. De una manera mas tranquila. Apasionada si es el momento, pero sin pensar que un amor muy grande tiene que ser satisfecho por otro amor muy grande. No, un amor muy grande... ya tiene sentido en sí mismo, no necesita nada más. Es lo que lo hace grande, que no necesita. Porque si lo necesita ya no es tan grande. El amor es... es dar, y uno da lo que quiere dar pero si estoy dando a cambio, es porque algo quiero encontrar.

24. I. 2003 (Sesión nº 44)
“Morir de asco”

CECI: Ay bueno, pues, llevo un par de semanas así que me dan unas crisis de ansiedad muy seguidas y todas las mañanas pues me mareo y todas las mañanas pues con el corazón a cien. Bueno y... me hice un electro y ahora he ido al médico, le he dicho lo que me pasaba y se lo he pedido como un favor, porque no tenía consulta, y me ha hecho pasar, y me ha dicho: “dile a la Dra. que no tienes nada”...bueno me ha tomado las pulsaciones y ya está. O sea el corazón va solo, disparado... y nada, cree él que quizás la medicación...ya no me haga nada o la tenga descontrolada, me ha dicho que tengo una crisis de ansiedad descontrolada y permanente y claro, yo no puedo estar así, si estoy todo el día así!.. la boca, ahora mismo la siento estropajo y el corazón, bueno, el corazón me va a cien, estaba en casa... yo no sé si me iba a desmayar, si me iba a dar una lipotimia... me mareo y yo que sé!... estoy hecha una mierda!... Lo que sé es el momento en que me dio el último ataque de pánico..

TERAPEUTA: Sabes el momento en que te dio.

CECI: Estaba en el sofá, doblando la ropa.

TERAPEUTA: Muy bien...vamos a ese momento...estabas en el sofá...

CECI: Sí, doblando la ropa.

TERAPEUTA: Doblando la ropa...¿sentada, de pie, cómo?.

CECI: Sentada, viendo la tele.

TERAPEUTA: sentada, viendo la tele...estabas doblando la ropa..

Ceci paciente hipocondríaca da pie a un dialogo con Raquel donde se pone de manifiesto su mejoría

Estrategia terapéutica: Recrear el contexto a través de la técnica de moviola

CECI: *Y bueno, pues lo típico, me empiezo a mear, el corazón ya me va sólo, el estómago hace cosas raras y automáticamente me empieza el frío, mucho frío, entonces tengo que taparme [T: Sí] entonces ya doy botes...bueno me tiemblan las piernas, la mandíbula [T: Ajá] y me meo y me cago... y me había tomado... el Trankimacín media hora antes.*

TERAPEUTA: *Media hora antes... era por la mañana, por la tarde, por la noche?*

CECI: *Esto era por la noche.*

TERAPEUTA: *Por la noche*

RAQUEL: (interrumpiendo) *Lo que voy a decir, no sé si puede venir al caso o no, pero eso me pasó a mí hace años a lo mejor me podía estar concentrada viendo una película y de repente me daban palpitaciones y tal, pero... yo enseguida me di cuenta que eran siempre... eran por la noche siempre eran cuando yo pensaba “ahora me tengo que ir a la cama y tengo que ir con mi marido” ¿no? me daba esa tontería pero me pasaba ¿no?*

TERAPEUTA: *No, no es ninguna tontería*

RAQUEL: *Pero me pasaba... era la época en que yo el sexo nada era una fobia, era malísimo ¿no? [T: Claro] y a ver, me costó mucho reconocerlo [T: Ajá] porque o sea, ah... empezar a ponerme mal... yo decía “¿por qué a esta hora? Y por qué por la noche? Y ¿por qué en la cama?”*

CECI: *Sí, sí a mí me pasa todas las noches.*

RAQUEL: *... entonces me di cuenta que me daba mucha presión pensar que ahí tenía que cumplir con mi marido y que yo no tenía ganas porque no me encontraba bien.. ¿no? y no sé si tiene algo que ver, tal vez ella, hay algo, que cuando desconecta...*

CECI: *Eso también lo pienso...*

RAQUEL: *Ahora vuelvo a la realidad!” y ¿cuál es la realidad? O sea eso me pasó a mí ¿no? Y al principio me sentía muy mal porque pensaba “no quiero a mi marido” pero no era eso, es que yo interiormente estaba mal y entonces no me apetecía el sexo ni nada.*

CECI: *Bueno, eso me pasa a mí, me da miedo, además, es que desde hace tiempo me da miedo porque claro es que sé que claro no puedo cumplir, si es que me encuentro mal no puedo hacer nada.*

RAQUEL: *Bueno, pero llega a convertirse en una fobia, cuando quieres complacer a la otra persona y no estás... no estás al cien por cien... a lo mejor a la persona le llegas a tener miedo, y no*

[Compartir para normalizar](#)

[Cambio en el sistema epistemológico:](#) Desarrollo de la capacidad metacognitiva, darse cuenta del significado de los propios actos o reacciones

es que vayas a pensar “me va a violar ni nada”, si no que piensas: ¿Cómo le digo ahora que no?.

CECI: Le tienes miedo a sus reacciones, a que se enfade, a que se moleste.

RAQUEL: Entonces cuando tu dices que te pones así, pues me has recordado esa época.

ANA: Sí, eso también, bueno, eso supongo que nos pasa, a mí también me pasa ¿no?. A mí no me da miedo de la reacción de él no, me da miedo de mi vida, de lo que yo estoy haciendo con mi vida, me da miedo de vivir de esa manera, de vivir y de hacer vivir de esa manera, eso me da un sentimiento también muy grande, incluso he llegado a pensar en estos días, por ejemplo, de decirle a mi marido que si tiene alguna necesidad, que la busque... [T: ¿fuera?] que yo la acepto... sí.

TERAPEUTA: ¿Necesidad sexual te refieres no?. Hablemos claro porque ya somos mayores de edad.

ANA: Sí, porque me da mucho dolor mucho dolor ver que lo que a mí me cuesta..., porque una persona, no sé como decir, puede estar enferma, pero no arrastrar a los demás...

CECI: Es que estoy tan cansada.

ANA: Yo también estoy muy cansada.

CECI: Quiero estar bien ya!, quiero... yo que sé! (llorando)

RAQUEL: ¿Puedo hacerte una pregunta? Ceci, veo que hablas muy bien de esto de las enfermedades [T: Sí] que si es cardiovascular, que si ese dolor de cabeza... Igual que destripas ese dolor de cabeza, que se llama... [CECI: hidrocefalia] pues dices “ostras!... ¿qué me está pasando para que me duela la cabeza?... ¿qué me ha dicho éste?... ¿qué he hecho yo?... ¿qué me ha hecho el otro para que me duela la cabeza?”

CECI: Es que yo no creo en absoluto, que un sentimiento haga doler la cabeza, yo sólo creo que algo físico... un tumor... un fallo en la válvula... algún tipo de alergia...

RAQUEL: ... yo te puedo decir, porque es que yo lo he vivido... una enfermedad psicósomática, y dos años y es muy malo, porque es obsesivo, vas a cada momento al hospital, me han pasado tubos por todas partes, me han hecho... vamos siempre he padecido como una burra hasta que dije..”hasta aquí!, hasta aquí!, porque no tengo nada” y fue eso, ir destripando y me costó, pero cuesta, cuesta creérselo... pero yo fui a la biblioteca, me saqué un libro, me lo leí, el libro de las somatizaciones, donde leí que incluso desde la infancia puedes hacer una

Desarrollo moral:

Superación de la posición heteronómica (la concepción de la relación sexual como debitum conyugal) y siconómica (complacer y sacrificarse por la pareja)

Desarrollo metacognitivo:

Capacidad de autoanálisis

enfermedad de huesos y tal. Pero ¿por qué?, porque estás reprimiendo sentimientos, pues poner palabras a lo que sientes, por ejemplo ¿por qué tiemblo? Oye, pues a lo mejor en ese momento, cuando me pasaba a mí, ¿por qué temblaba yo? ¿por qué me daba taquicardias? porque mi marido se acercaba a mí y era la noche, o sea yo relacionaba sexo con temor, o sea me costó, me costó mucho tiempo reconocerlo y luego quitarme pues un poco la angustia... ¿por qué tenemos que ser culpables? No somos culpables, somos una consecuencia y tenemos que aceptar que estamos mal y lo pasamos muy mal

CECI: Claro, yo a la vez también pienso, claro si yo no paro de ayudarme también, porque también, eh, a ver analizo, estoy todo el día analizando, claro, con razón estoy así, no me extraña (Risas) a ver, llevo un año entero mareada, un año entero mareada. También pienso “bueno, si fuera algo.. ya me habría muerto” se tiene que detectar, eso también me ayuda a crear un poquito en que puede ser psicológico Sí, un poquito, me, eso me ayuda el poquito que creo es eso. Bueno, yo llevo mucho tiempo, a ver llevo dos semanas esperando a caerme, desmayarme, darme una lipotimia y todavía no me ha dado, ¿no? Porque tengo todos los síntomas. Pienso, bueno pues no te dará o sí, no lo sé.

RAQUEL: Mira, a mí la primera vez que somaticé, o sea ahora creo que no somatizo, ¿no?, pero cuando somaticé que estaba diagnosticada y tal, pues lo que a mí me costaba reconocer era que mis padres no eran tan buenos como yo creía. Y eso me dolía en el alma y no podía reconocerlo. Iba a la terapia y yo decía que no, o sea yo no quería reconocerlo. Cuando lo reconocí pues me fue muy bien. También te digo que para reconocerlo lo pasé muy mal, muy mal, porque me quise cortar las venas, yo quería morirme. O sea, para mí era tan fuerte reconocer algo, que prefería morirme antes que, que sentirlo. Pero luego aprendí a vivir con ello, ¿no? Ahora, por ejemplo, luego estuve una temporada bien. Y ahora cuando empecé a estar mal, bueno decían que era por el Interferón [en referencia al tratamiento experimental por la Hepatitis C] y tal y cual, pero realmente ahora he reconocido que era mi vida lo que no me gustaba, ¿no?, porque a mí no me parecía que era lo que yo quería de mi vida. A parte, la relación con mi marido también cambió mucho, porque yo tenía asco, yo no quería el sexo. Para mí era una enfermedad, me bloqueaba, o sea lo pasaba muy mal. Y, en

Desarrollo epistemológico del sistema:
Capacidad de reconocimiento de las causas psicológicas

cambio, cuando he reconocido, poder reconocer, “no me gusta cómo es mi marido en esto y en esto” que parece muy fuerte, porque a veces a lo mejor es la forma de pensar. Si yo pensaba “es que si mi marido en esto no me gusta es que no le quiero”, porque entonces antes de pensar eso lo echaba a un lado. Pues decir “no, es que no me gusta cómo es en esto, eh, le falta de esto”. O sea poder quejarme, tenía derecho a quejarme siempre que me quejaba de mí, pues no, poder decir “oye, los problemas están aquí, este y lo otro”, decir “mi casa no me gusta por esto y por aquello”, poder reconocerlo, ponerlo de frente y mirarlo y luego intentar trabajar. Por ejemplo, yo descubrí que no era el sexo lo que a mí me cortaba, porque ahora voy como una motocicleta, lo tengo acosado, o sea sexualmente lo tengo acosado. En mi vida lo hubiera yo pensado eso de mí, ¿no? Tengo apetito sexual siempre, pero ¿por qué? Porque estoy luchando estoy luchando por, pues, porque, decirle a él lo que me gusta, lo que no me gusta y pues eso intentar... Estoy mejor en mi casa, porque hasta ahora no era mi casa. Pues ahora estoy cambiando cosas, cambio de color, quiero pintar la casa y tal ¿no? Entonces es eso, poner de frente lo que no me gusta, por duro que sea, porque a veces puede ser muy duro, pero por lo menos poder luchar contra algo, porque si no siempre estarás enferma. O sea, yo es lo que me planteé, yo no quiero estar enferma. Yo pues lucharé. Yo llegué a pensar, bueno creo que me tengo que separar y, en cambio, pues no. Me he dado cuenta que no, que yo tengo un carácter bastante complicado, soy muy celosa, soy hiper-celosa, que estoy muy bien con él, que lo quiero mucho, me siento muy enamorada, que estoy muy bien con mis hijos, pero no estoy tan como madre, no, o sea he cambiado yo. Yo ya no soy la mamá, soy la Raquel en mi casa. Y si yo quiero irme a natación, me voy. Y si me dicen “es que nunca estás en casa” “¡Ah! ¿Y tú? ¿Estás?” O sea llevo ya más mi vida, ¿no? O sea, ahora casi con cuarenta años, llevo yo mi vida, la mía, la que a mí me gusta. O sea no la he conseguido al cien por cien, pero estoy por eso, estoy por conseguirlo, mi vida, mi vida, lo que a mí me gusta lo hago, lo que no me gusta, no lo hago. Y cuando tenga que decirle que no a aquél, pues le diré que no; o sea ya no quiero complacer a todo el mundo, porque mi vida ha sido complacer y a quien no he complacido es a mí. Pues no sé si servirá de mucho, pero es lo que me pasa a mí, ¿no? Y ahora tengo pues mis achaques, pero pienso que es mi

Desarrollo epistemológico del sistema:

Capacidad de diferenciación y reconocimiento del propio derecho

Síntomas de bienestar y superación de la depresión:

Revitalización, deseo sexual, iniciativa propia, decisión, autoestima

Especificación del cambio:

Dejar de ser un rol para pasar a ser una persona

Desarrollo moral:

carácter, que, que domar un carácter es muy difícil y tengo treinta y nueve años y siempre he sido así, ¿no? Porque decía, a ver, ahora me he vuelto muy celosa, ¿no?, pero también intento pensar en el pasado y es que siempre he sido muy celosa. O sea, yo tengo un carácter, pues, bueno, intentaré pulirlo. A parte de que quiera pulir a otras personas que estén conmigo, también me intento pulir, o sea no es que sea exigente con los demás, pero yo le diré a mi marido “¿Tú me quieres? ¿Sí? Pues vale. Pues yo te quiero y quiero que conmigo seas así, si tú crees que no me lo puedes dar es que entonces no me quieres, entonces mejor que cortemos” O sea yo estaba dispuesta a emprender una vida, mi vida (silencio de segundos) cortar con todo y mira que yo me hubiera ido sin nada de mi casa o sea estaba dispuesta... (Ceci llora)

TERAPEUTA: *¿Te dice algo eso?*

CECI: *A ver, yo es que a veces pienso, yo estoy a gusto, a ver...*

TERAPEUTA: *¿Estás a gusto con tu vida?*

CECI: *Yo creo que sí estoy a gusto con mi vida.*

TERAPEUTA: *“Creo”, pero ¿cómo puedes decir “creo”?, ¿qué sientes?*

CECI: *No, yo estoy a gusto, no sé. A ver, yo pienso, por ejemplo, que ahora no quiero hacer el amor con mi marido y me da asco, pero es porque me encuentro mal [T: Mmm]. Una persona cuando se encuentra bien físicamente entonces, cuando si yo estoy bien físicamente si me da asco entonces ¡eh! y no tengo ganas dices “¡Oh! aquí pasa algo”, pero es que yo noto, tengo comprobado hace nueve años que cuando yo físicamente estoy bien físicamente soy feliz con lo que tengo.*

RAQUEL: *Pero Ceci, hay una cosa, eh, que yo también decía no tengo ganas de hacer el amor porque estoy mal [CECI: Sí]. No, perdona, estaba equivocada, eh, no me gustaba la relación que tenía con mi marido. O sea, ahora soy consciente, ¿eh? No me gustaba la relación que tenía con mi marido. ¿Por qué? Porque no me gustaba que siempre era a la noche, siempre era a la noche, siempre era de viernes, sábado, domingo, ¡hala! ¿no? Había que fichar, o sea me sentía (Risas) O sea parece duro, pero es como yo lo veía. Luego, cuando no tenía ganas decía “Bueno, va, me voy a esforzar”. Error, craso error, porque eso me hace sentir peor. Eso lo veo ahora, eh, no lo veía antes [CECI: Forzarme, yo también tengo que forzarme, ¿eh?]. Entonces yo, para convencerme decía “bueno, es que estoy mal*

De la siconomía complaciente y oblativa a la autonomía

Reconocimiento de los errores y toma de conciencia como base para el cambio: el caso de la vida sexual

y tal”. Eso era peor, porque eso me hacía coger asco. Eso es lo que a mí me hacía coger asco. No tenía apetito, pues lo mejor es decir “no, no tengo ganas”. Entonces qué pasa, que ahora pues yo eso lo hago como yo quiero que sea. Si yo estoy bien durante el día, es, es normal que a la noche quiera estar bien con él, pero si yo durante el día, ni me besa, ni me dice qué guapa estás, ni me mira, ni nada, que trabajamos, que tal, que cual... va ahora toca dormir y lo demás, oye pues no. No soy una máquina, soy una persona que necesita sentimientos, que necesita cosas. Él es más mecánico, porque es un hombre, o sea yo le tengo que enseñar, si no está dispuesto... (Risas)

TERAPEUTA: ¡Más mecánico porque es un hombre! (riendo)

CECI: Más mecánico... Creo que tengo que ponerme de pie, estoy muy mareada.

RAQUEL: Pero bueno, ¿no? Es que si todo el mundo dijese lo que tiene, todo el mundo está mal, yo ya estoy mal cuatro años casi, pero es así. Mira, el otro día en la piscina me dio un dolor muy fuerte en el pecho, ¿no?, llevo días ¿No? pues es eso, que el médico me ha dicho que lo tengo que dejar, el deporte. Pues no lo dejo, no lo dejo. Yo me esforzaré.

CECI: Pero, ¿por qué tienes que dejarlo?

RAQUEL: Porque no puedo hacer deporte ahora mismo. Yo tengo una anemia muy fuerte y es muy posible que los dolores sean de que el corazón necesita más sangre y no sé qué me explicó, ¿no?

CECI: Pero la anemia ¿te la han visto en un análisis de sangre?

RAQUEL: Sí, yo ya llevo dos años arrastrando una anemia grave, pero bueno o sea, que quiero decir que no por eso digo “¡Ah! pues ya no voy a natación”, no, ¿me lo estoy pasando bien? Pues voy a natación. ¿Qué no llego hasta el final? Pues llego a la mitad. Si me va a dar un arrechucho, me sabe muy mal, pues no querría irme ahora de este mundo ¡con lo bien que me lo estoy pasando ahora! porque es ahora cuando tengo los ojos abiertos, ¿no?... Bueno, una pregunta [T: Sí] yo solo quiero la respuesta, que, yo quiero saber que es lo que tengo, así, rápido que ya trabajaré eso. Por ejemplo, pues no se, lo de Ceci hoy ha sido muy claro lo que más o menos tiene Ceci ¿no?, una hipocondría como una casa. Pues, pues lo mío, ¿cual es mi problema? [T: Mm] ¿Cual es mi problema? (Risas)

TERAPEUTA: Pues si tú lo sabes ya, tú sabes perfectamente cual es tu problema... Además, tu problema ha ido variando.

“La vida es bella”

La pregunta por el diagnóstico

Ahora en este momento estás bastante bien, dices ¿no?

RAQUEL: Sí. Bueno, tengo mis arranques y tal, pero bueno, pero voy trabajando.

TERAPEUTA: Si estás bastante bien, quiere decir que has ido solucionando tus problemas, pero sobre todo los has afrontado [RAQUEL: Afrontado], los has reconocido. Y como has dicho tú, te ha costado muchísimo [RAQUEL: Mucho], por ejemplo, tenías un problema de idealizar a tus padres y eso ha sido..., eh? la vida te ha ido llevando a aceptar las cosas. Tenías un problema de no estar en contacto contigo misma y tenías un problema de esperar también mágicamente soluciones de fuera. Y bueno, todo eso lo has ido cambiando y está en un momento evolutivo.

ANA: Y cuando aceptaste que tus padres no eran todo lo que tú hubiese querido que fuesen ¿cómo te sentiste?

RAQUEL: Me dolió mucho, me dolió mucho, mucho, pero entonces les di todo lo que ellos no me sabían dar.

ANA: Pero tú, tú, eh... no, no me refiero lo que tú hicieses con ellos, sino...

RAQUEL: ¿Cómo me sentí? Estuve peor cuando no quise verlo

TERAPEUTA: Aunque te dolió, el dolor era real

RAQUEL: Cuando no lo quería ver estaba enferma [T: Exacto], estaba muy enferma, muy mal, muy mal. Cuando lo vi me dolió, fue cuando mi alma, se partió por la mitad, pero... pero lo pude ver, ¿no? los tuve ahí. Entonces, a partir de ahí, decidí, si podía enfadarme con ellos por lo que me habían hecho, o sea, como que yo ya podía tomar alguna decisión. Entonces acepté que eran así, que no los puedo hacer mejor y que lo que no me supieron dar yo se lo daría, para que supieran que eso existía, ¿no?

TERAPEUTA: Entonces, estuviste de acuerdo contigo misma.

RAQUEL: Pero aún me cuesta, porque en mis momentos de miedo, pues aún rezo y a veces...

TERAPEUTA: Son momentos de un proceso.

2003, IV, 25. (Sesión nº 52)

“El Mercedes”

TERAPEUTA: ¿Cómo estás?

RAQUEL– Bien, muy bien.

TERAPEUTA: Uhm, me alegra mucho oírlo.

respuesta:

Redefinición de la sintomatología no como enfermedad sino como problema. Afrontamiento y aceptación de la realidad, desidealización Toma de contacto consigo misma La curación como proceso evolutivo

La terapia es un proceso

Procesos de cambio

<p>RAQUEL: <i>Procesos de cambio</i></p>	<p><u>DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO</u></p>
<p>TERAPEUTA: <i>Procesos de cambio, sí, sí.</i></p>	
<p>LUISA: <i>Y ¿cómo se hace eso?</i></p>	
<p>TERAPEUTA: <i>Esto lleva un tiempo. No sólo es un tiempo sino un tiempo para hacer cosas: es un proceso interno. Explicanos cómo es tu proceso?</i></p>	
<p>RAQUEL– <i>Primero de aceptación, es aceptar que yo tenía de forma de pensar que no era la mejor, que no ha ido bien cada uno hace lo que le va bien. ¿No? Bueno, pero yo he reconocido que no me iba bien; porque pienso que a ser como soy me hubiese sido igual pensar de otro modo. ¿No? Hubiese sido igual, hubiese querido igual a la gente y todo, y me hubiese querido a mí también Pues ese es el cambio, aceptándolo, viviéndolo de otra manera; por ejemplo, no sé, me siento tan bien ahora, o sea, es como que me siento yo [T: Ajá] me siento yo, si río me río yo y si lloro, lloro yo y si me enfado, me enfado yo. Eso, es raro que lo diga, pero es como lo estoy viviendo.</i></p>	<p><u>Aceptación</u></p>
<p>TERAPEUTA: <i>Cómo va a ser raro: es muy bonito que lo puedas decir.</i></p>	<p><u>Fluidez en los estados de ánimo</u></p>
<p>RAQUEL: <i>¡Si! ¿No? Pues aceptar eso: que ha sido toda la vida mi forma de pensar que no me ha ayudado mucho, reconocer que me esperaba de los demás otra cosa, entender que tampoco era tan importante esperar, también me ha servido; porque a veces esperamos pero hasta qué punto es importante, lo importante es que lo que tiene que haber es un cambio en mí y eso yo lo tengo clarísimo; y siempre yo he reclamado, he reclamado a los demás siempre he estado muy pendiente, o sea, he querido mucho; pero al mismo tiempo quería que me quisieran, y reconocer que no era tan importante que me quisieran, como que yo me quisiera; porque a veces me decían: “a ver, no entiendo, yo no quiero que tú quieras tanto si tú no te quieres”; y eso es una mentira, es una mentira, tú puedes querer, puedes querer y te puedes no querer y no es cuestión de decir “no me quiero”, no, es cuestión de que no te sientes. Yo era sensaciones, yo era una persona de sensaciones, yo no era una persona: era sensaciones y claro... si te dejas llevar siempre por los sentimientos y no eres tú no vas al objetivo; no sé si estoy expresándolo... Yo para llegar a donde he llegado ahora he tocado fondo, ... muy fondo, lo que también he sido complaciente, mhm, lo que quiere la gente. Hay que ser sincero y claro, pues yo lo he hecho conmigo, he sido dura conmigo. A ver si alguien</i></p>	<p><u>Estrategia terapéutica: connotación positiva</u></p>
	<p><u>No esperar de los demás: querer sin esperar a cambio</u></p>
	<p><u>Autoestima</u></p>

te hace algo que te molesta, tienes que enfadarte y sacar las uñas. En cambio contigo siempre usas compasión: “Pobre de mí”, “Que mal que estoy”; pues no. He sido capaz de enfadarme, de enfadarme y de ver que, jolín, que la estás cagando y que no eres perfecta y que estás pidiendo a los demás. Y que no tienes derecho de pedir nada a nadie. Por ejemplo la religión para mí ha sido muy fuerte y reconocer que yo esperaba algo también me dolió, porque pensé, ¡ostras!, que en este sentido me siento un poco triste porque, ¡uf!, yo para mí era lo más grande de este mundo y bueno un poquito todavía lo será, porque si está conmigo... pero esperar tanto de Él me ha hecho sentir mejor, pero me siento egoísta, ¿No? ... Pues eso, al tocar tan fondo pensé: bueno a ver, a veces también somos egoístas y el reconocer que yo también era egoísta me dolió, me dolió y quise trabajarlo, pensé: “vale” y luego he tenido una fe enorme, enorme y reconocer que fui egoísta porque Le pedía tantas cosas que no se podían dar; pero que me ha dado otras... Pero al mismo tiempo me negaba a reconocerlo. Que mi padre muriera fue muy duro pero es que los padres, los hijos, todo el mundo se muere. Reconocer que ésta es la vida que también que me duele pero lo acepto, estoy procesándolo y aceptando que no habrá un Reino ni nada, que el dios que yo imaginaba no existe, pero que hay uno que sí, que está por dentro. Pues eso es lo que sentía, que para mí pues ser dios es tu interior o lo que sea; yo me había negado y al negar eso negaba tantas cosas, negarme pues a reconocer que yo a mi marido podía convertirlo en una fusión, que no me había dado cuenta hasta ahora de que yo siempre he intentado fusionarme con mis padres, con mi marido y pensé, bueno lo que no daban mis padres me lo dará mi marido y intenté absorberlo y convertirme en él ¿No? y en cambio, luego, estaba tan fusionada en él que no era yo y al mismo tiempo tampoco lo hacía feliz a él; porque yo no le dejaba crecer y entender que tiene que crecer también y, al mismo tiempo, tengo que crecer yo y sobre todo saber que no quiero ir de víctima, de enferma, que tengo la fuerza para estar bien, que yo quiero estar bien, porque a veces también no volvemos un poco cómodos, a veces cuando estamos depresivos estamos cómodos: “Mira tengo una depresión, no salgo de esto y no salgo de aquello”, pues no. Reconocer cosas me ha dolido, me ha dolido de cosa mías, me ha dolido porque me he visto cómo soy, pero he visto que hay cosas que se pueden cambiar y que quiero

Sinceridad consigo misma

Liberarse del egoísmo en la fe religiosa

Diferenciación: liberarse de la fusión con los padres, el marido

No aceptar el rol de víctima ni de enferma

Oscilaciones en el proceso

cambiar. O sea no es que quiera cambiar, es que ya me siento diferente o sea hace poco yo no me veía tan bien en el espejo y ahora me vuelvo a mirar. Yo lo he pasado muy mal; ha habido momentos de ir adelante y momentos de ir atrás; no es llegar así por arte de magia. Ver la realidad es un día a día. ¡Ostrás!: el psicólogo me va a decidir esto y yo lo voy a hacer, ¡no! (cambiando de tono de voz). A veces es una palabra que se te cruza en la cabeza, como una frase y eso es lo que te cambia.

CECI: Has leído mucho o tú lo has visto así.

TERAPEUTA: Ha leído en su propia vida. [RAQUEL– ¡Claro!]. De ese libro ha leído.

RAQUEL: En mi vida, o sea en volver atrás (cambia de tono de voz) he vuelto atrás pero no para compadecerme sino para saber por qué me he convertido en lo que soy, por qué he tenido que sufrir tanto cuando mis hermanos no sufrían, el intentar, el irme para atrás me decían mis hermanas: “Pues esto no está bien.” Pero yo decía: es que yo tengo que volver atrás, tengo que volver atrás. Porque si somos doce hermanos y cada uno es distinto y yo lo he vivido tan mal, tiene que ser algo mío, es algo mío, es algo propio; esto no me lo ha hecho mi padre: “Tú serás así”, ni mi madre. ¡No!, he sido yo. Y reconocer, pues, que en eso estaba equivocada, que yo no puedo fusionarme con nadie, tengo que vivir yo, que ser yo, que sentir yo; y aceptar. Es la pelea que he tenido con el espejo. Hace poco pensaba que no me iba a curar, vine de urgencias. Y empecé a mirarme al espejo para ver si era verdad que yo era tan horrible, y decía: “Bueno, te quiero... y tal”, y yo que sé; pero a la semana siguiente me decía: “Ahora no te quiero, ni eres mona ni nada..., eres horrorosa, ¿qué quieres que te diga?”. (todos se ríen). Me quiero porque tengo que quererme, porque soy yo. Entonces a partir de estos días, las veces que me miraba eran peleas con el espejo, puede parecer una tontería pero yo en estos momentos, yo lo necesitaba. Me enfadaba y decía: “No, no eres tan guapa pero ¿qué pasa?”; entonces empezaba a valorar las cosas y a ver los fallos y, al mismo tiempo que iba aceptando como soy, porque, a ver, yo puedo no ser inteligente, ni tener una carrera, yo ya eso, ya no es así ¿Peror eso no me voy a querer? Pero a ver... No, no claro era como que yo me condicionaba mucho, me pedía mucho, ¡Jolines! ¿Que me tengo que pedir? (cambia de tono de voz) Reconocer que me pedía, que me exigía y que no me tengo que exigir. Y, bueno, estar enfadada porque estaba

Reconstruir el pasado

Asumir las responsabilidades de los errores del pasado

Autoestima interna, ontoestima

enferma: también he reconocido que me hizo bien. Pues aceptar que la medicina se equivocó al hacerme la trasfusión de sangre , que estoy enferma.

TERAPEUTA: *Ahora hablas de lo de la hepatitis.*

RAQUEL: *Pues que reconocerlo, es verdad, hubo un error, en este momento no me enfadé, no lo denuncié, ahora no puedo seguir enfadada. Voy a seguir cuidándome y no me voy a enfadar por todo... Y entender que cualquier día se me irá la vida. En eso me ha ayudado mucho la muerte de mi padre, me ha ayudado y se lo tengo que agradecer, porque ahora soy muy constante en pensar: “¡Jolin! ¿por qué no has vivido la vida?” y no habré vivido mi vida y ahora quiero vivir, quiero vivirla. Y si me equivoco, me equivoco y sino... Lo importante, que yo quiero, es sentirme yo y es que desde que me siento, me siento bien; consigo lo que quiero. Es que yo no sé como fue el cambio pues eso, volver atrás y reconocer que tengo fallos y que no son tan graves...*

LUISA: *¿Y vivir como Raquel te implica dejar cosas que tú hacías por lo demás?*

RAQUEL: *A ver, a lo mejor, ayer por ejemplo hice una cosa: mi hijo llegaba del trabajo, como se levanta a la cinco nunca quiere hacer nada; no se hace la habitación, no se hace nada, porque claro él se levanta a las cinco... Pues ayer llega y dice: “Mama, no te olvides de hacerme el bocadillo para mañana porque estoy cansado”. Has ido a trabajar, de las cinco hasta las tres, te has sentado en el sofá, no has hecho la habitación, no has ido ni siquiera a sacar la basura y ahora voy a hacerte el bocadillo... y me tuve que agarrar a la silla... [T: ríe] pero no se lo hice y pensé: “No soy mala, soy justa”, y además ¿de qué me sirvió?, de ver que hoy se iba al trabajo que se iba como siempre y tan normal ... o sea intento... Es como que tengo las cosas tan claras que no me importa enfadarme, que si me tengo que enfadar con mi hijo porque a lo mejor no lo ha hecho, pues me voy a enfadar. ¿Por qué no me voy a enfadar? Porque pienso que es una manera de ayudar. Por ejemplo, ayer también mi marido: habíamos quedado para ir mañana a Barcelona, o sea, ayer, habíamos quedado, ya le había dicho a mi sobrina que no salía con ella por la tarde; y cuando vino que estaba ya para irme, va y me dice: “¡Ay! es que he quedado con Carlos que voy a escuchar música a su casa. Y pensé... o sea en estos momento me vine abajo pero luego pensé: “Y ¿tu te vas a ir abajo? ¡No!*

Liberarse del resentimiento:

Asumir la propia vida

De la socionomía oblativa a la autonomía

Hacerse respetar y hacerse valer por el marido y

Cuando venga, tú le dices lo que piensas”, y eso es lo que hice. por el hijo

Cuando vino le dije: “Mira, a partir de ahora no te da derecho porque sea tu mujer a que me dejes plantada, a mi no me dejas más plantada; si has quedado conmigo, te vendrás conmigo y le dices a la otra persona que no puedes quedar que ya has quedado, porque yo soy tu mujer y no me puedes dejar plantada.¿me entiendes?”. Y esto también me hizo ayer reconocer que yo los enfados que he mantenido semanas, era porque no decía las cosas y eso ¿qué hace?: que lo demás se liden y no sepan lo que está pasando. En cambio ayer, me verá justa o no, pero fui tan clara y lo tenía tan claro lo que tenía que decirle, que lo ha aceptado y supongo que no lo volverá a hacer. Yo pienso que tú tienes que tenerlo muy claro y luego la respuesta la habrá o no la habrá dependiendo del otro, no dependiendo de mi; es que hasta ahora dependía de mi, a partir de ahora lo que él decida dependerá de ti no de mí porque entonces yo sigo estando abajo... y no quiero estar abajo... y además.

LUISA: Pero es hay que que verlo para creerlo. Yo es que muy importante, es que yo tengo que empezar de cero, no me veo capaz.

RAQUEL: Pero yo he empezado de cero, pero me ha costado y he estado aquí,, yo llevo aquí mucho tiempo, un año o más... no me acuerdo

TERAPEUTA: Es el segundo año. En noviembre hará dos años. Un año y medio...

RAQUEL: Pero a veces también nos equivocamos, cuando solo ves así es porque... a ver, tú tienes que pensar, o por lo menos yo pensé: “A ver si yo no me voy a desliar”, yo siempre he dicho hay que seguir el camino; bueno, pero hay caminos con piedra y caminos cortos, y si yo quiero el corto cojo el corto ¡Que caray! ¿No? [T: – Pues, normal] pues el corto también puede ser difícil... Ella puede pensar: uy que difícil es. Es difícil, no es fácil, porque hacer cambios no es fácil, ni para ti porque tú los haces y para ti van a ser difíciles, cuanto más para los que están a tu lado, que están viendo un cambio y también se pueden asustar o verlo de otra manera. Lo importante es que tú asumas el cambio, que a ti te puede ir bien y además tenerlo claro porque en el momento que flaqueas no lo puedes acabar, no puedes flaquear tienes que tenerlo muy claro; yo ayer le dije a mi hijo que no le hacía el bocadillo y luego pensaba: ¡ostras; ...

pero yo ahí aguantándome en la silla pensaba : “Pues no, no se lo hago”.

TERAPEUTA: *¿Se lo ha hecho él?*

RAQUEL: *Sí, se lo ha hecho, sí, sí.*

TERAPEUTA: *Y ahora para ver hasta qué punto las cosas están bien atadas*

RAQUEL: *O sea, pues yo no se lo hago; ya no se lo hago; pienso que no, que tiene que ser él, es un hombre ya, ya se lo digo, nunca hace nada en casa del trabajo y este día le dije: “A ver tú eres un persona genial: te gusta estudiar, te gusta la música, no paras y ahora estás trabajando, cuando trabajas te olvidas de vivir porque llegas del trabajo y tienes ganas de dormir hasta al día siguiente. Hijo mío no es así la vida! Pues la vida sigue, imagínate ser madre: llegas del trabajo, tienes que hacer de comer, las faenas, planchar, lavar e ir de compras, esto tú no lo tienes; y porque te haya dicho que tienes que hacerte un bocadillo...” Te lo tienes que hacer igualmente... Y además si él dijera: “Pues, yo me voy de casa”, que me lo puede decir, pues yo no te voy a abrir la puerta para que te vayas pero si te quieres ir hijo te vas, claro... Es que tengo las cosas más claras, es que quiero ser yo, quiero vivir yo, yo no quiero, pues, que porque sea la madre, que te tengan que atornillar y porque sea la mujer no me tengan que valorar; ¡No señor! Yo, es lo que le dije ayer mi marido, yo soy tu mujer, pero eso es un papel; pero yo soy más que eso y si has quedado conmigo has quedado.*

TERAPEUTA: *Que te tienen que tratar como persona.*

RAQUEL: *Exactamente eso es lo que le dije. Tal vez eso no lo entiendan y necesiten unos días de prórroga y de paciencia, porque la han tenido que tener conmigo y mucha para aguantarme. Pero si tiene que haber cambios son cambios también para toda la familia. Y me pongo en lo malo... y desde luego no quiero ser cómoda, ni quiero acomodarme en una depresión ni nada, porque veo también gente que se acomoda en una depresión porque tal vez es más fácil vivir en una depresión que echar la cara, porque echar la cara... porque tengo cuarenta años y no sé lo que me queda, yo quiero vivir... y mis miedos los tengo pero cuando los tengo me centro y pienso qué es lo que me hace cambiar la actitud.*

Estrategia terapéutica:
Exploración o comprobación

Capacidad de educar, o sea de ejercer el papel de madre, desde la posición autónoma

Anteponer la persona a los roles

Respuesta reflejo del terapeuta

Comprensión metacognitiva del cambio: el cambio de un miembro del sistema implica cambio para todos

13.VI.2003. (Sesión nº 56).

“El lobo feroz”

TERAPEUTA: *El otro día ya te vi con estas coletas (dirigiéndose a Raquel) ¿Obedece a alguna razón particular?*

RAQUEL: *No mira, ah, ah, ah, me encuentro tan bien que me apetece hacerme cosas nuevas [T: muy bien]...*

TERAPEUTA: *Y cuéntanos ¿cómo es que te encuentras tan bien?*

RAQUEL: *Uf (suspira) pues que ¿cómo es? Pues no sé (silencio), tal vez veo las cosas más reales... No sé porque ... realmente no sé, bueno, mi forma, mi carácter, toda mi vida he sido de una forma especial pues me hacía ver las cosas siempre negativas, de padecer mucho, de luchar mucho, de cómo que no había otra cosa más ¿no?, o sea que había que luchar, luchar y había que hacer esto por aquel, esto por el otro, que no me arrepiento ¿eh?*

TERAPEUTA: *Porque antes, decías que el mundo era un valle de lágrimas pues para ti era un campo de batalla.*

RAQUEL: *Un campo de batalla, ¿no? Y supongo que con la muerte de mi padre dentro del dolor que pude tener tan grande, me abrió los ojos, pues porque me hizo ver que la realidad es esta, porque yo claro, era tan de fe, tan de fe que pensaba que yo no me iba a morir ni mis padres ni nadie se iba a morir y que Jesucristo iba a venir y nos iba a salvar y todo ese cuento pues me..., la verdad que no me fue muy bien, no me fue muy bien, pero lo he vivido toda la vida y al morir mi padre pues que me di con la realidad en la cara ¿no?, fue cuando dije ya no puedo más, me rindo pero ese sufrimiento también me ha ido bien, yo ahora pienso bueno no sé si estará en algún sitio o no, si me escuchará, ¿no?, si este es el punto y final de la vida de mi padre. Pero... me ha ayudado, porque incluso a veces paso por donde yo vivía y miro arriba al balcón y pienso, ostras tanto tiempo mi padre viviendo aquí, mi padre hizo lo que quería hacer? Y entonces al mismo tiempo como que me reboto. Y digo ¿y yo: estoy haciendo lo que yo quiero? ¿No? Porque tal vez a lo pronto o a lo tarde algún día yo también me iré y ¿habré hecho lo que quiero? Tanto luchar por él y no conseguir nada ¿no? Pues es como que me ha abierto los ojos y la veo la vida es como que la toco. Es una sensación no sé, me siento muy bien o sea hay momentos malos, hay cosas duras pero las estoy viviendo...*

TERAPEUTA: *No las mistificas, las vives tal y como son, tal*

Estrategia terapéutica:
señalar un cambio externo para apuntar al cambio interno

Cambio de la posición negativa a la positiva.
Pasaje de la posición oblativa a la autónoma

Importancia del sufrimiento para el cambio: del pensamiento mágico al realista

Planteamiento existencial: la muerte del padre sirve para asumir la propia vida

Estrategia

como vienen.

RAQUEL: *Exacto, tal como son, no pido dar la vuelta, no le pido a Dios que me cambie esto ni aquello, es como es: ¿qué puedo hacer por esto, puedo hacer algo?, lo hago; ¿no puedo?, dejaremos pasar el tiempo. O sea reconocer que mi carácter me perjudicó mucho, mi forma de pensar, mi pensamiento, que aún los tengo allí que me fluyen. Pero tengo la fuerza de decir no, a ver, esto no es real, lo real es esto. O sea, que me siento muy bien y me estoy dando cuenta pues que es eso, que es una forma de pensar lo que me ha convertido en lo que he sido hasta ahora, me siento bien no sé, cada día con ganas de tocar la vida, porque pensaba tanto en la otra vida que no me daba cuenta de esta...*

[T: suena muy bien] *Es como la fe, ya no creo en ese Dios venerado, pero eso también por un lado lo pasé también mal cuando me rebelaba. Lo que no quiero es ese tipo de peso, pero me estaba rebelando! Porque realmente si no te quiero no tendría porque preocuparme tanto [T: exacto, exacto] entonces reconocí que es algo que yo tengo dentro, que yo lo siento, y que no me lo voy a tirar a la espalda, está ahí, igualmente que hablo con mi padre y digo pues si estás en algún sitio o no estás, le cuento cómo me ha ido el día o lo que he hecho o lo que no he hecho o lo que tal. Eso lo hacía con Jesús antes, ¿no? Pues ahora también lo hago con Jesús a veces pero ya no le pido nada porque se que la vida está en mis manos, la mía...*

TERAPEUTA: *es un diálogo que tienes tú [Raquel: Sí] Y que personificas a veces en Jesús otras veces en tu padre.*

RAQUEL: *Claro pero en realidad me doy cuenta, claro cuando yo ya estoy diciendo si estás en algún sitio o si no estás, yo ya me escucho, me tiene que servir, o sea es algo que ha cambiado o sea sigo pensando en ellos porque han formado parte de mi vida ¿no? [T: claro] pero ya no son mi bastón y cuando me pegaron la patada yo no sabía caminar, y ahora pues me doy cuenta de que tengo que caminar sola, es la dependencia que a veces también tenemos de los hijos, me ha enseñado a separar, porque no quiero tener dependencia de los hijos ni de un psicólogo, yo se que tengo que cambiar y que habrá un día que me caeré pero tendré que sacar fuerzas para defenderme y remontar porque tengo que levantarme, total a veces pienso, ¡ostras! cosas tan duras que he pasado pues ahora tampoco las veo, pienso me han enseñado también, y por ejemplo ahora puedo ver la dependencia; la dependencia de Jesús eso me está enseñando a*

terapéutica:
respuesta síntesis

Autocrítica constructiva:
aceptar la realidad

Estrategia terapéutica:
Reformulación:
del diálogo externo al monólogo interno

De la dependencia a la independencia

no tenerla de mis chicos y aunque los quiero con locura pues pienso que si hay algo que yo quiero hacer por ellos y no me lo aceptan pues lo voy a aceptar porque tienen derecho a equivocarse o tal vez no se van a equivocar y me equivoco yo, me siento en la vida.

TERAPEUTA: *Me ha gustado también que dijeras, que pusieras en el mismo saco también al psicólogo, que no lo vas a necesitar.*

RAQUEL: *No, a ver, no quiero tener dependencia de nada porque entonces no, no habré aprendido nada ¿no? [T: vale] pienso que en este tiempo que he estado aquí he aprendido mucho [T: mmmh], mucho porque sin este espacio yo no hubiera visto nada, me hubiera hundido en el dolor y no hubiera visto nada, y el estar aquí me ha enseñado a poder separar una cosa de la otra ¿no? El lío de caracoles que yo tenía los he ido separando, esto no, esto con esto, me ha ido bien, pero no quiero tener dependencia porque entonces siempre voy a depender de un bastón para vivir y no quiero.*

TERAPEUTA: *Los psicólogos somos como los kleenex para usar y tirar (risas) para secar las lagrimas, pero cuando ya han cumplido su función pues se tiran. Por eso también es importante que cuando llega el verano hagamos vacaciones y descansemos de psicólogo y de terapia, para que cada uno haga su proceso.*

2003.X.10 (Sesión nº 60)

“La despedida”

RAQUEL: *Este es mi último día...*

CECI: *Raquel, no te vayas...*

RAQUEL: *Me gusta venir aquí, todo el mundo este... ayudarme a mi misma a aprender y crecer, que es lo que he hecho con cada uno de vosotros, porque cada uno tiene una experiencia..., pero te enriquece, porque dentro de lo mal que lo podáis ir pasando..., te enriquece porque ves cómo, cada uno lo afronta, o cómo es incapaz de ver más allá, porque es muy fácil para uno ver la debilidad del otro, y lo difícil es verla de aquí a allá...y esto te ayuda. Y a mi me gusta venir, pero creo que es la hora de irse porque sobre todo no me gusta la dependencia. Sé que los problemas están en la vida que sé como soy yo, que soy una persona que los cambios me asustan, me hacen estar asustada, me estresa, me angustia, me dan taquicardias, lo sé, y eso soy yo con mi miedo, y que eso está ahí, cuando vea un cambio intentaré*

Estrategia
terapéutica:

Independizarse
también de la
terapia

Reconocimiento
del beneficio
terapéutico

Estrategia
terapéutica:

El valor
instrumental de
la terapia

Motivo y
justificación de
la despedida:

El desarrollo de
la autonomía

controlarme que no lo he hecho hasta ahora. Porque a ver, yo no me he curado de ninguna enfermedad, porque yo no tengo ninguna, yo tenía un malestar, he reconocido que tenía un malestar, he reconocido que ha habido cosas de mi vida que me han hecho mucho daño, cosas, no personas ¿nooo...? cosas que no me...

TERAPEUTA: *Situaciones...*

RAQUEL: *Si eso, situaciones que uno no se atreve a cambiarlas, y entonces me he ido planteando qué tipo de situación, me provocaba ese malestar y desde el punto de vista que lo enfoco como un malestar y no como una enfermedad, he actuado diferente, porque claro yo que venía aquí al principio no lo creía así, quería un médico, creía en la ciencia, creía, tengo un desastre en el cerebro pero que me curasen.*

TODOS: (Risas generales)

RAQUEL. *¡Nada, eso! Desde el punto de vista que una tiene malestar, y que no está enfermo, que una enfermedad ya es otra cosa, que es lo que yo pasé en su día (en referencia a la hepatitis), que lo superé y que tuve fuerzas eso significa mucho para mí, que hay cosas que me duelen, que no puedo cambiar, que la muerte es algo que me afecta mucho, de acuerdo; pero tampoco culpo la vida ni la muerte, porque pienso que en momentos así no tengo que pensar constantemente que por qué, que no siempre hay un por qué, y bueno desde que yo me planteo que no tengo que esperar respuesta, de que no necesito pedir perdón como hacía antes, porque no tengo nada que tenga que perdonar, lo que hago mal, voy y te digo “mira lo siento, la he cagado”, yo es que soy así y ya está, no.....y que no necesito constantemente tener el dolor en el corazón y decir “¿Dios mio, estás?”, si estás estoy bien. Sigo siendo la que soy aquí, y asumir que tengo que dar un cambio, aunque no me guste, que tal vez nunca maduraré como una persona adulta, porque a veces me cuesta hacerme adulta...*

TERAPEUTA: (A Raquel) *Has madurado muchísimo, porque entraste bastante inmadura..*

RAQUEL: *Sí, porque yo soy así. Que la muerte de mi padre me enseñó mucho, me dolió mucho, pero me abrió los ojos. Y en el fondo todo sirve para algo en la vida: la vida, la muerte, conocer a alguien, mi padre ha pasado por mi vida, todo lo que ha pasado en mi vida me hace sentir experiencias, he vivido cosas buenas y malas con él, no me siento apegada al pasado, en fin, me siento bien. Sé que va a haber cosas siempre que puedan ir mal, pero*

Redefinición de la sintomatología como un malestar existencial frente a la concepción patológica como enfermedad.

Reconstrucción del sistema epistemológico cognitivo y moral:

Liberación de las preguntas desde la aceptación y la autonomía

El proceso de terapia como cambio, aprendizaje y maduración

intentaré ser fuerte, y eso. A ver como lo afronto ahora, a ver por qué me duele la cabeza, por qué me ha dado taquicardia, a ver qué me ha pasado ahora.

TERAPEUTA: *¿En concreto?*

RAQUEL: *En concreto, yo últimamente me encuentro mal, no puedo dormir, pero sé que el malestar me lo causa el trabajo, pero como sé que tengo que trabajar, porque lo necesito, pues sigo utilizando control mental, intento relajarme por la noche, para poder dormir que es lo que me cuesta, y ya está, simplemente saber que eso es así.*

TERAPEUTA: *Este trabajo te estresa*

RAQUEL: *Este tipo de trabajo que hago ahora sí me estresa. Pero no lo quiero dejar. Yo podría dejarlo y decir, qué bien, ya me siento bien, pero no lo quiero dejar ya, aguantar un poquito más. Y pues, he aceptado muchas cosas, que cuando ves las cosas desde otro punto de vista, es que la vida merece la pena, que no todo lo que tiene es negativo, que también tiene cosas buenas, que cuando estamos mal, nosotros nos cerramos, y no las vemos. Y a mí, me han ocurrido cosas muy buenas, como en el trabajo que tengo ahora o el trabajo que hice hace un año*

TERAPEUTA: *¿La zapatería?*

RAQUEL: *Claro, yo eso, yo es que me sentía, tal como me sentía, yo eso no lo hubiese hecho, era la encargada, llevaba la zapatería, me encargaba de todo, ahora tengo un trabajo que también estoy muy bien, estoy todo el día sentada en el ordenador, es que soy feliz. ¡Pero si yo valgo para mucho!!!!*

TERAPEUTA: *Claro*

RAQUEL: *Y si el día que tenga a mi niña en casa [en referencia a una niña china que espera adoptar pronto], yo pueda trabajar de esto, pues voy a trabajar de esto, o sea, pienso que la vida está ahí igualmente, la que está aquí hoy diferente soy yo. Y desde el punto de vista el pensar que yo no estoy enferma, que no estoy loca, me va bien, por lo menos a mi me sirve, a otros les evoluciona de otra manera... [T.: Aha]. Desde mi punto de vista a mi me ha servido mucho, por lo que digo, como a cada una de nosotras, porque cada una tiene una historia distinta, que no ha tenido nada que ver con la mía. Yo a veces me he sentido identificada en algo con alguna más que otra, pero os doy gracias a todos. Me siento muy bien de pensar que me puedo ir de aquí, porque yo sé que me puedo ir de aquí, me gusta mucho estar aquí, yo pensaba que iba a venir, y que él (el terapeuta) me*

Indicadores de mejora definitiva:

Capacidad de identificar el origen concreto del malestar cuando se produce y capacidad de autorregularse

Síntesis de su proceso en la terapia y muestras de agradecimiento al grupo

diría la palabra mágica... Yo venía aquí con esa idea, yo estoy enferma, quiero deberes, quiero que me digas lo que tengo que hacer, ¿no?, pues no. Es realmente lo que escuchamos, aplicártelo y que te sirva. Yo sí que hacía los deberes, cuando me iba y toda esa historia cada día escribía. Con lo que he escuchado de los demás, con lo que me he escuchado de mi misma, he trabajado eso... Por muy duro que sea lo tienes que pasar. Para mí fue muy malo, fue peor que una enfermedad y que encima no me la puedo quitar de encima. Entonces supongo que eso para ti (en referencia a Ceci y a su sintomatología hipocondríaca), sentirás lo mismo, tú tienes miedo a morir, yo no tengo miedo a morir, pero yo quería saber, o sea yo prefiero saberlo antes que él que se iba a morir, para mí era lo importante. Hasta que llegó el día que dije no, que si Jesús no está, no está, y tengo que aprender a vivir, porque desde que tenía siete años hasta hoy, para mí era importante, era mi vida, eso era mi vida, y cortar con eso costó dolor, mucho dolor en el corazón, que pensé que me daba un infarto, y eso que me dolía, pero me dolía de verdad. Me llegó a doler desengancharme de eso, que era parte de mí, porque desengancharte de todos tus malestares será doloroso, pero tendrás que hacerlo, y el terapeuta no te podrá dar la palabra mágica, porque él ni nadie no la tiene, yo la esperaba e incluso esperaba que él me dijera algo

TERAPEUTA: *Que le diera sentido a la vida, que le explicara el sentido de la vida.*

RAQUEL: *Incluso fui a la iglesia, hablé con el cura y tal, yo buscaba, buscaba, y vi que nadie me daba una respuesta, pues fíjate, ¿no? ese era mi malestar, pues igual que el tuyo, Ceci, es tu malestar, tienes que desengancharte, tienes que buscar donde está el lazo que te engancha, para cortarlo y tal vez está en algo que a ti no te gusta, tal vez está en algo que a lo mejor ni recuerdas o tal vez está en que te sientes imprescindible para tus hijos.*

Construcción de un nuevo sistema epistemológico basado en:

- Comprensión de los procesos de cambio
- Desarrollo de la autonomía.
- Asunción de responsabilidad
- Atribución de autoeficacia
- Mayor conocimiento y aceptación de sí misma y de las situaciones
- Superación del pensamiento mágico

El recorrido terapéutico seguido por Raquel durante esos dos años de terapia reproduce todas las etapas de un duelo anticipatorio y subsiguiente a la muerte de un ser querido (Kübler-Ross, 1989) que plantea, a la vez, el significado y la integración de la propia muerte en la vida a través de un proceso de reorganización del sistema epistemológico que incluye creencias y posicionamiento moral ante Dios, las relaciones y uno mismo.

Lo que más llama la atención en el caso de Raquel es la profunda crisis de fe que la noticia de la enfermedad irreversible del padre desata en ella, hasta el punto de someter a prueba empírica su representación sensorial de la divinidad quemando biblias y crucifijos. Esta reacción iconoclasta, sin embargo, la conducirá más adelante a una forma más fina de espiritualidad.

El proceso terapéutico se observa también a lo largo de las sucesivas sesiones, de las que aquí sólo hemos reproducido una muestra, estratégicamente seleccionadas a lo largo de todo el recorrido, donde se puede reconocer un cambio epistemológico importante de un nivel simbólico, preoperatorio o mágico de construcción (Villegas, 1993) a un planteamiento metacognitivo, reflexivo y consciente, así como una maduración en su posicionamiento moral, inicialmente dependiente, sumiso, complaciente y oblativo, a una posición autónoma y responsable (Villegas, 2002, 2005).

Este cambio se pone de manifiesto igualmente en la transformación de la demanda y las expectativas iniciales, centradas en una representación médica de la intervención psicoterapéutica, en un reconocimiento de un malestar subjetivo debido a la vida que se lleva. En un momento del proceso reconocerá Raquel:

“De hecho, cuando empecé a venir aquí, yo venía con otra idea... yo venía porque el tratamiento contra la hepatitis a lo mejor me había afectado al cerebro... El médico de Barcelona me dijo, ves porque seguramente el interferón daña un poco a lo mejor y tal... Me hice un escáner, me salió bien... pero bueno yo con el rollito ese... bueno pues voy a ir... Vaya!... y luego lo que ha pasado... que cuando vienes aquí, no sé si es que profundizas mucho o son situaciones que van pasando, pero vas viendo cosas que no tienen nada que ver con el interferón. Que dices, pero es que esto es mi vida... (T: que es lo que interfiere) que es lo que interfiere... porque es mi vida, es mi vida...”

Desde el punto de vista sintomático se hace también evidente una transición de un estado ansioso depresivo inicial, hacia una posición depresiva más profunda, para ir evolucionando hacia un bienestar y vitalidad manifiestos, particularmente en la reaparición del deseo sexual, la actividad y las iniciativas, a partir de la aceptación y la reorganización de sus creencias y actitudes. En la actualidad, cuatro años después de finalizada la terapia, Raquel ha recuperado un peso adecuado a su edad y estatura, tiene un trabajo que le permite combinar sus quehaceres familiares, el cuidado de la casa y de los hijos, entre los cuales una hija adoptiva china de cinco años, y la relación de pareja con la actividad laboral.

Estos procesos de cambio siguen un movimiento oscilatorio característico (Mahoney, 1991) que se hace perceptible a través de la lectura pausada de los textos y que hemos destacado sistemáticamente en los comentarios o glosas que los acompañan. Hacia el final de la terapia estos movimientos oscilatorios parecen haber dado paso a una estabilización mayor, dado que la persona ha dejado de

regularse por los acontecimientos, criterios y normas externos, para pasar a regularse por sí misma, siendo capaz de detectar el significado de sus reacciones y de comprender el significado de sus respuestas emocionales.

Pero incluso más allá de estos procesos psicológicos puestos en marcha a lo largo del recorrido terapéutico, se hace evidente un cambio en la perspectiva existencial de Raquel, que probablemente no se habría producido al margen de la crisis abierta por el planteamiento de la perspectiva de la muerte del padre. La paz, la humildad, la armonía interior, la liberación de la angustia de las preguntas, fruto de la aceptación y la comprensión de la condición humana permiten a Raquel un acceso directo a la fuente de amor que ha regido toda su vida, pero ahora no en la búsqueda desesperada de un abrazo que nunca llegó, sino en forma de generosidad y entrega al cuidado de una nueva vida, la de la niña china adoptada. Raquel ha comprendido que Dios es amor y que a este Dios no hay que buscarlo fuera, en imágenes o a través de milagros o manifestaciones, sino dentro de sí misma:

“Tal vez cuando quemé todos los crucifijos y todo lo que tenía, lo necesitaba porque Jesús, el que yo buscaba, estaba fuera y tal vez en el que tengo que creer es el que está conmigo, el que está dentro de mí. Está dentro de mí, pero no es nadie, es que soy yo... Yo quería que le dieran amor a mi padre, yo le he dado amor. Yo quería que le protegieran, pues yo estaba asistiéndole en la quimioterapia. Ese es el Dios que existe en mi vida, ¿no?, él no está fuera; por eso nunca me arrepentiré de haber quemado un crucifijo, ni nada, ¿no?, aunque no puedo desprenderme del todo. Por lo menos es lo que siento”. (10.V.2002. Procesos de duelo).

Con este proceso y un alto grado de colaboración e implicación Raquel ha conseguido rescribir una historia que se había quedado vacía de argumento después de la muerte del padre. El coste emocional ha sido elevado, pero la transformación a la que ha dado lugar le permite proyectarse de nuevo en la existencia. La terapia ha constituido, de principio a fin, un proceso de resignificación de la experiencia.

El artículo plantea la psicoterapia como un proceso de reconstrucción del significado de la experiencia. A este fin se reproduce todo el proceso de principio a fin de una terapia, utilizando para ello una selección de fragmentos de las sesiones, grabadas en video y transcritas en su totalidad. La reproducción de partes significativas de los diálogos permite anotar paso a paso las oscilaciones seguidas por la paciente durante los casi dos años que duró el recorrido terapéutico. Escritos en una segunda columna los comentarios hacen referencia tanto al proceso seguido por la paciente como al procedimiento e intervenciones llevadas a cabo por el terapeuta. De este modo se hace evidente el pasaje que experimenta la paciente en su crisis personal, desencadenada por una intensa experiencia de duelo, a través de diversos niveles de regulación moral hasta la autonomía.

Palabras clave: *Psicoterapia, procesos de cambio, transcripciones, duelo, desarrollo moral, autonomía*

Referencias bibliográficas

- Kelly, G.A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes*. New York: Basic Books.
- Raquel 23.XI.2001 (Sesión nº 4) “Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?”
- Raquel 30.XI.2001 (Sesión nº 5) “Sólo humo”
- Raquel 03.V. 2002 (Sesión nº 25) “Paseo por el Amor y la Muerte”
- Raquel 10.V.2002 (Sesión nº 26) “Procesos de duelo”
- Raquel 08.XI.2002 (sesión nº 35) “Patatas arriba”
- Raquel 24. I. 2003 (Sesión nº 44) “Morir de asco”
- Raquel 25. IV. 2003 (Sesión nº 52). “El Mercedes”
- Raquel, 13.VI.2003. (Sesión nº 56). “El lobo feroz”
- Raquel 10.X.2003 (Sesión nº 60) “La despedida”
- Villegas, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia, 14-15*, 38-87.
- Villegas, M. (1995). Psicopatologías de la libertad (I). La agorafobia o la constricción del espacio. *Revista de Psicoterapia, 21*, 17-40.
- Villegas, M. (1997). Psicopatologías de la libertad (II). La anorexia o la constricción de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia, 30/31*, 19-92.
- Villegas, M. (2000). Psicopatologías de la libertad (III): La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia, 42/43*, 49-134.
- Villegas, M. (2002). ¿Dónde vas con mantón de Manila? El proceso de convertirse en persona... autónoma. *Revista de Psicoterapia, 50-51*, 101-163.
- Villegas, M. (2004). Psicopatologías de la libertad (IV). Anorexia purgativa y bulimia o el descontrol de la corporalidad. *Revista de Psicoterapia, 58-59*, 93-143.
- Villegas, M. (2005). Psicopatología y psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia, 63-64*, 59-133.

“LA BAILARINA”. INTERFERENCIA EN EL SENTIDO DE CONTINUIDAD DE SU IDENTIDAD PERSONAL, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Marcial Arredondo Rosas
Master en Teràpia Cognitivo-Social, U.B.
marcialarredondo@gmail.com

From the postrationalistic perspective is considered essential for the therapeutic process to point out the moments in which the person who comes to therapy has been interrupted the continuity of the sense of itself. The aim is to achieve the person back to acquire a sense of continuity. The key to work is the way to be emotionally linked with the others in order to maintain own systemic viability (continuous sense of personal identity). The narrative sequence material consists of the affects and the status of the narration is temporality

Keywords: Vittorio Guidano, postrationalism, self, moviola, therapeutic process

PRESENTACIÓN

Nuria es una mujer joven de 31 años, bailarina y oriunda de Barcelona, bastante delgada, de nivel socioeconómico medio-alto. Al momento de consultar se sentía sumamente angustiada y ansiosa. Por un lado, estaba experimentando una serie de síntomas fuertemente invalidantes y, por otra parte, la solución que se le estaba ofreciendo, era un tratamiento farmacológico al cual no quería someterse. A esto se sumaba la advertencia o “amenaza” del médico derivante, de que si no se medicaba se cronificaría.

Estudió danza y arte dramático en Madrid durante seis años. Se fue con una amiga con la que compartió los estudios y vivienda hasta el último año de su estadia en Madrid, fecha en la que se compró un piso y se fue a vivir con su novio. Terminó “muy mal” dicha relación y para poder poner fin a la misma volvió a Barcelona.

Llegó a vivir en el piso de su madre y se dedicó principalmente al trabajo y los estudios, no estableció nuevos vínculos ni tampoco retomó los antiguos. A los cuatro meses de haber llegado inició una relación sentimental que mantuvo hasta

mediados de la terapia, cuando decidió poner fin a esta. Su mundo relacional estaba constituido por los amigos de su novio, su hermana menor (que era parte de este grupo de personas), su hermana mayor y su madre. También mantuvo el vínculo con sus amigos de Madrid a quienes dejó de ver por varios meses y que durante el transcurso de la terapia volvió a visitar.

Estaba realizando dos trabajos hasta que le dieron la baja médica. Uno en la joyería de su madre a tiempo parcial, junto a su hermana mayor (gemóloga) y a su madre, y el otro, en el gimnasio de un colegio dando clases de aeróbic. En este último trabajo empezó a recibir continuas críticas de su quehacer que gatillaron el desencadenamiento de la fuerte activación somática. Después del momento más intenso de la crisis continuó con su actividad laboral en la joyería pero no volvió al gimnasio.

Algunos acontecimientos significativos en su biografía son el fallecimiento de su padre de un infarto a los pocos meses de encontrarse Nuria viviendo en Madrid. El mismo año en que se suicidó su cuñado de un disparo (el padre de su sobrino), a los días de embarazo de su hermana mayor.

ANÁLISIS DE LA DERIVACIÓN Y LA DEMANDA.

Cuando Nuria consultó por primera vez, lo hizo con un médico del CAP (Centro de Atención Primaria) —en el que la atendí—, que la derivó a tratamiento psicológico, tras haberle diagnosticado “trastorno por crisis de pánico en relación con actividad laboral”. La demanda realizada por Nuria en esa ocasión fue sintomática, cuyo objetivo es curar un problema psicológico entendido como una enfermedad orgánica (Villegas, 1996):

“yo estaba haciendo mi vida normal, pues esto, mañanas, tardes los fines de semana de pilates y nada que un día me levanté sin voz y no podía, pero no me encontraba mal y me pasé como cuatro días en la cama y el día que me intenté ir a trabajar, me vine aquí porque veía que no podía, pensé que me faltaban vitaminas yo, y me dijo el médico pues que tenía una crisis de ansiedad”.

Después de visitar al médico también hizo una consulta con una demanda del mismo tipo (sintomática) a una naturópata, considerando aún que se trataba de algún problema físico y además por no estar de acuerdo con la ingesta de fármacos que le había indicado el médico del CAP:

“el médico me dio muchas pastillas y no me he tomado nada porque no me quiero tomar nada. Cada tres semanas estoy viniendo aquí, lo que pasa es que es un rollo también porque cada vez que voy en realidad el médico se cree que me estoy medicando, sabes? y vengo aquí: que cómo estás? No he tomado la medicación, le digo. Pues te la tienes que tomar porque si no esto puede ser crónico y tal, me asusta mogollón, le digo que me la voy a tomar y salgo y vuelvo a pensar que no, y llevamos así, pues nueve semanas, es que es verdad, no entiende que no me quiera medicar, sabes?”

Cuando llegó Nuria a consultar conmigo, luego de nueve semanas de inactividad, angustia y reflexión, aún persistía su duda inicial (sintomática), pero a lo largo de la sesión Nuria fue abarcando otras áreas de sí misma, transformándose su demanda en específica, donde ya era posible identificar sus síntomas como problemas psicológicos (Villegas, 1996):

“o sea desde que he parado si que noto que estoy fatal y por eso he pedido esto. Realmente me doy cuenta que no estoy bien y también creo que ocupaba todo el día para no parar y cuando he parado pues me doy cuenta que no estoy normal, que estoy muy insegura en circunstancias que antes no lo estaba, creo que es lo que más me afecta la inseguridad esta que me provoca, que cualquier cosa es un mundo, todo lo que tengo que hacer me provoca taquicardia, no se, me he vuelto como una niña pequeña pues que, como muy inútil me noto ahora, sabes?, otras veces estoy en la tienda y es que no puedo ni atender, es que es mucha inseguridad, cuando llaman al timbre ya se me encoge todo, sabes cualquier cosa, te puedo decir tantas, pero todo, cualquier punto de vista, cualquier actitud que cuento mío, luego digo: qué habrán pensado, no vez, mucha inseguridad. Me estoy dando cuenta que mi sensación es como si yo me tuviera que esconder mi manera de ser, como si cuando sale mi manera de ser me diera vergüenza”.

“Yo creo que ha habido épocas en que he estado bastante a gusto, llegarte a sentir super bien con tu manera de ser no sé, pero eso de estar cómodo, de relacionarme con gente y relacionarme, no estar detrás pensando, que es lo que me agobia ahora que no estoy en los sitios, estoy todo el rato liándome por dentro y antes no creo recordar que me pasara esto”.

La demanda quedó establecida en términos de poder volver a vincularse con las personas como antes de la crisis, es decir, con una gama emocional más amplia, donde hay personas con las que logre sentirse muy a gusto y otras con las que se sentirá un poco más intimidada, pero sobre todo poder salir de la angustia tan intensa que estaba experimentando en la mayoría de los vínculos que establecía. Nuria se encontraba en un estado de extrema hiper-reflexividad desde el cual se cuestionaba cada acto, sentimiento, o pensamiento, sin poder encontrar ningún punto de referencia propio a partir del cual evaluar las situaciones. Su autoestima estaba en niveles muy bajos y por lo tanto cada acto de decir o hacer era potencialmente negativo y avergonzante.

Otro aspecto importante en la definición del trabajo terapéutico fue validar su opción de no tomar fármacos. Este punto es importante porque es una de las primeras perturbaciones generadas hacia el tránsito desde una atribución externa de la problemática y que requiere de una solución externa (ingesta de fármacos) a una atribución en que la génesis de la problemática pueda asociarse a sus reglas internas de funcionamiento, lo cual le da un sentido de agencia personal en la consecución de los cambios.

BATERÍA DE TEST UTILIZADOS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

Entre la segunda y tercera sesión le administré a Nuria los test BDI, SCL-R-90 y SPAI para tener un registro de la sintomatología presente y poder comparar los resultados con una nueva administración de los test una vez finalizada la terapia, y así tener una referencia cuantitativa de la evolución del proceso terapéutico. Utilicé también el test de La Rejilla para hacer un registro más completo que incluyese los aspectos narrativos de su experiencia: los personajes significativos, elemento contextuales y vinculares y la construcción de significados narrativos a través de sus constructos personales¹ (Botella; Feixas, 1998).

En el Inventario de Depresión de Beck (BDI) obtuvo una puntuación de 28, lo que indica una Depresión Moderada, casi en el límite con el inicio de una Depresión Severa.

Al finalizar la terapia la puntuación obtenida fue de 6 puntos, lo que indica una Fluctuación Afectiva Normal.

Etapa Pre y Post- Test SCL-90-R². Comparación de resultados:

	P. GENERAL	PSIC. AMBUL.	NURIA	
			Pre-test	post-test
SOMATIZACIÓN	54	172	125	8
OBS-COMP	58	176	250	60
SENS. INTERPERS.	48	153	300	44
DEPRESIÓN	70	202	385	31
ANSIEDAD	49	184	190	90
MIEDO-HOSTILID.	43	140	33	0
ANSIEDAD FOB.	24	145	114	43
IDEACION PARAN.	44	142	200	83
PSICOTISISMO	21	126	190	50
G.S.I.	45	167	192	44

Los resultados de este test muestran la alta sintomatología con que se presentó Nuria al iniciar el proceso psicoterapéutico, sobre todo en los ítems de sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y ansiedad, que fueron las temáticas y síntomas más trabajados durante la terapia.

En el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) se obtuvieron las siguientes puntuaciones en la subescala de fobia social:

- Pre -test: 121,5
- Post-test: 68,1

Desde la interpretación del Test de la Rejilla la discrepancia que se presenta

entre los constructos del yo y del yo-ideal, constituiría el motivo de consulta, lo que la persona quiere cambiar. Estos constructos serán analizados a través de su presencia en los dilemas implicativos. Los resultados obtenidos dan cuenta de su demanda y son los siguientes:

REJILLA I		REJILLA II	
DISCREPANCIA		DISCREPANCIA	
YO	YO-IDEAL	YO	YO-IDEAL
2 Angustia	7 Tranquila	6 Insegura	1 Segura
6 Distante	1 Cómplice		
2 Insegura	7 Segura		
7 Torpe	1 Práctica		
6 Falsa	1 Divertida		

En relación al grado de autoestima percibido y la diferenciación sí mismo-otros:

PERFIL DE CONSTRUCCIÓN DE SÍ MISMA			
REJILLA I		REJILLA II	
Correlación Yo – Ideal	- 0,101	Correlación Yo – Ideal	0,453
Correlación Yo – Otros	0,418	Correlación Yo – Otros	0,267
Correlación Ideal – Otros	- 0,254	Correlación Ideal – Otros	0,053

Al inicio de la terapia la correlación entre el yo de Nuria y su ideal de yo es baja. Se percibe diferente de su yo ideal, lo que constituye un indicador de baja autoestima y de poca confianza en sí misma para resolver los desafíos presentes de su desarrollo evolutivo, lo cual también queda reflejado en la cantidad de constructos que desea cambiar.

Otro aspecto interesante a destacar a través de la correlación yo-otros, es que no se aprecia una percepción de diferenciación en relación a los demás, correlación que disminuye al finalizar la terapia, lo cual es un indicador de un aumento de su grado de demarcación en relación a las demás personas.

Al resto de las personas las distingue –al inicio de la terapia– alejadas de su ideal de yo, lo que indica que no tendría una evaluación positiva de los demás. Esta visión la deja en un mundo donde no hay muchas personas confiables. Estos resultados son congruentes con su visión de un mundo engañoso donde los personajes que lo habitan le resultan altamente amenazantes (alumnos, clientes, amigos del novio, hermana y papá).

COMPLEJIDAD COGNITIVA³

Rejilla I:

Eje 1: 41,79% Eje 2: 23,64% Eje 3: 14,50% Eje 4: 5,75% Eje 5: 5,06%

Rejilla II:

Eje 1: 40,03% Eje 2: 17,34% Eje 3: 13,70% Eje 4: 12,06% Eje 5: 5,96%

A partir de los resultados obtenidos en la segunda rejilla se puede plantear que la estructura cognitiva de Nuria al finalizar la terapia se ha diferenciado y complejizado. Si bien es el primer eje el que tiene un porcentaje de varianza que explica el 40 % del significado, se observa una distribución más equilibrada en el resto de los ejes, quedando esta vez sólo el último con un peso muy inferior al resto.

Habiendo finalizado el trabajo terapéutico y a la luz de los resultados obtenidos mediante el test de la rejilla, son evidentes los cambios en el perfil de autoconstrucción de Nuria. A diferencia de lo que sucedía al inicio de la terapia, la correlación entre el yo y el yo ideal es moderada y positiva, lo que sugiere un cambio hacia una autoestima positiva. La medida de aislamiento social autopercibido a través de la relación yo-otros indica que Nuria aumentó la diferenciación entre ella y los demás.

Otros resultados a destacar son los dilemas implicativos que aparecieron en la primera rejilla y que en el post-test no se encontraron.

DILEMAS IMPLICATIVOS



El primer dilema se interpreta considerando que Nuria se percibe como una persona *torpe*, aspecto que no le gusta de sí misma y que le gustaría cambiar, pues preferiría ser una persona *práctica* (capaz de resolver problemas prácticos y emocionales), pero ser una persona *práctica* lo vincula a tener que convertirse en alguien *intransigente*, lo que conllevaría a ir en contra de uno de sus constructos nucleares, el ser *tolerante*. En este sentido se siente atrapada en no poder cambiar su sentido de torpeza en la solución de los aspectos prácticos y emotivos de la vida.

A través del segundo dilema implicativo se puede apreciar que Nuria se autopercebe *distante*, prefiriendo sentirse *cómplice*, pero sentirse *cómplice* lo asocia a ser alguien *dependiente* y ella es alguien que aspira a la *independencia*. En este

dilema se puede apreciar su atrapamiento en no poder resolver su forma de vincularse de una manera más íntima al resto de las personas.

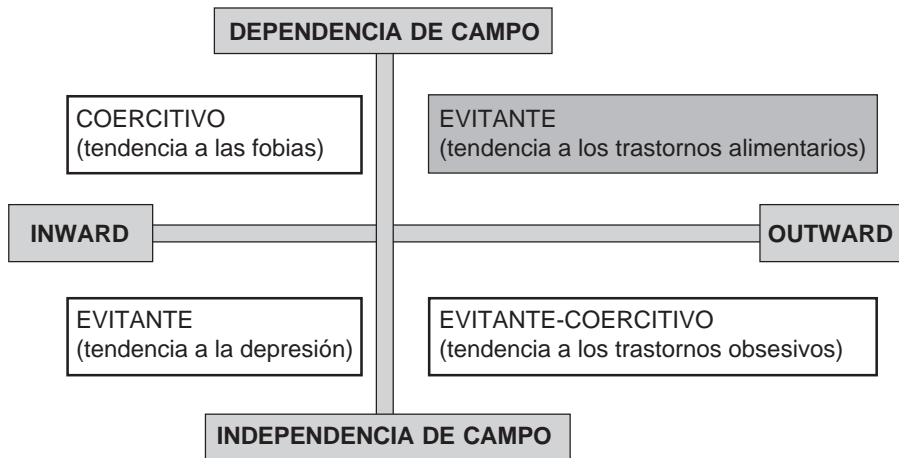
El momento de crisis que ella atraviesa gira en torno a la dependencia que experimenta del juicio del resto de las personas que constituyen su mundo. Digamos que el sentido de independencia (con que ella se autopercibe), a la vez de ser un valor conciente al que adhiere, constituye un mecanismo de autoengaño que le permite sostener una autoimagen viable (de no dependencia). Nuria se vincula a las demás personas a través de una actitud perfeccionista como una forma de reducir las posibles críticas hacia ella, pero esta forma de relacionarse inevitablemente implica un posicionamiento de muy poca complicidad y espontaneidad, lo cual es evaluado por ella misma como un comportamiento distante. También habría que considerar que participar en relaciones de mucha intimidad trae consigo un alto grado de exposición y vulnerabilidad al juicio de aspectos significativos.

En el otro dilema implicativo se aprecia que Nuria entiende que ser más práctica implica transformarse en una persona intransigente; aspecto que se contrapone con la necesidad espontánea que experimenta de adecuarse a los contextos en los que se desenvuelve y con ser una persona tolerante, constituyendo ésta última una autoimagen que le permite mantener relaciones de bajo nivel de conflicto con los otros y así evitar la exposición y la posibilidad de ser cuestionada.

El último punto que destacaré de los resultados obtenidos a través de la rejilla es en relación al orden de la constelación de personajes que constituían el mundo de Nuria. Una vez finalizada la psicoterapia, se pudo observar un reposicionamiento de los mismos. Al término de la terapia el “yo de Nuria” se ubicó más cerca de su hermana menor, de su padre y junto al yo antes (yo de Madrid, antes del primer quiebre afectivo), que era uno de los principales objetivos terapéuticos a alcanzar por Nuria, el sentirse como antes, cuando tenía una visión positiva de sí misma.

Breve Introducción Teórica e Hipótesis Intrapsíquicas del desequilibrio afectivo de Nuria y reflexiones sobre la interferencia en el sentido de continuidad de la misma según la Teoría de las Organizaciones de los Significados Personales (Guidano, 1987, 1991).

Si se unifican gráficamente la dimensión de personalidad estudiada por Witkin y sus colaboradores (Witkin y Goodenough, 1977; en Arciero, 2004) y las investigaciones acerca de la “figura extraña” realizadas por Patricia Crittenden, en la tradición investigativa iniciada por John Bowlby y continuada por Mary Ainsword, obtendremos el diagrama presentado a continuación –elaborado por Giampiero Arciero (2004). Dicho esquema lo utilizaré como una guía ilustrativa elaborada a partir las teorías del apego, que permite visualizar en que cuadrante se ubica una persona con las características autoorganizativas de Nuria desde el modo de clasificación de la teoría post-racionalista.



A partir de la problemática presentada por Nuria en su demanda, y dentro de ésta el modo de vincularse que establecía con las demás personas, pude darme cuenta que ella se ubicaba en el cuadrante de los evitantes con tendencia a los trastornos alimentarios⁴. Esto significa que la estabilidad de sí misma o de su sí mismo lo logra a través del modo en que mantiene un grado (autopercebido) de sintonía con los demás. Es decir, que tiene una orientación de referencia externa (outward) (Arciero, 2004), es decir, que va regulando su interioridad de acuerdo a la percepción especular de sí misma que obtiene a través de la atribución de intencionalidad a los otros. Ella percibe el grado de adecuación o inadecuación de sí misma en función de las claves ambientales que selecciona del contexto y establece una evaluación automática (tácita) del grado de aceptación que experimenta en dicho contexto⁵ (dependencia de campo).

Lo anterior explicaría claramente su descompensación en el valor propio, tanto en el plano social como en el laboral, donde la imagen que ha extraído de sí misma en dichas áreas es de poca valía (en ambas dimensiones de la experiencia fue muy desconfirmada). Esto sumado a que Nuria tiene 31 años, que evolutivamente es una edad de cambio en la subjetividad temporal del ser humano de nuestra cultura (Guidano, 1998). Esto significa que las posibilidades ilimitadas de ser, en un tiempo también ilimitado, se ven seriamente restringidas. Es una edad de aumento de los compromisos tanto en lo laboral como en lo afectivo.

El aspecto central de este tipo de personalidad está ligado a la modulación dialéctica entre la demarcación respecto al otro y la definición por el exterior, y de todas las emociones, acciones, cogniciones y percepciones organizadas alrededor de este tema. Las personas que pueden ser incluidas en dicho cuadrante establecen un guión narrativo que incluye una visión de sí mismo y el mundo en torno a la díada: aprobación – fracaso.

Como expresa Arciero: “La condición de búsqueda de una identidad según un

polo externo de referencia genera el desarrollo de una sensibilidad excepcional a las acciones, emociones, deseos y expectativas del otro; así a través de la adherencia al mundo del otro, este estilo de personalidad accede a la comprensión de sí. La lectura de sí mismo a través de la sintonía sobre fuentes externas es evidente además de en el ámbito emotivo, en el ámbito perceptivo, cognitivo y del sentido global de sí mismo” (Arciero, pp. 16-17, 2004).

Las emociones que más se desarrollan en este estilo de personalidad son las “emociones cognitivas, estimativas o morales” adquiriendo desde la niñez mayor preeminencia la culpa y la turbación embarazosa ligadas a la exposición. En la infancia el sentido de culpa emerge cuando cierta actitud o cierta acción no corresponden a las expectativas percibidas por el progenitor. El sentido de culpa señala al niño la no adhesión en curso a la expectativa parental, y produce acciones correctivas que el niño puede poner en marcha para resintonizarse sobre la expectativa del otro y por lo tanto para reconquistar una definición de sí. La turbación embarazosa puede presentarse en situaciones sociales nuevas, en que el niño queda expuesto a extraños y es juzgado por estándares no conocidos y no manipulables. Este tipo de emociones a menudo permanece en el curso de la edad adulta (Arciero, 2004).

Nuria recuerda ser una niña gordita y torpe cuando era pequeña, su padre se lo decía continuamente, lo cual hacía sentir muy mal y lejana a su padre, ante esta situación empezó a dibujar como una manera de demostrarle al padre que no era torpe.⁶ Con los profesores cuenta Nuria que era una “gordita cariñosa” (“estilo disarming”, ver Guidano, 1997) y no siendo una muy buena alumna era muy querida por ellos.

Esto se mantuvo así hasta que la madre de Nuria y su hermana mayor la llevaron a hacer danza. Desde el momento en que empezó a experimentar cierta habilidad en la danza y a cambiar su cuerpo, dejó de ser una “niña torpe y gordita” y transitó desde una forma más pasiva en la búsqueda de aprobación a elaborar estrategias más activas en este sentido.

En este tipo de organización la exterioridad empieza a orientar la educación de los niños y las dinámicas interpersonales además de definir los estados internos. En el vínculo temprano se produce una no sintonización de la respuesta materna con los estados internos del menor que interfiere en la decodificación por parte de éste de los mismos.

Cabe destacar que una persona con las características que he mencionado en el momento de un desbalance afectivo (aumento de concreción y disminución de la flexibilidad) como es el caso de Nuria, logra un grado de control del sentido de autoestima a través del control de la corporalidad que es lo inmediatamente visible. Es de lo primero que se puede establecer un juicio de la persona sin que ésta emita ninguna palabra. A un nivel de mayor concreción, la imagen de sí es identificable con los aspectos corpóreos; por tanto la atención al cuerpo se convierte en el modo

de estructurar una interioridad y al mismo tiempo en la manera de gestionar la aceptación (Arciero, 2004).

Para Nuria la conjugación entre la forma de verse físicamente y la necesidad de aprobación pueden observarse desde muy temprano a lo largo de su historia de vida. Ella ha mantenido un alto cuidado corporal (también su elección de carrera, le permite mantener una continua atención sobre su cuerpo y la alimentación) que le facilita la mantención más concreta de un sentido de continuidad y viabilidad (facilitación de los juicios positivos hacia ella).

Si son aceptadas las anteriores formulaciones teóricas y se considera que Nuria se sintió fuertemente cuestionada como profesora por parte de sus alumnos y como persona, tanto desde la visión que su ex-novio (Madrid) tenía de ella, como por la visión ambigua que tenía de ella su último novio (quien a veces “parecía avergonzarse de ella frente a sus amigos”) se puede entender con facilidad que el sentirse tan desaprobada la llevó a tener un sentido de sí misma demasiado oscilante y por lo tanto empezó a poner en duda cada acto propio, utilizando parámetros de referencia muy altos (externos) para evaluarse (rígidamente) a sí misma, con lo cual se sentía muy fácilmente avergonzada o culpable de todo lo hecho o dicho.

Funcionando de esta manera Nuria estrechó su foco de conciencia (aumento de la hiperreflexividad y la autoevaluación) y por lo tanto rigidizó su forma de funcionamiento, operando desde un nivel muy concreto⁷. Ante esta situación se experimentó presa de sí misma, lo cual la asustó mucho: “*me daba una claustrofobia pensar: yo me voy a tener que quedar siendo así*” al sentirse todo el tiempo actuando para cumplir las expectativas del resto y autocastigándose por no lograrlo. Estaba experimentando una enorme dificultad en poder establecer una clara demarcación de los otros. En este contexto tan desfavorable para su modo de funcionar empezaron a aparecer todos los síntomas con que se presentó a consultar.

Desde esta perspectiva teórica entenderemos la sintomatología clínica como una manifestación de emociones discrepantes, que no logran ser incorporadas a la trama narrativa (ver Bruner, 1988, 1990, 1997) de la persona que las experimenta, ya que resultan desafiantes a la mantención de la coherencia sistémica alcanzada hasta ese momento. En un modo de procesamiento normal o neurótico (como es el caso de Nuria) de la experiencia hay un claro reconocimiento del evento discrepante y del sufrimiento, pero no hay una referencia explicativa del mismo (Guidano, 1998).

Para que sea viable la asimilación de la experiencia, la autoestima no puede ser demasiado baja, es decir, la imagen que se construye de uno mismo en relación al grupo debe ser aceptable; es por esto que si una persona no se siente idónea o aceptada, empieza a desconocer aspectos de su experiencia inmediata que pueden ser fundamentales, pero que si los reconociese, sufriría un cambio dramático en la propia imagen conciente.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA

Descripción de la orientación general del proceso terapéutico

El enfoque teórico desde el cual se establecieron las directrices de trabajo fue el modelo cognitivo post-racionalista.

Se llevaron a cabo dos de las tres fases de la terapia propuestas por Guidano (1991), 1º la *preparación del contexto clínico* e interpersonal, y 2º la *construcción del dispositivo terapéutico* (reconstrucción del patrón de coherencia actual y del estilo afectivo). Las técnicas utilizadas para dicho trabajo fueron principalmente la técnica de la moviola dentro de un contexto de autoobservación (Guidano, 1994) y también la técnica de dos sillas (Greenberg, L.; Rice, L.; Elliot, R., 1996; Greenberg, L. & Paivio, S. 2000).

La técnica de la moviola como bien sintetiza Quiñones (2002, pp 202-203): “Es una técnica que se basa en el método de la autoobservación; permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico desde un punto de vista autorreferencial (se trabaja en la interfase sentir/explicar). Es una manera de observar las propias dinámicas de construcción de significado al poner en práctica el procedimiento de análisis de escenas (moviola) y guiar al paciente a cambiar de punto de vista desde el porqué al cómo. Para ello hay que hacer que se vea desde dos puntos de vista alternativos: 1º Desarrolla una escena en primera persona (punto de vista subjetivo); 2º Se observa a sí mismo desde afuera (punto de vista objetivo)”.

Identificación de los momentos en que el sentido de continuidad de sí misma se ve interferido. Secuencialización Temática, Cronológica y Causal.

Desde esta perspectiva teórica se considera fundamental iniciar el proceso terapéutico poniendo en una secuencia histórica los momentos en que la persona que acude a terapia ha visto interrumpido la continuidad de su sentido de sí misma, con el objeto de que pueda ir desarrollando un marco explicativo inclusivo (con características narrativas), donde pueda incorporar el *fluir* de su experiencia y de este modo lograr que la persona vuelva a tener un sentido de continuidad incorporando los aspectos de la ipseidad (discontinuidad) (Guidano, 1998) que se están quedando afuera.

El aspecto fundamental a trabajar es la manera de estar vinculado afectivamente, tanto con los otros como con uno mismo (a través del diálogo interno), todo aquello que tiene que ver con el “mentalismo-afectivo”, es decir, con el uso de nuestras habilidades mentalistas (Riviere, Nuñez, 1996) para obtener una coordinación afectiva que permita mantener la propia viabilidad sistémica (sentido de identidad personal continuo). El material de la secuencia narrativa está constituido por la afectividad y la condición de la narratividad la constituye la temporalidad.

En la primera sesión nos orientamos a buscar los quiebres más importantes en su sentido de identidad personal, para usarlos como un claro punto de referencia, causal, cronológico y temático, que nos permitiera vincular las narraciones de sus

discrepancias al sentido de sí misma, es decir, integrar los elementos discrepantes a su particular forma de construir la realidad y así pasar desde una atribución externa de la problemática (sentirse angustiada como consecuencia “la amenaza de los otros hacia ella”) a una atribución interna que tuviese directa relación con su estructura como sistema autoorganizado (Maturana; Varela, 1984; Maturana, 1991).

El siguiente diálogo muestra la percepción de sí misma de Nuria antes al término de la relación con su novio (de Madrid) y que es el que da el parámetro de sí misma con el cual Nuria se identifica (que le da un sentido de continuidad, corresponde al yo-antes de la Rejilla) y que es al cambio al que aspira como objetivo terapéutico:

T: O sea hubo un cambio muy importante entre tu vida en Madrid y tu vuelta a acá.

N: Sí, el cambio de vida es radical.

T: En Madrid eras mucho más sociable.

N: Sí, muchísimo más, exageradamente más, vaya yo hasta en mi trabajo, pillaba cruceros y era animadora en cruceros, sabes, se me daba bien, si era una de mis cualidades.

Quiebres del sentido de continuidad de la identidad personal

El primer quiebre del sentido de continuidad personal ocurre cuando Nuria aún se encontraba en Madrid. Ella volvió a Barcelona “escapando” de una relación muy tormentosa y con el fin de poder poner término a la misma:

“En Madrid estuve muy bien hasta que conocí a mi novio, fue una relación muy rápida, le conocí y ya se quedó en mi casa, hasta que, tenía muchos problemas con la cocaína, con las pastillas y realmente lo pasé muy mal, por eso me vine aquí tan chungo, de hecho me fui para poderle dejar, si no, no podía, siempre volvía y volvía”.

“...bueno es que era un ataque y un ataque porque... pues, pues me decía porque a mí me daban muchas histerias en casa, yo me ponía a llorar y a gritarle pero es que me las montaba muy gordas y me decía que era una histérica, que mis amigos no me conocían, que nadie me conocía, que estaba fatal de la cabeza, si es la verdad, (todo esto que te acabo de decir que me está pasando), pero si que estaba mal y que eso, que nadie me conocía pero que en realidad estaba como una cabra... pero ya te digo que soy muy consciente que él estaba peor y, es que no le guardo ni rencor, el pobre estaba que tenía un cuadro, encima que no podía con el mismo, sabes?, tampoco sé como luego va y me afecta así... pero sí, pues claro si llegas pensando que tu eres una mierda, en realidad como vas a...”
(sollozos).

El segundo quiebre en el sentido de su identidad personal lo experimentó ya

estando en BCN cuando hacía clases de aeróbic. Este es el impacto o discrepancia, que se expresa a través de la sintomatología que la llevó a consultar.

Una vez establecidos los marcos contextuales y narrativos de referencia realizamos la reformulación interna del problema. Buscamos con Nuria y en sus términos, una ampliación del motivo de consulta a su propio estilo de funcionamiento afectivo. De esta manera, se reformula la sintomatología clínica como una expresión del proceso personal de desequilibrio afectivo:

T: Entonces vas por la vida teniéndole que demostrar a los otros y a ti misma.

N: Claro, así estoy.

T: Cuando logras demostrar, las cosas te van bien y cuando no lo logras te pones mal

N: Sí, así es.

T: Sería importante que pongas atención a estos aspectos en que tienes que demostrar y te haces estas exigencias a ti misma de demostrar a los amigos de tu novio, en las clases...

N: mmmm

T: Sería bueno que lleves un registro de donde tienes que demostrar, a quién le tienes que demostrar, qué tienes que demostrar y con qué intensidad para que entendamos este aspecto de tu vida donde no hay muchas opciones y si no demuestras empiezas a machacarte.

N: Sí, es que es en todo.

Se trata de comprender su problemática actual, refiriéndola a su propia subjetividad, de modo que logre una mayor autocomprensión y pueda asumir la *responsabilidad existencial* en sus procesos de cambio personal. Aquí se pone en marcha el proceso de autoobservación (ver Guidano, 1994) que implica empezar a distinguir aspectos de la propia emocionalidad desde un modo comprensivo y de aceptación.

Dado el planteamiento de Nuria desde la primera sesión, en cuanto a lo amenazante que le significaban las demás personas con las que se relacionaba: “...si no fuera por el pánico que me da ahora la gente no tendría ningún problema”, tuve que ser muy cuidadoso en generar un vínculo con ella, de aceptación y confianza, en el cual se sintiera segura y poco amenazada para que pudiésemos re-construir su experiencia.

PROCESO Y EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA. RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA INMEDIATA Y AFECTIVA (16 sesiones)

Los dos quiebres afectivos fueron insertados en un contexto más amplio del que Nuria presentó al principio, de modo que empezaron a tener coherencia los eventos dentro de los quiebres y los quiebres dentro de la historia de vida. Por ejemplo, en el plano laboral, empezamos a ver como sus alumnos hacían críticas de

sus clases y como ella paulatinamente se iba sintiendo cada vez peor cuando se acercaba el momento de ir a dar las clases. Al principio las preparaba con bastante antelación y terminó improvisando, dada la ansiedad que empezó a generarle la preparación de las mismas (en el escenario imaginario que implicaba el preparar las clases aparecía con una imagen de sí misma poco tolerable).

El modo en que se autoorganizaba desde las perturbaciones que significaban éstas críticas le generaba un fuerte nivel de discrepancia. Ella por un lado se consideraba una persona capaz en su desempeño laboral, había obtenido muy buenos resultados como estudiante y ahora no podía insertar en su trama narrativa, las experiencias que estaba teniendo de sí misma como una persona que no lo hacía bien. Por otro lado tampoco podía separar las opiniones que los alumnos tenían de sus clases del sentido de sí misma. A partir de lo cual empezaba a descalificar a los alumnos y luego a sí misma por descalificarlos a ellos, estableciendo definiciones ambiguas y poco claras de sí misma y sus alumnos.

A partir del quiebre emotivo que tuvo en Madrid Nuria decidió demostrarse a sí misma y a los demás que era una persona capaz y lo logró en cierta medida, hasta que comenzó con sus clases en el gimnasio. Ella quería que sus alumnos se interesasen en sus clases y no lo logró.

N: Vine pensándome que era una mierda, queriéndome demostrar algo a mí.

T: Qué te querías demostrar?

N: Pues que valía algo, porque de verdad que vine pensando que era una mierda.

T: Y cómo era la manera de demostrarte a ti misma que tu valías algo?

N: Ha sido en todos estos sentidos, en el trabajo, y los amigos, él se quedó con ellos, empezó a drogarse con ellos y me desplazó, si iba a Madrid lo tenía que ver y no quería, ...y qué era lo que te decía?

T: Que te querías demostrar que valías algo.

N: Pues si vine pensando que era una mierda y lo he intentado hacer lo mejor posible en el trabajo, caer bien a la gente. No me he hecho sabes, vine aquí a hacerme y enseguida he empezado a hacer su vida, su vida, amoldarme a mi novio, mi hermana y yo no podía fluir, desarrollarme, necesito buscar mi gente, mi barrio.

Nuria trató de usar el perfeccionismo como una forma de controlar el juicio de los otros hacia ella, sin embargo el ser perfecta socialmente, la llevó a mantener una actitud demasiado rígida, poco espontánea y a generar vínculos poco profundos (como quedó reflejado en uno de los dilemas implicativos de la primera rejilla). Tampoco logró hacerlo mejor en el plano laboral donde trató de hacer sus clases lo mejor posible, pero le era muy difícil comprender que las personas a quienes les hacía las clases no las aprobaban por gusto propio y no por la calidad misma de las clases, que fue lo que Nuria confundió, ya que ella transformaba estas apreciaciones

en visiones de sí misma. Perdió el control del juicio de los otros a través del manejo contextual y se encontró desorientada y sin parámetros de referencia, pues no contaba con su interioridad para tal fin.

En el caso de la competencia social, empezó a producirse un cambio en la narrativa de Nuria (incorporación de aspectos discrepantes), por ejemplo, al principio planteaba que el no generar vínculos tenía que ver con su disposición de retornar a Barcelona a estar con su familia y trabajar. El verlo de esta manera le permitía no cuestionar su imagen en cuanto a ser una persona que dejaba de ser sociable. Con el transcurso de las sesiones pudo ir “autoobservando” que su no establecimiento de vínculos tenía más que ver con el miedo y angustia que “le generaba la gente”, (con las personas nuevas, le resultaba difícil poder anticipar la idea que se hacían de ella) más que con una opción personal.

Una vez concluidas las primeras sesiones y teniendo una visión más comprensiva de su dificultad para diferenciar sus estados internos de las atribuciones de intencionalidad que hacía en los otros, comenzamos a investigar, cómo sus fluctuaciones del sentido de sí misma tenían lugar en los diferentes ámbitos de su vida:

“yo creo que me está conociendo ahora, porque también quería ser muy perfecta para él, sabes? y era estar con él y cada día me pensaba que me iba a dejar y luego estaba con él y veía que el estaba tan normal, cuando estaba, estaba guay y solo que algún tono de teléfono que lo notaba raro, cualquier cosa ya me pensaba que me iba a dejar”.

A través de escenas como ésta pudimos ver muy claramente como en cuanto Nuria sentía la más mínima pérdida de sintonía con alguna figura significativa del contexto presente, tenía inmediatamente una referencia de sí misma como alguien “*descartable*” y un marcado sentido de inadecuación.

Cuando Nuria vivía este tipo de situaciones, veía interrumpido el curso de la perspectiva histórica de su identidad narrativa y se concretizaba en un presente en que son activados esquemas emocionales (Greenberg, Rice, Eliot, 1996) o temas ideo-afectivos discrepantes (Arciero, 2004) que le dan una reinterpretación espontánea de sí misma y el mundo, centrada en su temática particular de desequilibrio afectivo, que se desliga del contexto presente y donde pierde la perspectiva del otro. En este sentido se entienden los constructos elicitados en la rejilla por Nuria donde tanto ella como los otros debían ser “*tolerantes*”, “*respetuosos*”, “*pacientes*” y “*dulces*” (constructos con los que se identifica y le permiten estar fuera de riesgo).

Para lograr diferenciar su sentido de sí misma de las interpretaciones que hacía de los comportamientos de los demás hacia ella (como el caso del tono de voz), me pareció necesario hacer un ejercicio de heteroreferencialidad, donde Nuria pudiese hacer dos tipos de distinciones en las interacciones intersubjetivas, lo que es una propuesta que hace Guidano (1994) preferentemente cuando se trabaja con personas hipersensibles al juicio ajeno:

ENFOQUE DE LA CONDUCTA DE A:

- **PERCEPCIÓN DE LA CONDUCTA DE A COMO INFORMACIÓN SOBRE UNO MISMO**
(SI A SE COMPORTA ASÍ, ¿QUÉ OCURRE CONMIGO?)
- **PERCEPCIÓN DE LA CONDUCTA DE A COMO INFORMACIÓN SOBRE A**
(SI A SE COMPORTA ASÍ, ¿QUÉ OCURRE CON A?)

Esto lo propuse con el objetivo de ayudar a Nuria a flexibilizar su grado de autorreferencia, pues “iba por la vida refiriendo cada gesto de los demás a sí misma”. Hicimos esta alternancia del punto de vista en relación a su padre. Nuria había referido que el hecho de que su padre hubiese bebido como lo hacía y que como consecuencia de lo mismo hubiese fallecido, significaba que no la quería. El resultado fue una visión más amplia y comprensiva de los motivos que tuvo su padre para tomar y que no necesariamente daban cuenta de quien era ella.

Este trabajo de diferenciación lo hicimos también en relación a su mamá, a su hermana menor, con los alumnos y con los clientes. Por ejemplo, hubo algunas sesiones en que tratamos las dificultades que experimentaba con su hermana menor. Ambas tenían que hacer un viaje a Alemania para comprar piedras para la joyería y Nuria anticipaba este viaje como algo muy amenazante y que quería evitar a toda costa.

Evaluaba a su hermana menor como una persona *fuerte e impaciente*. Ambos rasgos se contraponen a su modo conciente de evaluarse a sí misma y al modo en que ha hecho una coherencia del mundo y de las personas que le permiten mantener un grado de autoaceptación viable (pautas de autoengaño). Es decir, Nuria desde su presente estructural (ver Maturana; Varela, 1984) genera una serie de ideas y teorías que le permiten acercarse y alejarse de las personas que le facilitan mantener un sentido de continuidad o le alejan del mismo (los personajes varían según el nivel en que se encuentre dentro del continuo concreción-abstracción). En este caso, siendo su hermana menor una persona “que no escucha”, pone a Nuria en un escenario bastante amenazante, puesto que tendría que manifestarle a su hermana, que se está sintiendo no escuchada, con lo cual, se expone ante esta, pues tiene que sostener una posición que probablemente la “incordie”, es decir, que puede perder la sintonía con su hermana, la sintonía es uno de los elementos que le da continuidad, es el elemento regulador de su interioridad y/o lo que le da estabilidad. Cuando Nuria siente que pierde sintonía con personas significativas, empieza a tener una experiencia de confusión y poca claridad (un sentido borroso de sí misma).

Es por eso que a Nuria le gusta vivir en un mundo de personas *tolerantes*, donde ella no es empujada a exponerse demasiado. De esta manera “evita” a las personas que le resultan amenazantes bajo una teoría del mundo que le permite ver de modo positivo su conducta evitativa. Y cuando está con estas personas y empieza a sentir angustia, confirma su teoría de que son “personas malas”, asociando su malestar a

la maldad de estas personas⁸ lo cual la motiva a “luchar (aunque sea imaginariamente) por un mundo más justo con personas más tolerantes”, y estar luchando por algo justo (validación externa), le da un sentido (experimentado) de cohesión (intento de controlar el mundo para manejar la propia interioridad).

Haciendo el trabajo de transitar desde lo externo de la atribución hacia una conexión de sus estados de ánimo ligados a sus reglas de funcionamiento y por lo tanto, considerando a su hermana desde su propia perspectiva, se pudo empezar a separar, la actitud de su hermana (ligada a sus propias reglas y teorías del mundo) y la suya, dando lugar a un espacio intersubjetivo con nuevas reglas que permitían la inclusión de ambos “mundos”.

Otra de las técnicas utilizadas fue el diálogo de dos sillas (Greenberg, Rice, Elliot, 1996; Greenberg, L. & Paivio, S. 2000) entre dos aspectos de sí misma casi en oposición. Una parte muy crítica de sí misma, la que lograba (o hacía el intento) del control del juicio ajeno a través del perfeccionismo y que por lo tanto se movía con estándares muy altos de referencia y que a su vez era muy severa en el autocastigo (“machacarse muchísimo por todo lo dicho”) y otra parte en la que se sentía como una “niña pequeña” sumamente vulnerable. El objetivo de este ejercicio estuvo orientado a reforzar aquellos aspectos internos que no contaban con una referencia externa y que por lo tanto le generaban mucha inseguridad, en contraste con la otra parte de sí que contaba sólo con un parámetro externo de referencia y que prácticamente no permitía ensayos propios de ningún tipo. La idea fue reblandecer el diálogo y generar una mayor integración de ambas partes.

A lo largo del proceso terapéutico se fueron produciendo varios cambios significativos en la vida de Nuria, a partir de los cuales pude observar un tránsito, desde un posicionamiento en la vida excesivamente evitativo (generador de sufrimiento) a una postura en que lo anhelado se fue transformando en desafío. Distinguí como los más relevantes (y fácilmente observables de estos cambios): el poner fin a su relación de pareja en la que se mantuvo vinculada a través de una forma de alienada (orientación externa, según esquema presentado en la hipótesis intrapsíquica. Adecuación a las expectativas percibidas en el novio.), se fue de la casa de su madre a vivir sola, buscó un nuevo trabajo en el que podía hacer más libremente sus clases de pilates y cambió el modo de vincularse tanto con su hermana menor y círculo de amigos, como con su padre (difunto).

Sintéticamente se puede expresar que el trabajo estuvo centrado en lograr un mayor grado de flexibilidad, abstracción e integración en relación a su particular manera de estar en la vida. La abstracción se logra mediante el distanciamiento de las emociones activadas por la discrepancia (es el punto de vista objetivo que propone Guidano en el uso de la moviola), la flexibilidad se produce con el aumento de puntos de vista en relación al evento discrepante (por ejemplo al practicar la heteroreferencialidad como técnica terapéutica), una vez que se ha producido el descentramiento emotivo del mismo y, finalmente, la integración se logra al

incorporar los aspectos discrepantes (paso de la ipseidad a la canonicidad) en la trama narrativa y de este modo recuperar el sentido de continuidad interrumpido.

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Volvimos a encontrarnos con Nuria un año y medio después de finalizada la terapia y fue sorprendente ver la plasticidad y evolución de sus procesos de cambio. Tal como había hecho de pequeña (activamente) para que su padre y el resto de las personas la aprobasen, primero dibujando y luego moldeando su cuerpo. Esta vez aumentó sus conocimientos y experiencia de pilates y las personas que en algún momento veían con indiferencia su profesión, eran ahora sus alumnos (ex novio y amigos de éste), también su madre y hermana. Su posición cambió radicalmente dentro del grupo, a la vez que su sentido de valía personal. Siguió trabajando en el sentido de la demarcación hacia los otros, lo cual le ayudó en sus nuevas actividades laborales, en esos momentos se encontraba realizando consultorías y conferencias en varios países. La llamaron desde Argentina para trabajar con pacientes oncológicos y en Barcelona estaba trabajando en un hospital con pacientes quemados como parte de un equipo multidisciplinario, además de impartir en un gimnasio las clases de pilates que tanto le gustaban. Estaba muy entusiasmada y manejando de manera más autoconciente y flexible su necesidad de perfección (para ser aprobada) y su capacidad de diferenciación.

Desde la perspectiva teórica del postracionalismo se considera fundamental para el proceso terapéutico señalar los momentos en que la persona que acude a terapia ha visto interrumpida la continuidad del sentido de sí misma a fin de que pueda volver a incorporar el fluir de su experiencia y de este modo lograr que la persona vuelva a adquirir un sentido de continuidad. El aspecto fundamental a trabajar es la manera de estar vinculado afectivamente, tanto con los otros como con uno mismo para obtener una coordinación afectiva que permita mantener la propia viabilidad sistémica (sentido de identidad personal continuo). El material de la secuencia narrativa está constituido por la afectividad y la condición de la narratividad la constituye la temporalidad.

Palabras clave: Vittorio Guidano, postracionalismo, self, moviola, procesos terapéuticos.

Notas:

- 1 George A. Kelly postula que los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la forma en que anticipa los acontecimientos y esta anticipación se produce mediante la superposición de dimensiones de interpretación al flujo de la experiencia. Estas dimensiones de naturaleza abstracta son los constructos personales, son vías de significado de estructura bipolar.

- 2 Las altas puntuaciones obtenidas en psicotimismo, no responden a la experienciación de estados psicóticos en Nuria, sino a la interpretación que hizo de los ítems que medían psicotimismo. Por ejemplo el ítem a cerca de que los otros se pueden darse cuenta de los propios pensamientos, lo tomó “cómo si pudiesen darse cuenta”. Nuria no tenía experiencias psicóticas pero sí un límite muy poco definido entre su interioridad y lo externo (los otros).
- 3 "La complejidad cognitiva consiste en la capacidad para utilizar el sistema de constructos personales de forma multidimensional. Una persona es cognitivamente más compleja cuantos más ejes de constructos, funcionalmente independientes utilice para construir la realidad" (Botella; Feixas, 1998, pág 97).
- 4 “Aunque el estilo de personalidad tome el nombre de los trastornos alimentarios, la sintomatología relativa a los trastornos alimentarios, como Guidano sustentó siempre, cubre un modesto porcentaje de la variabilidad sintomática. En realidad la gran diversidad de los cuadros clínicos puede ser descifrada a lo largo de un continuo concreción – abstracción, con relación a la modulación de la dialéctica básica entre la definición desde el exterior y la demarcación interior” (Arciero, pp. 39, 2004).
- 5 Esto se establece como un continuo que puede ir desde un modo sumamente rígido y con pocas variantes de acción a un modo muy flexible, dando cuenta de un repertorio muy amplio de comportamientos y estados de ánimo.
- 6 Manipulación del juicio del padre hacia ella como una forma de poder establecer un sentido definido y positivo de sí misma.
- 7 Nivel muy alto de autorreferencia, fuertemente ligado al contexto.
- 8 Es aquí cuando tenemos un procesamiento sintomatológico neurótico y no una problemática existencial.

Nota del Editor:

El presente trabajo fue objeto de la memoria clínica del autor presentada para la obtención del título de Master en Terapia Cognitivo Social de la Universidad de Barcelona y dirigida por el Dr. Guillem Feixas.

BIBLIOGRAFIA

- ARCIERO, G. (2004). *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal: Reflexiones sobre la experiencia humana*. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas, Islas Canarias.
- BOTELLA, L.; FEIXAS, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica*, Barcelona, Alertes.
- BRUNER, J. (1997). *La Educación, Puerta de la Cultura*. Madrid, Visor.
- BRUNER, J. (1990). *Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva*. Madrid, Alianza, 1991.
- BRUNER, J. (1988). *Realidad Mental y Mundos Posibles. Los Actos de la Imaginación que dan Sentido a la Experiencia*. Barcelona, Gedisa.
- FEIXAS, G. Y CORNEJO, J.M. (2002). *Manual de la técnica de rejilla*. Barcelona: Paidós.
- GREENBERG, L. & PAIVIO, S. (2000). *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Paidós, Barcelona.
- GREENBERG, L.; RICE, L.; ELLIOT, R. (1996). *Facilitando el Cambio Emocional. El Proceso Terapéutico Punto por Punto*. Barcelona, Paidós.

- GUIDANO, V. (1998) "*Los Procesos del Self: Continuidad vs/ Discontinuidad*". Página web INTECO. Santiago de Chile.
- GUIDANO, V.F. (1997): *Relación entre Vínculo y Significado Personal*. En Aronsohn, S.: *Vittorio Guidano en Chile*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano&Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista, Santiago de Chile.
- GUIDANO, V. (1994) *El Sí Mismo en Proceso*. Barcelona, Paidós.
- GUIDANO, V. (1987) *Complexity of the Self*. New York, Guilford Press.
- MATURANA, H. (1991) "Biología del Conocer y el Aprendizaje" y "¿Que es Ver?"; en: *El Sentido de lo Humano*. Santiago de Chile, Ed. Pedagógicas Chilenas.
- MATURANA, H. y VARELA, F. (1984) *El Arbol del Conocimiento*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1990.
- QUIÑONES, A. (2002) "*Casos Emblemáticos*". Revista de Psicoterapia nº 50-51, pags. 202-220.
- RIVIERE, A.; Nuñez, M. (1996) *La Mirada Mental*. Buenos Aires, Aique.
- VILLEGAS, M. (1996) "*Análisis de la demanda*". Revista de psicoterapia nº 26-27, pags. 25-78.

UN CASO DE INSOMNIO: ¿QUÉ HAY DETRÁS DE LOS SÍNTOMAS?

Glòria Ribas Serra

Máster en Terapia Cognitivo Social, UB

In front of a symptomatic demand to solve an insomnia problem, a nuclear fault managed by punishment appears. A harmful experience is described to which, on the one hand, a means of accident is given, but on the other hand, it is not subjectively accepted, giving place to an activation of remorse, rumination, worry and uneasiness. To calm down the moral conscience it will be necessary to respond for facts, to accept them and to be able to repent and forgive oneself.

Keywords: symptom, fault, punishment, heteronomy, remorse, rumination, control, responsibility, forgiveness.

1. INTRODUCCIÓN

Ante una demanda inicial de consulta psicológica por un problema de insomnio de larga evolución, no es extraño pensar que se trate de una *demanda sintomática* centrada sobre síntomas que pueden tomar diversas manifestaciones, algunos de ellos definidos como psicósomáticos, que en general, el paciente no relaciona, en ningún modo, con una problemática de tipo psicológico (Villegas, 1996). En el caso que presentamos la persona que acude a la consulta manifiesta ya en las primeras sesiones saber que su insomnio obedece a una sintomatología psicológica y que por ello acude a psicoterapia. A partir de aquí, empieza la exploración para ver qué hay detrás de este síntoma.

Se trata de un caso donde el sentimiento de culpabilidad aparece en toda su extensión, gestionado con el castigo, en una persona con una estructura moral regulada por los criterios normativos –*heteronomía*– (Villegas, 2005) y como ingredientes de este cóctel o como piezas de un puzzle, aparecerán también el remordimiento, las rumiaciones y el control.

En el camino de la transformación o del cambio van a intervenir nuevos conceptos como son la responsabilidad y el perdón para poder construir nuevos significados de la experiencia vital del sujeto.

2. LOS SÍNTOMAS COMO PROBLEMÁTICA DEL CONTEXTO VITAL

Cuando no se puede encontrar en el sistema de significados la manera adecuada (funcional) de resolver una experiencia, aparece el síntoma como una forma alternativa de enfrentamiento, como parte de un ciclo incompleto o de falta de significados más adaptativos (Gismero y Godoy, 2004).

En el proceso terapéutico se persigue un incremento de las capacidades metacognitivas y autorreflexivas para poder realizar una construcción consciente de los procesos que determinan el malestar emocional, de forma que los síntomas –construidos previamente como causa única del propio malestar y que en consecuencia hay que eliminar– se puedan comprender en su significado y reconceptualizar como protectores y funcionales en relación a unos objetivos jerárquicamente supraordenados del sistema. (Cionini y Provvedi, 2003).

El síntoma se presenta como problema de malestar manifiesto que se desea solucionar y a la vez como solución o estrategia de afrontamiento de experiencias vitales que en su día se adoptaron de acuerdo al propio sistema de significados.

En el caso que se presenta a continuación, la persona relaciona el insomnio con algún problema psicológico pero manifiesta sus dudas para poderlo relacionar con sus experiencias vitales.

En el momento en que acude a consulta, el síntoma (insomnio) constituye un problema de malestar a solucionar pero como se verá, este insomnio podía ser experimentado como un castigo que por otra parte reclamaba como solución a su sentimiento de culpabilidad.

3. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO

Iván, nombre ficticio otorgado a nuestro paciente, de 32 años de edad, pintor e instalador de oficio, acude a terapia para solucionar un problema de insomnio de larga evolución, aproximadamente de unos doce años. Lo describe como la dificultad de conciliar el sueño durante unas dos horas, aunque hay períodos cortos de uno o dos meses en que duerme bien, pero el insomnio reaparece. También manifiesta su preocupación por unas afecciones que tiene en la piel y porque al no dormir bien, su carácter se está agriando, tiene mal humor, está poco comunicativo y cansado.

Describe como una primera causa aproximada del insomnio un accidente de coche que ocurrió hace doce años que coincide con el inicio de los síntomas. El problema de la piel que el denomina como prurito dice que le preocupa tanto o más que el insomnio porque cuando no puede dormir se rasca la piel que le pica hasta lesionarla y que ambos problemas se retroalimentan porque cuando duerme bien no tiene problemas con la piel. Considera que son síntomas que no se curan con medicación ni estableciendo conductas de higiene del sueño y que lo que necesita es hacer una psicoterapia. Se descartan causas externas como ingesta de café, drogas, nicotina, etc., y no se conocen causas internas ni enfermedades que puedan

explicarlo.

Esta es la primera demanda formulada en la primera sesión. En la segunda sesión, Iván explica que en el accidente de coche que ocurrió hace unos doce años, cuando él conducía, atropelló a una mujer que falleció en el acto. Él circulaba con el semáforo en verde y la mujer cruzó la calzada con el semáforo en rojo. En los pocos segundos que duró todo el acontecimiento Iván pensó en frenar, pero al ver que la mujer también hacía intento de parar, siguió adelante sin detenerse con el fatal desenlace ya conocido.

4. ASOCIACIÓN DE CULPA Y CASTIGO

En el sentimiento de culpabilidad, *el sujeto es juez y víctima*. Se acusa a sí mismo, tiene remordimientos de conciencia y pesares. Existe una inquietud por alguna acción que se percibe como mal hecha. Aparece una y otra vez como preocupación por lo que se ha hecho, *como rumia* que vuelve a analizar las circunstancias. Hay personas angustiadas ante un continuo peligro de obrar mal o de hacer daño. Haber procedido mal causa dolor y más si el mal es irreparable y las consecuencias fatales. (Marina y López, 1999). Se puede sentir culpa por haber hecho o por haber dejado de hacer algo que ha causado dolor a otra persona, a partir de una *acción* o de una *omisión* y de su valoración posterior (Villegas, 2000).

El sentimiento de culpa está relacionado con la construcción moral de cada uno y se basa en lo que se considera bueno y malo, se trata de una conciencia interior. Si por acción u omisión causamos un mal y por lo tanto somos incoherentes con nuestras normas o criterios éticos, se produce el conflicto moral (Soler y Conangla, 2004).

Iván se siente culpable por “*ir a más velocidad de la cuenta*”; por “*no haber frenado a tiempo*”; por “*atropellar a una persona*” y por “*haber fallado*”. Las auto-inculpaciones de Iván son rígidas e implacables. Nos encontramos ante un mal irreparable de consecuencias graves y ante un hecho ocurrido involuntariamente.

En este caso existen distintos tipos de culpa:

- a) culpa por comisión por “*ir a más velocidad de la permitida*”, aunque sea a muy poca más velocidad y la sentencia judicial no lo menciona, él siente que realizó una conducta que moralmente está mal, además considera que es lo único que legalmente hizo mal.
- b) culpa por omisión de características obsesivas por no haber frenado a tiempo, con pensamientos repetitivos: “*si hubiera frenado*”, “*tendría que haber frenado*”, “*no frené a tiempo*”. Se persigue una seguridad y un control total.
- c) culpa por “*haber fallado*” a su ideal de persona responsable y a sus expectativas “*a mi esto no me podía pasar*”.

El texto de la sentencia del juicio que tuvo lugar después del accidente no está en poder de Iván, sino de su padre. Manifiesta el deseo de recuperarla y durante las

primeras sesiones de terapia se la pidió pero el padre no la encontró. No recuerda los términos de la sentencia, lo que recuerda es que iba a más velocidad de la permitida y que le multaron con cincuenta mil pesetas por ello, pero no le condenaron por homicidio involuntario a causa de la muerte de la mujer. Iván encuentra “*muy suave*” este castigo y además él no se ocupó de nada porque estaba realizando el servicio militar y tuvo que volver al cuartel. Quienes se ocuparon de todo fueron su padre, quien pago la multa, y el abogado; la familia de la víctima fue indemnizada por la compañía de seguros, con lo cual su responsabilidad quedó anulada y delegada, sin castigo ni reparación personal.

La gestión de su culpa a través del castigo resulta nuclear en su caso, busca liberarse de su culpa subjetiva a través de él, cree que necesita pagar más por lo que hizo y que así se sentiría menos culpable.

Se observa una asintonía entre la culpa jurídica y la culpa vivida por Iván. Jurídicamente no tiene nada pendiente, en cambio, su juez interior lo hace sentir culpable, de hecho él dice que siempre será culpable y necesita más castigo.

5. DESARROLLO MORAL

Considerando las fases del proceso evolutivo del desarrollo del juicio moral (Villegas, 2005), se observa en este caso un claro predominio de la *heteronomía*, una regulación donde el peso recae en la norma o ley, dictada por quienes tienen por misión, guardar el orden social, padres, maestros, autoridades, especialistas, etc., intentando ajustar el propio criterio a los dictados de los expertos, en los cuales busca la estabilidad y la seguridad.

Aun cuando Iván puede ser crítico y cuestionar estos referentes, les da un valor que influye en su experiencia vital. Es hiperresponsable y como dice Villegas (2000): *culpabilidad e hiperresponsabilidad son manifestaciones de una conciencia moral heteronómica*. Son personas que necesitan figuras que consideran de autoridad como referentes inequívocos, no tanto como modelos a imitar, sino como fuente criteriológica de pensamiento y acción (Villegas, 2000).

Durante el proceso psicoterapéutico, manifiesta su necesidad de que la psicóloga le indique lo que debe hacer para solucionar sus problemas y pregunta cómo se hace para liberarse de la culpa. Cuando esto ocurre ve a la psicóloga como referente externo, cuyos consejos le han de servir de criterio para actuar. Se trata de una necesidad que no podemos satisfacer directamente porque lo conveniente es favorecer que el paciente pueda explorar en su interior y construir sus propios criterios.

Iván considera que todo debe estar bajo control y que precisamente la normas se han hecho para llegar donde no puede llegar el control personal, “*cuando te saltas las normas*”, dice, “*es cuando pasan estas cosas*”, refiriéndose al accidente.

La regulación heteronómica lo mantiene pasivo, no se plantea un criterio desde sí mismo, se evalúa desde fuera y lo interioriza con un ideal de perfección.

A él este accidente no le podía ocurrir, se mantiene intolerante con los errores, con las cosas mal hechas y lo expresa con pensamientos rígidos.

6. REMORDIMIENTO, OBSESIÓN RUMIATIVA Y CONTROL

Remordimiento viene de remorder, volver a morder o morderse uno a sí mismo en sentido figurado, inquietarse, alterarse, desasosegarse interiormente por alguna cosa; le punza a uno cualquier escrúpulo de haber obrado mal (Marina y López, 1999).

La desazón se describe como agitación que causa pesar, disgusto y resentimiento y como sinónimo de picazón o prurito.

A Iván le preocupan las cosas que según él están mal hechas, le causan intranquilidad y no le dejan dormir, debe estar alerta y revisarlas para que no ocurran y cuando vuelve a pensar en ellas siente remordimientos. Si existe un gran miedo a la culpa por irresponsabilidad, se desencadena una conducta con características obsesivas, es decir, repetitividad, persistencia, alta frecuencia y estereotipia (Mancini, 2000). Con ello el obsesivo se quiere proteger, blindar completamente de algo absolutamente terrible, totalmente insoportable para su conciencia (Villegas, 2000).

Llama la atención que aunque Iván no manifiesta explícitamente ningún comportamiento obsesivo ni compulsivo se da una coincidencia entre los componentes estructurales característicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y de la estructura de personalidad de Iván.

El mal percibido ocurrió en el pasado sin poderlo prever en aquel momento, ahora la prevención de Iván va dirigida a no causar un nuevo daño. En las relaciones sociales tiene dificultades de acción por miedo a ofender, molestar, herir, etc.; ésta podría ser una causa de inhibición para guardarse del sentimiento de culpa ante un hipotético “nuevo daño”.

Aunque en las circunstancias del accidente, Iván no tuviera el pleno control de la situación, en la cual también estaba implicada la mujer atropellada, él asume un control potencial que debería abarcarlo todo: *“si uno no puede abarcar todo el control, para esto se hacen las normas, para llegar donde no puede llegar uno y si no se siguen, pasan estas cosas”* (refiriéndose al accidente). Cree ser responsable de una acción y de una omisión aunque no tenga sobre éstas todo el control. De acuerdo con Villegas (2000):

“Lo que el obsesivo trata de evitar a todo coste a través de los mecanismos de control son dos fracasos esenciales: el error (mental) y la culpa (moral). Las rumiaciones están orientadas a prevenir el error, mientras las conductas de comprobación y los rituales pretenden evitar la culpa”. “Error y culpa tienen para el obsesivo, una característica común: son irreparables y, en consecuencia, imperdonables, equivalen a una condena eterna”.

El modelo cognitivo del TOC de Mancini (2000), propone que el temor de que

una acción (u omisión) propia pueda causar un daño injusto, o la transgresión de una norma moral es la base de la obsesión.

En este caso no se trataría de una conducta obsesiva para prevenir el daño que ya está causado, sino para el que pudiera causar en el futuro. Se dan elementos como el control, la culpa, la búsqueda de certeza objetiva, la justicia, la rectitud moral, la legalidad. La normativa es su referente moral estable. Todo ello es externo a sí mismo, lo busca fuera, en cierto modo necesita que le digan lo que está bien y lo que está mal.

Su listón moral es muy alto, no acepta el error, busca la perfección y la exactitud y cuando no se producen aparece la culpa porque para Iván solo cuentan los resultados. Desear hacer las cosas bien es digno de admiración pero cuando esto no ocurre, o los sucesos no son los esperados, cosa por otra parte natural por el hecho de ser humanos, él no se lo perdona. Probablemente en el caso de Iván, el pensamiento recurrente está relacionado con el remordimiento por atribución de culpa por omisión: *“no haber frenado a tiempo”*.

7. SISTEMA EMOCIONAL

Como hemos dicho, la primera demanda de Iván fue sintomática, vino para resolver su problema de insomnio. Aparecieron después, la culpa, el castigo, la estructura moral heteronómica, el remordimiento, la obsesión rumiativa y el control.

En relación al control, Iván dice que también controla las emociones en el sentido que cuando aparecen intenta poner distancia, reprimirlas o bloquearlas, pone el peso en el pensamiento para que no se produzca ningún descontrol y si alguna emoción se activa la domina, explica algunos episodios en los que las ha manifestado aunque tiene dificultades para reconocerlas, identificarlas y expresarlas, tiende más bien a explicar sensaciones físicas ya que para él no es fácil hacer introspecciones.

Cuando explica el accidente por primera vez en terapia se siente mal, manifiesta tensión, calor e inquietud, pero no identifica ninguna emoción. En el transcurso de la terapia, como se verá, pudo reconocer la rabia que sentía al recordar las circunstancias del accidente y al no poderse perdonar. También pudo identificar el miedo que sintió cuando vio lo que había ocurrido y lo que le venía encima, la tristeza al ver la mujer muerta y como lloró y también que le dolió que su padre le preguntara si corría al volante.

Cuando Iván no puede dormir se siente enojado, se preocupa y empieza el picor, rascándose hasta hacerse daño, siente el dolor y después de esto baja su tensión, la emoción que identifica y que sustenta el síntoma dice que es la rabia, una rabia que estaría encerrada bajo la piel, intermediaria con el exterior, como si empujara para salir. La piel actúa como una barrera para las emociones, es el terminal sensible del sistema nervioso.

8. UNA METÁFORA PARA LA CULPA

En el transcurso de la terapia Iván pidió más de una vez los pasos a seguir para liberarse de la culpa, un camino para llegar a conocer su interior y sus emociones. Hizo una comparación explícita entre un experto como él en reparar una grieta en una pared que sería capaz de indicar cómo proceder y la psicóloga como experta para indicar las fases a seguir en este proceso terapéutico, lo que se utilizó como analogía en el trabajo terapéutico.

Iván pudo ver y describir enseguida su culpa como una grieta. El significado que dio a las grietas fue el de las vivencias que te 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 aparecería 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 y sugiere para llenarlo, proceder a su retirada del 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 él mismo porque sino le quedan cosas pendientes por resolver, le queda *“el vacío”* de no hacerse responsable.

En un primer momento la terapeuta interpretó esta decisión como una manera más de gestionar su culpa a través del castigo y de hecho Iván ve la retirada del carné como un castigo que le faltaba, pero en el transcurso de esta retirada Iván se va preguntando si es castigo lo que necesita porque ve que así no acabará nunca y dice: *“siempre necesitaré un castigo más severo y esto no es lo que quiero”* y *“toda la vida me he gestionado mal, que desastre!”*.

Mientras tomaba conciencia de la asociación en la culpa y el castigo, se procedió a una nueva reformulación. El darse cuenta es una oportunidad de cambio y la retirada del carné si bien es un castigo, se trata de una punición autoimpuesta, como una nueva sentencia que tenía pendiente, se trata de su decisión, de una iniciativa propia, es su criterio, actúa como agente interior, no está delegando sino que es él quien se hace cargo de su grieta y de su vacío. Después de tomar esta decisión Iván dice que confía en la retirada del carné porque de ello espera un beneficio seguro, además de que le sirve para ser menos individualista porque pide y acepta la ayuda de los demás cuando le hace falta que lo lleven en coche, en cierta manera actúa también como agente de socialización.

La asociación de la culpa y el castigo se dirige hacia una evolución de la culpa a la responsabilidad. Iván dice que ya tiene bastante castigo, parece que el sentimiento de merecer una pena más dura se está desvaneciendo y empieza a

cuestionarse si lo que debería cambiar es su autoexigencia.

Aunque conscientemente diga que no quiere más castigo y cuestiona que lo necesite, es muy nuclear en él asociar la solución de sus culpas con castigo, esta nueva reformulación hacia la responsabilidad es un proceso donde aparecen ciertas resistencias.

9. UNA METÁFORA PARA LA RABIA

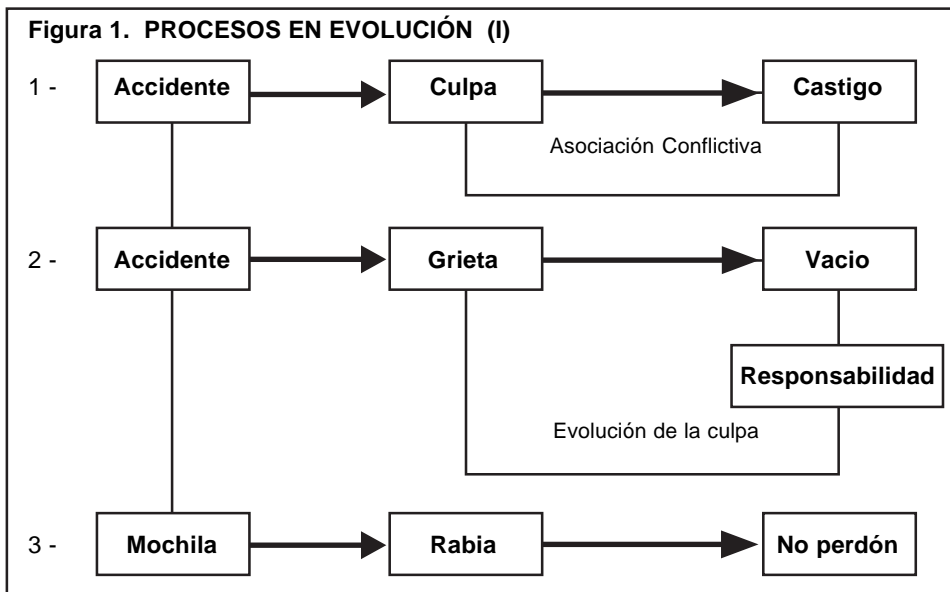
Iván situó su grieta en la parte delantera de su cuerpo, subía desde las piernas hasta el pecho, mientras daba significado a su culpa y la gestionaba con el auto castigo de la retirada del carné pudo identificar una emoción, la rabia. La rabia llenaba una mochila a su espalda que según decía actuaba 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”*, decía Iván. 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. Dice: *“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 esto 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, vemos que la asocia con 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. *“Desearía ser más flexible pero necesito ser rígido”*. *“No sé si sé perdonar, me acuerdo de lo que me hacen, no olvido”*. Concluye esta evolución de su rabia diciendo que *“la rabia es por no haberme perdonado, no perdonarme el haber fallado”*.

Hasta aquí el proceso terapéutico ha transcurrido desde el sentimiento de culpa por el accidente y la asociación nuclear de **culpa y castigo** a la aparición de un **vacío** a llenar que surge al reparar la culpa o grieta como hechos pendientes de resolver; a partir de aquí se inicia el proceso hacia la **responsabilidad** al hacerse cargo de los mismos. Se da un nuevo significado al accidente, el de una mochila llena de **rabia** que pesa en su espalda por **no haberse perdonado aún** (Figura 1).



En la Tabla 1 puede verse cada elemento descrito con sus correspondientes analogías, significados y procesos a que dan lugar.

Elementos	Metáforas / Analogías	Significados	Procesos
Culpa	Grieta	Vivencias que dejan marca	Asociación culpa - castigo
Vacío	Raya negra que deja la grieta	Hechos pendientes de resolver	Hacerse cargo de la grieta, no tapanla, quitarla Llenar el vacío Responsabilidad
Rabia	Mochila	Peso del accidente Contrapeso que no deja cerrar la grieta No haber frenado él No haber parado ella Frustración expectativas del <i>self</i>	Exigencia ante los errores No perdonar

10. DE LA CULPA A LA RESPONSABILIDAD

Responsabilidad deriva del latín “*respondere*”, significa “contestar” y, por extensión, “reaccionar a algo”. De ahí pasó a significar la obligación de compensar cualquier daño posible, o de cumplir un compromiso (Marina y López, 1999). *Culpabilidad* es un concepto que hace referencia a las intenciones, no a los actos; mientras que *responsabilidad* implica la capacidad de responder de las propias acciones. Yo, como reflexiona Edipo en la tragedia de Sófocles “*Edipo en Colono*”,

no puedo ser culpable de un efecto que no he pretendido o previsto en el planteamiento de mis acciones, aunque puedo responder por ellas y hacerme cargo de las consecuencias imprevistas (Villegas, 2000).

Iván consiguió la sentencia del juicio por iniciativa propia en el transcurso de esta terapia, a través del juzgado. La sentencia lo declaró culpable por *“falta de previsión y diligencia en la conducción, no habiendo observado las normas elementales de cuidado que todo conductor medio debe tener en cuenta en la conducción de su vehículo, provocando con su actuar negligente el accidente y su consecuente resultado lesivo.....”*, la condena fue por *“una falta de imprudencia”*.

Si Iván solo percibiera los hechos ocurridos como un accidente no se sentiría culpable. El atropello fue un accidente porque no estaba previsto, no hubo intención ni voluntad pero subjetivamente lo que Iván se dice a si mismo es que si hubiera reducido la velocidad habría tenido tiempo de frenar, es aquí cuando siente el peso de su culpa y por lo que necesita mayor pena.

Teniendo en cuenta las exigencias de Iván, sus expectativas frente al ideal y su estructura moral, se puede explicar su dolor, desazón, rabia y remordimientos al recordar el accidente. La severidad del juez que Iván lleva dentro le impide poder responder a lo ocurrido con una narrativa distinta del castigo para que lo lleve a la aceptación y al perdón. Su juez requiere que todo esté bajo control, no acepta errores y no perdona, sólo castiga. En la elaboración de esta experiencia Iván quedó anclado en la culpa y en estas condiciones su respuesta es el insomnio.

Se propuso a Iván, a pesar del dolor que esto suponía, reconstruir sobre el papel los detalles del accidente, lo que aceptó. Desde siempre en su discurso estaba el *“tenía que haber frenado”*, por ello se siente culpable una y otra vez; ante el esquema dibujado se dijo: *“¿qué más tengo que hacer?, me retiré el carné tres meses, he cambiado de actitud ante el volante, espero que no se vuelva a repetir nunca más, el hecho no se puede cambiar”...*, Iván respondió con propósito de enmienda, pero asociando nuevamente su culpa al castigo y mirando hacia el exterior, no siente que tenga ninguna deuda pero no se pregunta si tiene nada pendiente con él mismo, mirando hacia dentro. La evolución de la culpa y el castigo hacia la responsabilidad y el perdón es un proceso largo y difícil pero mientras Iván no pueda perdonarse no haber parado, su condena no puede terminar.

11. DEMANDA Y REFORMULACIONES

En muchos casos, la demanda de ayuda psicoterapéutica implica la transformación de la misma hacia la comprensión del significado del fenómeno para permitir una evolución o desarrollo del sistema epistemológico del sujeto, lo que se considera el objetivo de toda psicoterapia. Lo que no se puede hacer en una psicoterapia es satisfacer directamente las necesidades del paciente, sino analizarlas para que pueda satisfacerlas por sí mismo o con los recursos a su alcance. (Villegas, 1996).

El insomnio de Iván fue presentado inicialmente como una *demanda sintomática*

porque es lo que le preocupa y si bien él relaciona el insomnio con algún problema psicológico, lo hace de una forma inespecífica, porque pregunta de dónde viene su insomnio, no sabe si tiene que relacionarlo con el accidente, ni cuál es el problema psicológico, hasta aquí, estaríamos ante una *demanda mágica e inespecífica*.

En alguna ocasión aparece la *demanda mágica* en el sentido de que la terapeuta le diga qué tiene que hacer para encontrar solución y curarse del insomnio, pregunta cuáles son los pasos para librarse de la culpa, asumiendo un papel pasivo y dependiente.

Tras el insomnio de Iván, vemos que fueron apareciendo nuevas necesidades que él expresó de la siguiente manera:

- 1) Librarse de su culpa, pero antes tenía que saber porqué hay culpa y “no taparla” (por analogía con la grieta) sin hacer todos los pasos necesarios para que no se vuelva a abrir.
- 2) Que se acabe el castigo.
- 3) Cambiar su exigencia de no cometer errores.
- 4) Ser más flexible.
- 5) Sacarse de encima el peso del accidente y de la rabia.
- 6) Aceptar haber fallado
- 7) Perdonarse

Iván confía en el proceso terapéutico y acude sin falta a cada sesión semanal, en este proceso se da cuenta de cómo al ser tan exigente, sus errores se gestionan a través de la culpa y el castigo, haciéndose consciente del peso que tiene esta asociación en su día a día.

Un paso más en la evolución de la demanda ocurre cuando dice: “*mi problema es que pongo el listón demasiado alto y lo que tendría que cambiar es la autoexigencia que no me permite aceptar los errores*”. Aquí hace una *demanda específica*, ha identificado un problema psicológico y propone una solución, produciéndose una reformulación de la demanda sintomática.

Su última demanda fue “*estar bien conmigo mismo*”, esto significaba para él **aceptar cosas que no acepta y se preguntaba si la solución sería aceptarlas y perdonarse**. El significado de **perdonarse para Iván ahora es “librarme de la obligación de no fallar”**.

12. EL PERDÓN

El *arrepentimiento* es un acto de cancelación o de apaciguamiento de la conciencia, domestica la culpa y acaba por desvanecerla. La culpa desaparece cuando se la convierte en error. En cambio, el *remordimiento* mantiene su actividad indefinidamente, es un estado reiterativo, hostigador, de la conciencia, a la que espolea para que haga algo: *pedir perdón*. La etimología *–per–donare–* hace referencia a un acto de donación, a una gracia, no a ningún tipo de exigencia”. (Marina y López, 1999).

Para poder salir de la culpa es necesario **reconocer el error y responder por él**. En este caso cabe preguntarse antes, **cuál es el error desde su perspectiva**. Iván se siente culpable por ir a más velocidad de la cuenta porque si hubiera ido más despacio habría tenido tiempo de frenar para evitar el atropello, pero al mismo tiempo, Iván cumplía las normas de circulación, tenía el semáforo en verde y el exceso de velocidad, la sentencia ni siquiera lo menciona. Sus expectativas de buen conductor seguramente no preveían que se le podía poner por delante una persona para cruzar teniendo el semáforo en rojo aún viendo venir un coche, o que él tendría que frenar aún teniendo el semáforo en verde. Según las normas de circulación él podía pasar y la mujer tenía que parar.

El debate interno sobre este asunto le lleva a la rumiación sin poderlo resolver. Cuando sólo tiene en cuenta la norma, menciona que lo único que hizo mal y que se le podría recriminar con el código de circulación en la mano es el exceso de velocidad, en estas circunstancias es muy difícil para una moral heteronómica, con el peso que tiene la norma, salir del dilema, **se siente culpable, necesita castigo, puede ver la grieta, la marca que le ha dejado esta experiencia y puede manifestar lo que le hace sentir culpable, pero surgen resistencias a reconocerlo como error**, me planteo si sus exigencias pueden ser un límite porque él no se permite errores. Pero por otra parte, Iván siente rabia por lo que hizo *“mal”* y por las consecuencias que no se pueden rectificar, dice que puede aprender para el futuro pero se pregunta *“del pasado qué haces?”*.

Entra en una espiral en la que también aparece la rabia por sus propias exigencias y por no haberse perdonado aún. En las primeras sesiones preguntaba si se tenía que perdonar, después dice que ya debería haberse perdonado y más tarde que no tiene nada que perdonarse.

Sus primeros significados sobre el perdón eran de liberarse en el sentido de *“no tener en cuenta los errores que todos podemos cometer y yo no me permito”*. Aparece el bloqueo cuando dice que no tiene nada que perdonarse porque *“fue un accidente”*, entonces desconecta del *self* y el significado se convierte en un *“sucedío”*. Vuelve a avanzar preguntándose si tiene que *“aceptar cosas de él que no acepta”* y cuando dice que *“si hay aceptación hay perdón”*.

Se ha producido un cambio en su significado del perdón en cuanto a no tener en cuenta los errores y el de aceptación y perdón, porque sí que hay que *“tener en cuenta”*, solo reconociéndolo se puede responder por ello, aceptarlo con humildad y perdonar con humanidad.

En este punto, **Iván me señaló muy oportunamente que no se trata de cualquier accidente haciendo hincapié en que a él no le ocurrió nada y que la mujer murió**. En estas circunstancias podía sentirse culpable pero no permitirse el error que aumenta el pesar de su conciencia, aunque no hay duda que lo reconoce y está respondiendo por él.

La ley no siempre coincide con la propia moral y por lo tanto no es la única que

regula las acciones. De acuerdo con Villegas (2000):

“A la justicia no le sirven motivaciones ni intenciones, intenta limitarse a los hechos y a las pruebas, hasta el punto que frente a la convicción moral de culpabilidad el reo es absuelto por falta de pruebas o frente a la convicción moral de inocencia el acusado puede llegar a ser considerado culpable en presencia de ellas.

Iván se lamenta *“si hubiera frenado....”* Iván podía haber frenado o no, la peatón también podía haberse parado o no. Ambos dudaron, siguieron adelante y se equivocaron. Iván ve un error en haber dudado por que su instructor de conducción le había dicho que ante el volante no se puede dudar, pero el error no puede estar solo en el hecho de dudar por sí mismo, en todo caso ¿dudar de qué?.

El resultado fatal no se puede cambiar, no hay vuelta atrás, no se puede borrar lo que ocurrió. Reconociendo sus acciones y respondiendo por ellas Iván sigue los pasos hacia la aceptación, pero mientras tanto, la grieta persiste, la mochila pesa, la culpa y la rabia causan dolor y el remordimiento no le deja dormir bien y le causa picazón.

Para librarnos de las rumiaciones sobre el pasado y hacer una reparación a fondo del remordimiento, las alternativas pasan por poder responder, reconociendo y comprendiendo los hechos ocurridos, aceptar que no somos perfectos y que todos nos podemos equivocar. **Aceptarlo, no para sentirnos culpables sino para podernos arrepentir.** Con el arrepentimiento aceptamos que algo no hicimos bien de acuerdo con nuestra moral o que podíamos haberlo hecho de otra manera, **con la aceptación del error y el arrepentimiento se desvanece la culpa** porque la convertimos en error y después se puede iniciar **el camino hacia el perdón** por que entonces sí sabemos qué es lo que nos tenemos que perdonar.

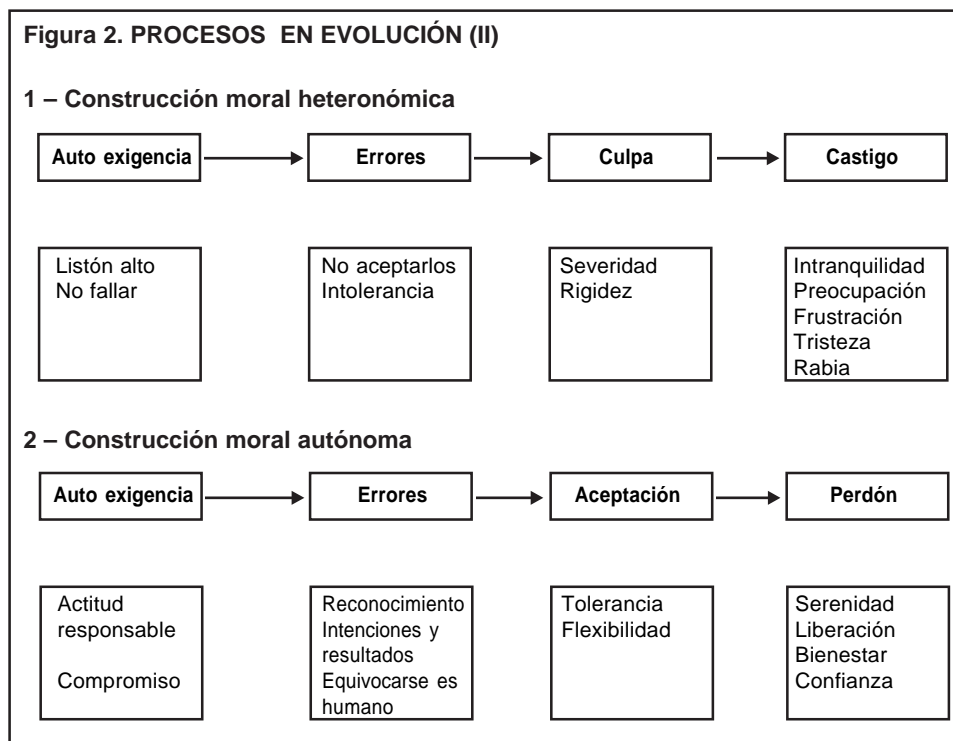
Por muy doloroso que sea, primero es necesario sentir el pesar y después nos merecemos el perdón. Perdonarse en el caso de Iván, sería aceptar como errores los hechos y acciones que le hacen sentir culpable y aceptar que nos podemos equivocar aun sin intención y con el derecho a nuestro favor. Utilizando sus propias palabras significaría: *“aceptar cosas que no acepto”*; *“librarme de la obligación de no fallar”* y *“no necesitar más castigo.”*

Cuando ocurrió el accidente Iván era muy joven y como él mismo reconoce tenía poca experiencia. Me parece oportuno volver a la sentencia del juicio que lo condenaba por una falta de imprudencia y le declaraba culpable por falta de previsión y diligencia; por no observar las normas y por haber provocado con su actuar negligente el accidente. Al cabo de los años nos encontramos con un Iván prudente, que no habla por no dañar, previsor, diligente hasta la perfección, que desearía tenerlo todo bajo control y que antepone a su criterio el de las normas.

Para que la conciencia moral heteronómica evolucione hacia una conciencia autónoma se requiere aceptar que la fuente última de juicio moral es la propia conciencia y que, en consecuencia, su dictamen está por encima de los enunciados

morales o legales, humanos o divinos (Villegas, 2000). La culpa de Iván no necesita más castigo para liberarse de ella, paradójicamente de lo que necesita liberarse es del castigo.

Se produce una evolución en el proceso terapéutico desde una **construcción moral heteronómica**, donde la autoexigencia de no poder cometer errores le conduce a la culpa y al castigo, fuente de malestar, hacia una **construcción moral autónoma** que le permita dar un nuevo significado a la autoexigencia como actitud responsable, diferenciando la intención del resultado para que cuando se produzca el error lo pueda aceptar y perdonar para alcanzar la confianza y el bienestar. (Figura 2).



CONSIDERACIONES FINALES

Después de transcurrir un proceso en el que aparecen nuevos significados como aceptación y perdón, Iván quiere conectar con su interior para llegar a su propio criterio pero siente cierto temor porque no sabe con qué se encontrará. En una ocasión en que el peso del discurso recaía en el criterio externo la terapeuta le sugirió que tal vez le faltaba un conductor en su interior, a esto, Iván, muy agudamente, respondió que sí tenía un conductor dentro pero que éste miraba demasiado las señales.

Cuando conecta con su interior, se da cuenta que “la realidad objetiva”, se

desvanece y entra en dilemas y contradicciones. Probablemente al conductor aún le falta confianza en sí mismo y le sobra severidad para poder construir su propia realidad, una nueva realidad que le permita explicarse las cosas de otra manera, porque la realidad depende del observador y la visión del mundo no puede ser objetiva, no existe una única manera de entender los hechos, cada uno los construye de acuerdo con sus esquemas, percepciones y significados.

Al dejar la terapia Iván quizás no se había perdonado todavía, pero sabía que se tenía que perdonar y que la solución a sus problemas pasaba, utilizando sus propias palabras, por aceptar cosas que no acepta, librarse de la obligación de no fallar y perdonarse.

Ante una demanda sintomática para solucionar un problema de insomnio aparece una culpa nuclear gestionada con el castigo. Se describe una experiencia lesiva a la que por una parte se da significado de accidente pero por otra, no se acepta subjetivamente, dando lugar a una activación de remordimientos, rumiaciones, preocupación y desasosiego. Para apaciguar la conciencia moral será necesario responder por los hechos, aceptarlos para poder arrepentirse y perdonarse.

Palabras clave: síntoma, culpa, castigo, heteronomía, remordimiento, rumia, control, responsabilidad, perdón.

Referencias bibliográficas

- CIONINI, L. & PROVVEDI G. (2003). Comprensión y explicación en el proceso psicoterapéutico: La co-construcción de la "lógica" del síntoma por parte del paciente y del terapeuta. *Revista de Psicoterapia*, Vol. XIV 56, 49-62.
- GISMERO, E. & GODOY MA. (2004). Una aproximación constructivista a la anorexia nerviosa: ¿tienen sentido los síntomas? *Revista de Psicoterapia*, Vol. XV 58-59, 5-31.
- MANCINI, F. (2000). Un modelo cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo. *Revista de Psicoterapia*, Vol. XI 42-43, 5-30.
- MARINA, J.A. & LOPEZ, M. (1999). Diccionario de los sentimientos. *Anagrama*, Barcelona. Edición 2005, p 368-371.
- SOLER, J. & CONANGLA, M.M. (2004). L'ecología emocional. *Amat*, Barcelona.
- VILLEGAS, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, Vol. VII 26-27, 25-78.
- VILLEGAS, M. (2000). Psicopatologías de la libertad: La obsesión o la constricción de la espontaneidad. *Revista de Psicoterapia*, Vol. XI 42-43, 49-133.
- VILLEGAS, M. (2005). Psicopatología y Psicoterapia del desarrollo moral. *Revista de Psicoterapia*, Vol. XVI 63-64, 59-133.

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.

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