

MONOGRAFÍAS DE

PSIQUIATRÍA

DIRECTOR: PROF. DR. J. L. AYUSO GUTIÉRREZ

PSICOTERAPIA

Alberto Fernández Liria

- **INTRODUCCIÓN** 1
A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega
- **LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA** 2
A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega
- **LA RECONSTRUCCIÓN TERAPÉUTICA DE LA TRAMA NARRATIVA** 8
M.^ª T. Miró
- **LOS PACIENTES ACUDEN A PSICOTERAPIA CON UNA HISTORIA QUE CONTAR** 19
I. Caro Gabalda
- **RECONSTRUCCIÓN RELACIONAL Y NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA: BASES NEUROBIOLÓGICAS** 28
L. Botella García del Cid
- **LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA Y LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS** 35
A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega

MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA

PSICOTERAPIA

Alberto Fernández Liria

Edición y Administración
AULA MÉDICA EDICIONES
(Grupo Aula Médica, S.L.)

Madrid
Paseo del Pintor Rosales, 26
28008 Madrid

Periodicidad
PSIQUIATRÍA publica 4 números al año

Correo electrónico (Dpt. Suscripción):
suscripciones@grupoaulamedica.com

Internet: www.grupoaulamedica.com
www.libreriasaulamedica.com

Precios suscripción: La suscripción anual para la revista PSIQUIATRÍA es 4 números al año:

- Profesional 54.00 €*
• Instituciones 80.99 €*
• MIR 40.50 €*
* Estos precios no incluyen IVA ni gastos de envío.


Cambio de domicilio: Debe comunicarse a nuestro departamento de suscripciones.

Depósito Legal: M.12.038-1989

ISSN: 0214-4220

Saporte válido: 21/05-R-CM



Miembro de
 Asociación Española de Calígrafos de Publicaciones
AEPF Periodistas

© AULA MÉDICA EDICIONES (Grupo Aula Médica, S.L.) 2005. Reservados todos los derechos mundiales. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

Miembro de la:
 FIPP
FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA PRENSA PERIÓDICA

AÑO XVII • NÚMERO 3 • JULIO-SEPTIEMBRE 2005

MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA

AÑO XVII • NÚMERO 3 • JULIO-SEPTIEMBRE 2005

Director

Prof. Dr. J. L. Ayuso Gutiérrez
Catedrático de Psiquiatría
Universidad Complutense de Madrid

Subdirector

Prof. Dr. J. Saiz Ruiz
Jefe del Servicio de Psiquiatría-Hospital Ramón y Cajal
Catedrático de Psiquiatría-Universidad de Alcalá
Madrid

Director de la Monografía

Alberto Fernández Liria
Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental de Área 3 de Madrid
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

Colaboradores

B. Rodríguez Vega • M.^a T. Miró • I. Caro Gabalda • L. Botella García del Cid

PSICOTERAPIA

Alberto Fernández Liria

• INTRODUCCIÓN	1
<i>A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega</i>	
• LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA	2
<i>A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega</i>	
• LA RECONSTRUCCIÓN TERAPÉUTICA DE LA TRAMA NARRATIVA	8
<i>M.^a T. Miró</i>	
• LOS PACIENTES ACUDEN A PSICOTERAPIA CON UNA HISTORIA QUE CONTAR	19
<i>I. Caro Gabalda</i>	
• RECONSTRUCCIÓN RELACIONAL Y NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA: BASES NEUROBIOLÓGICAS	28
<i>L. Botella García del Cid</i>	
• LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA Y LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS	35
<i>A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega</i>	

Monografías de Psiquiatría agradece la colaboración técnica aportada por
GlaxoSmithKline en pro de una mejor distribución de sus números

MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA

PSICOTERAPIA

Alberto Fernández Liria

- INTRODUCCIÓN 1
- LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA 2
La óptica de las narrativas y la psicoterapia. La enfermedad y la óptica de las narrativas. Los trastornos mentales y la óptica de las narrativas. Proceso psicoterapéutico y construcción de pautas problema. La óptica de las narrativas en la psicoterapia y la validación empírica de los tratamientos.
- LA RECONSTRUCCIÓN TERAPÉUTICA DE LA TRAMA NARRATIVA 8
Introducción. **Hacia una concepción narrativa de la experiencia humana.** La experiencia de la vida. La estructura narrativa de la experiencia. Secuenciación oral versus secuenciación escrita. Trama narrativa y regulación emocional. **Aspectos metodológicos de la reconstrucción narrativa: el sí mismo.** La naturaleza irreducible de la primera persona. El sí mismo y la identidad narrativa. **Aspectos prácticos de la reconstrucción narrativa: la moviola.** La narración sintomática. La reconstrucción de la trama narrativa. Ejemplo de reconstrucción narrativa de un episodio vivido. **Resumen y conclusiones.**
- LOS PACIENTES ACUDEN A PSICOTERAPIA CON UNA HISTORIA QUE CONTAR 19
El trabajo paciente-terapeuta en el enfoque narrativo. Las investigaciones narrativas en el contexto de la investigación de procesos. La terapia lingüística de evaluación. La asimilación de experiencias problemáticas en psicoterapia. La asimilación de una experiencia problemática en la TLE: el análisis de Silvia. Conclusión.
- RECONSTRUCCIÓN RELACIONAL Y NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA 28
Psicoterapia y plasticidad cerebral. Apego y desarrollo cerebral: el origen relacional de las bases biológicas de la psicopatología. El cerebro narrativo. Neurobiología del proceso psicoterapéutico. Comentarios finales.
- LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA Y LA ÓPTICA DE LAS NARRATIVAS 35
Introducción. Dificultades de la formación en psicoterapia. Principios generales. Una perspectiva integradora de la formación en psicoterapia. La psicoterapia como proceso. Habilidades en psicoterapia. Aprender por la experiencia. La psicoterapia como parte de la atención integral. Evaluar la formación. Perspectivas de futuro.

Introducción

A. Fernández Liria¹ y B. Rodríguez Vega²

¹ Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental de Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

² Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

La idea de que la psicoterapia puede entenderse como una actividad narrativa ha atraído en las últimas dos décadas a terapeutas de las más diversas orientaciones y ha proporcionado a todos ellos la posibilidad de lograr una comprensión más precisa de su práctica, de hablar de ella con un lenguaje común entre terapeutas de diversas escuelas, y de ponerla en relación con algunos de los grandes temas a los que esta práctica interrogaba, como la identidad y el cambio.

Monografías de Psiquiatría nos brinda hoy la oportunidad no sólo de hacer un recorrido por esta apasionante trayectoria del pensamiento sobre psicoterapia de las últimas décadas, sino de dar voz a algunos autores españoles que han hecho contribuciones de peso a este movimiento en ámbitos diferentes, como la clínica, la teoría, la investigación o la docencia, desde distintas profesiones, como la Psiquiatría y a Psicología y diversos contextos, como la práctica clínica en el sector público, la práctica privada de la psicoterapia o los entornos académicos.

María Teresa Miró, psicóloga y profesora de la Universidad de La Laguna responde a la pregunta sobre qué convierte en terapéutica a una narrativa poniendo en juego los hallazgos de sus anteriores trabajos sobre las teorías motoras de la mente y la teoría del apego y rescatando las más actuales aportaciones de la Psicología Cognitiva.

Isabel Caro, psicóloga de la Universidad de Valencia, escribe desde la perspectiva que le proporciona, entre otras

cosa, el haber realizado investigación de proceso y de resultados sobre psicoterapia desde este punto de vista.

Lluís Botella, psicólogo de la Universidad Ramón Llull aborda el tema apasionante de los sustratos biológicos del modelo y nos parece que logra hacerlo sin caer en reduccionismos de uno u otro tipo a los que, lamentablemente, estamos tan acostumbrados.

Los firmantes de esta nota introductoria, ambos psiquiatras, con práctica en el sector público de atención a la salud mental, presentamos en este volumen un primer trabajo de reflexión sobre las implicaciones de la introducción de la óptica de las narrativas en la práctica de la psicoterapia y otro sobre sus implicaciones para la formación, en el que exponemos los principios que han guiado nuestro trabajo como formadores en la última década.

Como toda compilación, esta tiene algo de arbitraria. Hay en nuestro país, otros autores y amigos —Juan Luis Linares, Guillem Feixas, Manuel Villegas, Begoña Rojí...— que podían haber participado con igual mérito al volumen. Pero si las limitaciones de espacio y las cuestiones de oportunidad personal, no nos han permitido ser exhaustivos, creemos que sí hemos logrado ofrecer al lector un buen muestrario de aproximaciones a lo que creemos que será la óptica desde la que arrancará la psicoterapia del siglo veintiuno.

La óptica de las narrativas en psicoterapia

A. Fernández Liria¹ y B. Rodríguez Vega²

¹ Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental de Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

² Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

La reflexión sobre psicoterapia, hoy, puede y debe partir de la clínica y desde un acercamiento a ésta lo más desprovisto de prejuicios posible. Buena parte de los conceptos que han servido en otros momentos para articular prácticas psicoterapéuticas y que forman hoy parte del *corpus* teórico de las diferentes escuelas de psicoterapia, actúan, frente a los retos que plantea la práctica de la psicoterapia en este momento histórico, como auténticos obstáculos epistemológicos. Partiendo de esta idea un grupo de psicoterapeutas con práctica en el sector público en Madrid, nos reunimos entre 1994 y 1997 constituidos en grupo de consenso convocado por una ponencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, para poner en común nuestra experiencia y tratar de acordar conceptos que nos permitieran dar cuenta de nuestra práctica clínica⁽¹⁾. Este grupo acordó la siguiente definición de psicoterapia: Psicoterapia es

...un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (podíamos haber utilizado el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a otras experiencias más o menos interesantes.

Este grupo⁽¹⁾ matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente:

Esta definición excluye otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- * **Otras relaciones de ayuda** (amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.
- * **Consejo médico o psicológico** en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le

permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental.*

- * **Manejo clínico** de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.

Como nota adicional convinimos que:

la psicoterapia supone la posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.

Tal definición es —como corresponde a una definición acordada en un grupo de consenso— una definición descriptiva. Describe la naturaleza [un intercambio de comunicación], los componentes [el/los terapeuta/s y un/os paciente/s], los objetivos [mejorar la salud mental/aliviar un problema de salud mental] y los requerimientos [el paciente se otorga algún papel en el origen, el mantenimiento o la posibilidad de resolución del problema].

Este tipo de definiciones nos permite determinar si una práctica dada puede incluirse o no en el ámbito de las que estamos estudiando. Nuestra definición incluye claramente prácticas como el psicoanálisis de Freud la psicoterapia dinámica breve de Malan⁽²⁾, Sifneos^(3,4), Mann^(5,6), Davanloo^(7,8), Luborsky⁽⁹⁾ o Strupp y Binder⁽¹⁰⁾, las terapias cognitivas de Beck⁽¹¹⁾ Ellis⁽¹²⁾ o Michelbaum⁽¹³⁾, la modificación de conducta de Skinner⁽¹⁴⁾, Wolpe⁽¹⁵⁾, Bandura⁽¹⁶⁾ o Cantor⁽¹⁷⁾, la terapia familiar sistémica de Watzlawick⁽¹⁸⁾, Haley⁽¹⁹⁾, Minuchin⁽²⁰⁾, Selvini⁽²¹⁾, o Cancrini^(22,23), la terapia existencial de Binswanger⁽²⁴⁾ o

¹ Es consejo si se dice algo como «debe dejar de fumar porque en su caso —bronquitis crónica— fumar entraña tales y cuales riesgos». Hay psicoterapia si se inicia una intervención para resolver el problema de que el cliente no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo. Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.

Yalom⁽²⁵⁾, las terapias eclécticas de Lazarus^(26,27) o Beutler⁽²⁸⁾ o las integradoras de Wachtel^(29,31), Ryle⁽³²⁾, Horowitz^(33,34), Prochaska⁽³⁵⁾, Frank^(36,37) o Beitman⁽³⁸⁾. Excluye —en cambio la práctica de la meditación, los buenos consejos dados por un amigo, o la relación entre el maestro y el discípulo

Los psicoterapeutas que sostienen la postura de lo que se conoce como eclecticismo técnico, o los ideólogos de lo que se ha dado en llamar tratamientos empíricamente validados, creen que una definición así representa el máximo honradamente alcanzable con nuestro actual estado de conocimiento, que el único criterio para legitimar una práctica como psicoterapia es la eficacia en el logro de estos objetivos (la resolución de los problemas de salud mental del paciente). Creen que no estamos en condiciones de sustentar seriamente una teoría, como la que pretenden los partidarios de la integración teórica, capaz de explicar a la vez porque son igualmente eficaces intervenciones basadas en concepciones diferentes del ser humano, la salud mental y los modos de influir sobre ella (como son por ejemplo la interpretación genética de la transferencia, por un lado, y la extinción por otro). Creen, en definitiva, que la teoría que tratan de explicar el efecto de todas las prácticas consideradas psicoterapéuticas por lo que tienen en común, mas que por lo que la diferencia, como proponen los teóricos de los factores comunes, son necesariamente superficiales.

Sin embargo, si queremos hacer algo mas que generar criterios para elegir entre formas de intervención diseñadas desde concepciones teóricas incapaces de dar cuenta de todo el campo de las psicoterapias, necesitamos algo mas que una definición descriptiva.

Necesitamos una definición que incluya una hipótesis sobre por qué una interacción de esa naturaleza, entre los componentes señalados, que cumpla los requisitos expuestos puede lograr los objetivos propuestos. Para ello recurriremos al concepto de narrativa.

La óptica de las narrativas y la psicoterapia

En los últimos años la idea de que la psicoterapia consiste en un tipo especial de conversación y, en esta medida en una actividad que puede ser entendida en los términos y con los conceptos con los que nos referimos a la actividad narrativa ha sido adoptada por psicoterapeutas de las más diversas orientaciones. Así lo han hecho un buen número de psicoterapeutas de inspiración psicoanalítica⁽³⁹⁻⁴³⁾, de terapeutas cognitivos^(44,45), experienciales⁽⁴⁶⁾ o sistémicos⁽⁴⁷⁻⁵³⁾. Y lo han hecho con planteamientos epistemológicos y filosóficos muy diversos. Para algunos terapeutas integradores, entre los que nos contamos, la óptica de las narrativas ofrece una suerte de metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas escuelas⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

Adoptar la óptica de las narrativas, a nuestro modo de ver las cosas, no significa, necesariamente, apostar por una determinada forma de hacer psicoterapia sino por una forma de entender el trabajo que se lleva a cabo cuando se practica cualquier forma de hacer psicoterapia. Según ella lo que lo que los terapeutas de cualquier orientación hacen con sus pacientes es

establecer una conversación, de unas características especiales, que permita transformar la narrativa del paciente sobre la que se basa la demanda, una narrativa impregnada -y estancada- por el problema por el que se consulta, en una narrativa en la que el problema puede ser resuelto.

Así, por ejemplo, la narrativa de desmotivación de un paciente depresivo podría ser transformada en la conversación con un psicoterapeuta psicodinámico en otra en la que ésta se presenta como una defensa frente a la angustia que desencadena determinado conflicto inconsciente avivado por una pérdida. Pero también podría ser transformada por la conversación con un terapeuta cognitivo en el resultado de la activación de determinados pensamientos automáticos derivados de unos esquemas disfuncionales que no se corrigen con la experiencia debido a determinados errores en el procesamiento de la información que el paciente comete. O en la conversación con un conductista en el resultado de un comportamiento aprendido que se mantiene porque tiene determinadas consecuencias. O en la conversación con un terapeuta sistémico en un modo de adaptarse a las reglas prevalentes en el sistema familiar al que pertenece el sujeto. Desde esta perspectiva, lo que las diferentes orientaciones ofrecen son moldes, sobre los que se puede construir esa narrativa alternativa mediante la conversación terapéutica.

La óptica de las narrativas aplicada a la práctica psicoterapéutica, permite desarrollar un lenguaje común para psicoterapeutas inicialmente de diferentes orientaciones, y, con él, poner de relieve los factores comunes a todas ellas, elegir en función de las características específicas de la pareja irrepetible encarnada por cada terapeuta y cada paciente estrategias y técnicas que puedan haber sido desarrolladas por terapeutas de diferentes orientaciones y, en general, desarrollar un criterio para acompañar la narrativa del paciente y guiar su transformación mediante la conversación terapéutica.

La narrativa es un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama.

El objetivo de la narrativa no es relatar unos hechos (ese es, en todo caso el objeto de la historiografía o del informe) sino evocar un mundo para producir unas emociones. Por eso juzgamos la obra narrativa en término de emociones. Calificamos una novela de aburrida, emocionante o angustiosa. No de incompleta o poco precisa (como haríamos con un informe o un estudio historiográfico).

Los currícula de Medicina y Psicología incluyen poco o nada de formación en conversación a pesar de que hablar con los pacientes es una de las actividades que más frecuentemente van a hacer en su vida profesional. En otras disciplinas, como la lingüística, el comentario de textos o la crítica literaria, se han desarrollado categorías y técnicas que nos permiten referirnos a la conversación, incluida la terapéutica, con precisión para poder entender sus efectos,

La enfermedad y la óptica de las narrativas

Esta aproximación a la práctica de la psicoterapia quedaría incompleta sino se acompañara de una reflexión que nos permitiera entender los trastornos mentales y los problemas de salud mental sobre los que la psicoterapia pretende actuar, en unos términos que nos permitan dar cuenta de cómo la psicoterapia puede actuar sobre ellos.

Una visión constructivista de la enfermedad en general, nos permitiría definir ésta como un estado involuntario e indeseable, que produce un malestar frente al que una sociedad está dispuesta a articular un procedimiento que incluye exención de obligaciones, provisión de cuidados especiales y actividades de sanación (en nuestra cultura médicas) encaminadas a resolverlo o paliarlo.

Desde esta perspectiva, la determinación de qué condiciones van a ser consideradas como enfermedad y cuales no, corresponde a cada sociedad. Por eso hay sociedades en las que determinadas condiciones que en otras son consideradas normales (y, a veces, incluso deseables) son consideradas enfermedades.

La delimitación de la *enfermedad en general* de lo que no lo es, depende, según esto, de una decisión que sería mejor entendida como *política* o, en todo caso, *cultural* que como resultado de una investigación científico-natural

La distinción entre distintas enfermedades adquiere sentido en la medida que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con estos. Los mayas saben que qué hacer y que cabe esperar que suceda con los *espantos* y qué hacer con los *males echados* o el *k'ak'al ontónil*. o *ek ti'ol*⁽⁵⁷⁾. Nuestras familias y médicos saben que hacer y que cabe esperar que suceda con la varicela y qué hacer con el síndrome de Down, la tuberculosis o los ataques de pánico. Por eso, aunque tengan el mismo agente causal la varicela y el herpes zoster son enfermedades diferentes.

Según este modo de ver las cosas, podríamos decir que en nuestra cultura las enfermedades son constructos, referidos a condiciones en las que un individuo experimenta un malestar sobre el que existe un consenso en la idea de que debe ponerse en marcha un procedimiento que incluye la intervención del sistema sanitario, y que permiten hacer predicciones sobre las actuaciones de los médicos.

Los trastornos mentales y la óptica de las narrativas

La elección de las narrativas como marco desde el que abordar el tema de la psicoterapia en particular y el de los trastornos mentales en general no es arbitraria. Responde a una concepción de tal actividad y de tales trastornos que tiene que ver con una concepción general del ser humano. Y, por cierto, con una concepción que no se presenta como alternativa a una concepción biológica, sino, al revés, como resultado de una preocupación sobre la naturaleza del organismo y, por tanto, de la acción y experiencia de ese animal particular que es el hombre que es

una animal que se caracteriza precisamente por tener la relación con su medio —un medio animal— trabada por el lenguaje (por emplear una expresión del biólogo Faustino Córdón^(58,59) Si esto parece extraño es sólo porque nos hemos acostumbrado a llamar abusivamente biología al estudio bioquímico de las sustancias de deshecho de los seres vivos y no a una disciplina que intente dar cuenta de la naturaleza de estos.

Lo que de esto es relevante para lo que aquí estamos tratando es que el ser humano, desde que lo es, accede a su realidad a través del lenguaje. De algún modo la vive contándose, haciendo, decimos, que las cosas cobren sentido para él o ella. La realidad que vive el paciente es la que él mismo se cuenta sobre los elementos del medio con los que se relaciona. Pero, al menos algunos de estos elementos, pueden ser, en función de esta historia (de esa narrativa), vividos, por ejemplo, bien como amenazantes, bien como objeto de curiosidad o bien como estímulo para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos «yo» y lo que consideramos los «otros» son también elementos de nuestro medio a los que nos acercamos a través de esas historias que nos contamos y que, de algún modo, somos.

Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad y que impiden, por tanto las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

Quizás convenga aclarar aquí que esta naturaleza es lo que convierte en «mentales» a los «trastornos mentales». Lo «mental» (lo «narrativo») se refiere al escenario, no a la causa. La causa de un *delirium* puede ser una intoxicación, una privación de una sustancia o una infección. Y su tratamiento consiste en actuar sobre la causa o sobre los mecanismos por los que ésta actúa. Pero el *delirium* consiste en que el sujeto vive una historia no compartida. Tiene una naturaleza narrativa.

La psiquiatría pretende una intervención sobre estas narrativas «indeseables» para la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal (en el caso de las psicoterapias) o de otros medios de actuación sobre el organismo (como en el caso de las terapias que pretendemos distinguir de ésta con el epíteto de *biológicas* sin reparar en que podrá haber pocas intervenciones mas biológicas que la psicoterapia).

Adoptar la óptica de las narrativas significa, por tanto, fundamentalmente, buscar los instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos mentales, no en el terreno de las ciencias naturales forzando, en la extrapolación, conceptos y principios, sino en el de la actividad narrativa.

Aceptar esta idea supone revisar los fundamentos de nuestra teoría y nuestra práctica, abriendo la posibilidad de considerar que lo que cada una de las escuelas de psicoterapia ofrece es un molde concreto sobre el que construir comentarios al discurso del paciente (remitiéndolo a esquemas cognitivas, histo-

rias familiares o procesos de adquisición de hábitos) Supone reorientar, por ejemplo, las lecturas y los procedimientos de adquisición de habilidades para las personas que tratan de acceder a la condición de psiquiatras, que pasarían, de este modo, a deber más a disciplinas más literarias, a las que los psiquiatras del pasado hubieron de acceder como por casualidad. Supone abrir nuevos procedimientos de evaluación de nuestra actividad, menos restringidos a los modelos concretos de comentario que ofrecen cada una de las escuelas psicopatológicas y establecer la posibilidad de una metodología común de evaluación de resultados intervenciones de distinto tipo. Supone abrir una vía de entender la alta respuesta al placebo obtenida en algunos ensayos (No es lo mismo ser una carga para la familia y un inútil que sufrir una enfermedad que se puede curar con un fármaco y ha sido certificada por un experto armado de multitud de instrumentos).

Además, esta óptica nos abre la posibilidad de ser creativos y de explorar la posibilidad de introducir conceptos e instrumentos inusuales en la práctica de la psicoterapia. Así lo han hecho, por ejemplo Omer y Alon⁽⁵⁶⁾ o White y Epton⁽⁵³⁾. Nos ofrece también un marco de referencia teórico capaz de explicar cómo actúan las intervenciones basadas en las diferentes escuelas teóricas y de ordenar su utilización con nuestros pacientes.

Proceso psicoterapéutico y construcción de pautas problema

Nuestra propuesta de psicoterapia⁽⁵⁴⁾, parte de la consideración de la psicoterapia como un proceso que podría esquematizarse como un desarrollo a través de una serie de fases cada una de las cuales puede caracterizarse por perseguir unos objetivos concretos para cuya consecución se ponen en juego una serie de recursos conversacionales y en cuya prosecución es frecuente que se planteen determinados problemas.

La primera la llamamos fase de indicación y comprende desde el primer contacto con el paciente hasta el momento en que se determina la conveniencia de intentar una intervención psicoterapéutica. Las fases iniciales comprenden desde ese momento hasta el momento en el que se acuerda un contrato. Durante las fases intermedias terapeuta y paciente trabajan en los términos acordados en ese programa. Durante esta fase tienen lugar dos fenómenos que ocurren simultánea e interdependientemente a los que nos referiremos como *construcción de pautas problema* y *cambio*. El proceso psicoterapéutico acaba con la fase de terminación.

Para el tema que nos ocupa, nos interesará centrarnos en la construcción de pautas problema. Una pauta-problema es una *narrativa* construida en la conversación entre terapeuta y paciente, que describe la experiencia del paciente o pacientes como la *repetición* de un modo insatisfactorio de *relación* consigo mismo, o con los otros significativos, en el *contexto* de una cultura. El concepto de pauta incluye las ideas de *forma* y de *repetición*. Por el hecho de describir una pauta, se resalta una experiencia particular de la realidad frente a otras e, implícita-

mente, incluye pistas para posibles ensayos de conductas, pensamientos, emociones y relaciones alternativos al que la paciente trae al tratamiento. Es decir, la descripción de la experiencia le da a ésta una «forma» en el mundo particular de la paciente. Pero hablar de «pauta» nos lleva también a la idea de repetición. Podemos decir que no es una pauta aquello que no se repite a través del tiempo. En la narrativa que describe la pauta-problema, pueden cambiar los protagonistas, la trama, el escenario, porque lo que se repite, a través del tiempo, es el modo de relación entre ellos.

El terapeuta puede guiar la conversación a través de la cual va a tener lugar la construcción de la pauta haciendo que ésta pueda construirse con materiales provenientes de la biografía del sujeto (como suelen preferir hacer los terapeutas psicodinámicos), de su sistema de pensamiento (lo preferido por los cognitivos) de los antecedentes o las consecuencias de su comportamiento (lo preferido por los conductistas) o de su sistema de relaciones (preferido por los terapeutas sistémicos) o de su sistema de creencias (preferido por los culturalistas). Un terapeuta integrador elegirá la posición desde la que construir la pauta considerando una serie de características del paciente, cuyas propias y de la relación entre ambos.

La psicoterapia constituye uno de los instrumentos utilizables en la atención integral a los trastornos mentales, que comprende elementos de tratamiento propiamente dicho (psicoterapéutico y farmacológico), rehabilitación, cuidados y apoyo. El proceso integral de atención puede reducirse a una intervención focal o incluir períodos de intervención psicoterapéutica intensiva y períodos de mero seguimiento evolutivo, con diferentes grados de cuidados y apoyo como sucede con trastornos de curso crónico, trastornos de la personalidad o trastornos mentales graves en general. En el segundo caso, cada uno de estos momentos la pauta problema que va a organizar el trabajo terapéutico puede ser construida desde diferentes posiciones (la historia biográfica, el sistema de pensamiento los antecedentes y consecuencias del comportamiento, el sistema de relaciones o el sistema de creencias).

La elección de una u otra posición para la construcción de la pauta problema depende de la consideración de diversos factores. En primer lugar, del tipo de elementos que integran la narrativa del paciente ligada a la demanda en el momento de iniciar la intervención y el tipo de nexos que el paciente parece más propenso a establecer en ese momento. Estos elementos pueden ser aquellos con los que, por regla general el paciente va a tener más facilidad para trabajar o estar más en relación con las circunstancias que motivan la demanda en ese momento.

Un segundo elemento a considerar es lo que pudiéramos llamar este *estilo* del paciente al que ya hacíamos referencia en el párrafo anterior, esto es su propensión a incluir en sus narrativas elementos de los que facilitan la construcción de la pauta desde cada una de las posiciones. Hay pacientes — como también hay terapeutas — con más facilidad para trabajar con pensamientos que emociones y otros a los que les sucede lo contrario.

La disposición para el cambio es otro de los elementos a considerar. Salvo en entornos coercitivos, la utilización de técnicas prescriptivas que permiten trabajar con el sistema de pensamiento o con los antecedentes y consecuencias del comportamiento, por ejemplo, requiere una mayor disposición para la acción y una mayor externalización del problema, que de las técnicas más exploratorias que permiten más fácilmente trabajar con pacientes precontempladores.

De gran importancia es la consideración del contexto. El trabajo con el sistema de relaciones puede ser fundamental si, por ejemplo, la dinámica familiar favorece la perpetuación de la pauta o si puede configurarse como un entorno terapéutico.

Por último, está la consideración de factores del terapeuta y del encuadre que pueden condicionar la relación terapéutica. Es obvio, desde luego, que el terapeuta ha de ceñirse a las estrategias y técnicas en las que está capacitado, o, cuando eso es posible, derivar al paciente, en el caso que hubiera otras que parecieran preferibles. Pero la posición desde la que trabajar puede estar condicionada por la previsión del terapeuta de su propia capacidad y la del entorno en el que trabaja para sostener la relación y llevar a cabo con cada paciente particular, las tareas que implica el trabajo desde la posición elegida. Hay posiciones desde las que un terapeuta trabajaría sin problemas con un paciente, pero con otro, por ejemplo, de diferente edad o sexo, con el que va a tener que trabajar con otra estrategia.

La óptica de las narrativas en la psicoterapia y la validación empírica de los tratamientos

En los últimos años hemos asistido al desarrollo de propuestas manualizadas y *empíricamente validadas* para el tratamiento psicoterapéutico de multitud de trastornos. Con ello hemos aprendido mucho sobre psicoterapia, sobre los trastornos y sobre investigación. Pero la idea de una práctica psicoterapéutica pensada para dar atención a trastornos definidos por una categoría diagnóstica frente a la que pueden ser comparados con otras alternativas terapéuticas mediante ensayo clínico controlado, ha empobrecido enormemente la investigación en los últimos años y se ha traducido en largas y aburridas listas en las que el título general de la terapia manualizada (principalmente *terapia cognitivo-conductual* o *terapia interpersonal* se sigue del nombre de una categoría diagnóstica (del *trastorno depresivo mayor*) y de una circunstancia determinada (*para mujeres embarazadas* o *para adolescentes o acianos*).

La óptica de las narrativas se inscribe en el polo opuesto a la pretensión de un tratamiento manualizado a la medida de cada categoría diagnóstica y pretende precisamente facilitar una sistemática para lograr un programa de tratamiento a la medida de cada pareja terapeuta-paciente. Ello no supone, desde luego, la renuncia a la demostración de eficacia a través de la investigación, pero requiere para la misma una perspectiva más semejante a la emprendida por el grupo de la Asociación Americana de Psicólogos para el estudio de las relaciones empíricamente validadas que del que consagró los listados de tratamientos em-

píricamente validados⁽⁶⁰⁾. Una línea, que creemos, será la que guíe la investigación en psicoterapia los próximos años.

Referencias

1. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En: Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997; 143-162.
2. Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychotherapy*. London: Butterworths. 1979 (trad cast: *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós 1983).
3. Sífneos PE. *Short-Term anxiety-provoking psychotherapy*. New York: Plenum, 1987.
4. Sífneos PE. *Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual*. New York: Basic Books 1992 (trad cast: *Psicoterapia breve con provocación de angustia; manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
5. Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Mass: Harvard University Press, 1973.
6. Mann J, Goldman R: *A casebook in time-limited psychotherapy*. Washington: *American Psychiatric Press* 1982.
7. Davanloo H (ed). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aaronson, 1980.
8. Davanloo H. *Unlocking the unconscious*. John Wiley & Sons. Chichester. 1990. (Trad cast: *Psicoterapia breve*. Madrid: DOR, S.L. 1992).
9. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books, 1984.
10. Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer 1993).
11. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983).
12. Ellis A. *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for rational living. 1970.
13. Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum, 1977.
14. Skinner BF. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953 (trad cast *Ciencia y conducta humana*). Barcelona: Fontanella, 1970.
15. Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1958 (trad cast: *Psicoterapia por inhibición recíproca*). Bilbao: Desclee de Brouwer 1975.
16. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall, 1977 (Trad cast: *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe 1982).
17. Cantor JR. *Psicología interconductual*. México: Trillas, 1980.
18. Waltzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. 1967 (Trad cast: *Teoría de la comunicación humana*). Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo 1971).
19. Haley J. *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu, 1980.
20. Minuchin S. *Families & family therapy*. Harvard: The President and Fellows, 1974 (Trad cast: *Familias y terapia familiar*. Gedisa).
21. Selvini M, Boscolo L, Cecchin G, Pratta G. *Paradosso e contrapadosso*. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: *Paradoja y contrapadoja*. Barcelona: Paidós 1988).

22. Cancrini L. Guida alla psicoterapia. Roma: Riutini, 1982.
23. Cancrini. La psicoterapia: Gramatica e sintaxis. Manuale per l'insegnamento della psicoterapia. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1987. (trad cast: La psicoterapia: gramática y sintaxis; manual para la enseñanza de la psicoterapia. Barcelona: Paidós 1991).
24. Binswanger L. Psychoanaly und Daseinanalytic. Berna: Huber, 1957.
25. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books 1980 (Trad cast. Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder 1984).
26. Lazarus AA. The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive and effective psychotherapy. New York: Mc-Graw Hill, 1981.
27. Lazarus AA. Brief but comprehensive psychotherapy: the multimodal way. New York: Springer 1997. (Trad cast: El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: Desclée de Brouwer 2000).
28. Beutler LE. Eclectic psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon 1983.
29. Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977.
30. Wachtel PL. Therapeutic Communication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993 (Trad cast La comunicación: principios y práctica eficaz. Bilbao Desclée 1996).
31. Wachtel PL Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world. Washington: American Psychological Association. 1997.
32. Ryle A. Cognitive-analytic therapy: active participación in change: a new integration in brief psychotherapy. Chichester; John Wiley. 1990.
33. Horowitz MJ: Introduction to psychodinamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.
34. Horowitz MJ. Formulation as a basis for psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997.
35. Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irrwin 1984.
36. Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
37. Frank JD. Persuasion and healing (2nd edition). Baltimore: John Hopkins University Press. 1973.
38. Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press, 1987.
39. Gill MM. Psychoanalysis in transition. New York: Basic Books. 1994.
40. Luborsky L, Barber JP, Diguier L. The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit. *Psychotherapy Research* 1992; 2(4):277-290.
41. Schafer R. A New language for psychoanalysis. New Haven: Yale University Press 1976.
42. Schafer R. The analytic attitude. New York. Basic Books. 1983.
43. Spence D. Narrative truth and historical truth. New York. Norton 1982.
44. Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1994;8(2):105-125.
45. Guidano VF. The self in process: toward a poststructuralist cognitive therapy. New York: Guilford. 1991.
46. Greenberg LE, Rice L, Elliott R. Preprocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Gilford 1993.
47. Efran J, Lukens M, Lukens R. Language, structure and change. New York: Norton, 1990.
48. Hoffmann L. Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica. 1987.
49. Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. *Fam Process* 1990;29:2-12.
50. Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996.
51. McNamee S and Gergen KJ. La terapia como construcción social. Paidós, 1996. (texto inglés original de 1992).
52. Sluzki CE. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. *Family Process* 1992; 217-223 (trad cast. Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de psicoterapia* 1995; 22-23:53-70.
53. White M, Epton D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. 1990 (trad cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidos, 1993).
54. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.
55. Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996.
56. Omer H, Alon N. Constructing Therapeutic Narratives. Northvale: Jason Aronson. 1997.
57. Fernández Liria C. Enfermedad familia y cvostumbre en el periférico de San Cristobal de las Casas. *América Indígena* LV 1995; (1-2): enero julio.
58. Cerdón F. Cocinar hizo al hombre. Barcelona: Tusquets 1979.
59. Cerdón F. La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico. Barcelona: Anthropos 1981.
60. Norcross JC (ed). Psychotherapy relationships that work; therapist contributios and responsiviness to patients. New York: Oford University Press, 2002.

La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa

M.^a T. Miró

Profesora Titular. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna

Cada uno de nosotros está siempre en peligro de no ser el *sí mismo* único e intransferible que es. La mayor parte de los hombres traiciona de continuo a ese *sí mismo* que está esperando ser y, para decir toda la verdad, es nuestra individualidad personal un personaje que no se realiza nunca del todo, una utopía incitante, una leyenda secreta que cada cual guarda en lo más hondo de su pecho. Se comprende muy bien que Píndaro resumiese su heroica ética en el conocido imperativo: *llega a ser el que eres*. (Ortega y Gasset⁽¹⁾).

1. Introducción

Hoy por hoy, la práctica de la psicoterapia puede ser vista como una construcción de narrativas terapéuticas, como Fernández Liria y Rodríguez Vega⁽²⁾ han mostrado. Pero sucede que no toda narración es terapéutica. Por tanto, la pregunta sobre qué condiciones debe cumplir una narración para que sea terapéutica, se convierte en una pregunta legítima, y también en una pregunta ineludible, a la hora de abordar lo que los psicoanalistas llamaban «el problema de la técnica en psicoterapia».

En el corazón del «problema de la técnica» reside la cuestión de comprender cómo y porqué la reconstrucción narrativa de la experiencia, resulta terapéutica. Para ello, parece necesario: a) saber cuál es el papel de la narración en la configuración de la experiencia humana y b) saber cuál es la relación entre el grado de articulación de la trama narrativa y la experiencia de sí mismo/a. En realidad, cabría afirmar que el supuesto básico de toda psicoterapia reside en establecer relaciones entre los síntomas, el contexto vital en el que esos síntomas se manifiestan y el grado de articulación de la experiencia vivida.

Sabemos que cuando la experiencia es procesada de un modo muy concreto y rígido, de modo que un estado mental complejo es reducido a una vivencia de una parte del cuerpo, entonces es probable la aparición de síntomas. Éstos son experimentados como algo que surgió de la nada y que no tiene que ver con uno/a. No son reconocidos ni articulados como parte de la propia experiencia. Son como acontecimientos sin trama. Como en el siguiente ejemplo: Se trata de una paciente que ha solicitado una cita urgente. En la consulta, muestra un semblante de preocupa-

ción y desasosiego y dice «Doctora, yo quiero saber si es posible que a uno «le de vuelta la cabeza». Al preguntar por el contexto vital, se obtienen algunos datos tales como que la paciente es extranjera, que está casada y tiene una hija de dos años, que desde hace un año vive en España, que no tiene trabajo y que prefiere no hablar de su relación conyugal. Cuando se le pregunta si ella cree que existe alguna relación entre este miedo que ella siente a que «la cabeza le de vuelta» y los cambios que ha atravesado en su vida durante el último año, la respuesta es «no». Aunque responda a las preguntas, la paciente insiste en que lo único que ella quiere es saber si la cabeza «puede darle vuelta». A pesar de la idiosincrasia de la expresión, es posible, no obstante, reconocer el miedo a volverse loco o a perder el control de un significado personal de tipo fóbico e imaginar el estado de duda terrorífica de pensar que es posible que, de repente, a uno/a le «diera vuelta la cabeza», es decir, que el cuerpo por sí mismo, sin que uno/a se diera cuenta, pudiera cambiar de golpe. Si uno/a sintiera esta duda, estaría continuamente vigilante para saber si esto le está pasando o no; por eso ella reclama una certeza de que esto no puede pasar. Eso es todo. Su demanda en realidad, es una narrativa sin sujeto; y el intento de contextualizar la demanda en términos de sentir miedo de que a uno/a la cabeza le de vuelta, es decir, en términos de un sujeto que siente esa duda en determinados momentos, no es aceptada. Si esto es así, la psicoterapia como tal no puede empezar, porque nos encontramos en una fase previa, a saber, la fase de preparación del contexto interpersonal para la intervención psicoterapéutica que, en un caso como el comentado, puede durar varias sesiones.

Así pues, la construcción de narrativas terapéuticas no es una tarea sencilla, porque no requiere únicamente de habilidades de entrevista, sino que hace falta sobretudo un sólido conocimiento clínico sobre los procesos cognitivos y afectivos implicados en la construcción de cada tipo de significado personal. Este conocimiento es necesario para que el terapeuta pueda guiar la reconstrucción narrativa de modo que conduzca a un resultado terapéutico. No obstante, en este trabajo daremos por supuesto el conocimiento clínico, para prestar atención a los aspectos conceptuales, metodológicos y prácticos de la reconstrucción narrativa.

2. Hacia una concepción narrativa de la experiencia humana

Antes de entrar a exponer una concepción narrativa sobre la experiencia humana, conviene detenerse en el concepto de experiencia, que ha sido explorado, de modo útil, por la tradición española de Ortega y sus discípulos, en particular Zambrano.

2.1. La experiencia de la vida

La experiencia siempre es personal y siempre es un proceso más o menos fragmentario y elusivo y que siempre conserva cierta opacidad^(1,3). Debido a su carácter personal, la experiencia de la vida se transmite al ser revivida, más que aprendida y su expresión se sustrae a la objetividad de un sistema. Dicho con otras palabras, la experiencia de la vida no puede ser atrapada por la ciencia, porque se trata de otra cosa. Zambrano⁽⁴⁾ lo ha expresado bellamente:

«Y esto que la Ciencia no sabe reducir son ciertos estados de la vida humana, ciertas situaciones por las que el hombre pasa y ante las cuales la forma enunciativa de la ciencia no tiene fuerza, ni valor. Porque sabe esta experiencia que las verdades pueden estar frente a nosotros, duras e invulnerables, estériles e impotentes a la vez. Sabe que la vida necesita de la verdad, más de su verdad, es decir, de la verdad en cierta forma. (pág. 71).

Podría decirse que el saber psicoterapéutico, igual que el saber de experiencia, busca una verdad que pueda ser asimilada por la vida, que pueda transformarla. Ambos saberes buscan, por tanto, antes que nada comunicar para que el otro encuentre, dentro de sí, la evidencia que necesita en ese momento, ante esas circunstancias^(4,5).

El saber de experiencia es un saber sobre el tiempo y sobre las circunstancias y no puede despegarse mucho de ninguno de los dos. Por esto, no puede tampoco dejar de ser incompleto y fragmentario, como la vida. Y por esto también la única forma en la que puede articularse es la forma narrativa.

2.2. La estructura narrativa de la experiencia

Para comprender el punto de vista narrativo, es necesario partir del hecho de que la auto-organización de la experiencia ocurre simultáneamente en dos niveles: el nivel de la vivencia inmediata y el nivel de su ordenamiento lingüístico. El primer nivel es tácito, emocional y continuo, mientras que el segundo nivel es explícito, cognitivo y discontinuo. Ambos niveles, no obstante, están sujetos a la estructura narrativa de la experiencia.

La experiencia es lo que nos pasa, como dice Maturana⁽⁶⁾. Y lo que nos pasa tiene siempre una estructura en la que hay un inicio, un desarrollo y un final. Pero, además, lo que nos pasa no lo sabemos o, mejor dicho, sólo lo sabemos después de que haya pasado. Afortunadamente, no siempre nos sucede como el pez que se da cuenta de que el anzuelo era un anzuelo y no un gusano apetitoso, después de haberlo mordido. Pero, al igual que el

pez, en el primer nivel de la experiencia, no podemos distinguir entre percepción e ilusión. Como indica Maturana⁽⁶⁾, podemos hacer esa distinción después, cuando podemos comparar una segunda percepción, con una primera y nos percatamos del error.

Por ejemplo, voy caminando por la calle y delante de mí veo a mi amigo Juan. Siento la alegría de ver a Juan, me adelanto un poco y le llamo. Pero se vuelve un señor que no es mi amigo Juan. En ese instante, tengo que darme una explicación porque, en mi experiencia, yo he visto a Juan y también he visto que no era Juan. He experimentado que A no era A, sino B. Puedo solucionar este dilema fácilmente, si puedo reconstruir la escena desde el momento en que creí ver a Juan. Con la segunda percepción, reconstruyo la primera, que ahora distingo como un error, una ilusión. Cuando reconstruyo la escena, me doy cuenta de que este señor tiene una estatura similar a la de Juan y el corte de pelo también es similar, y... entonces, puedo comprender el error y explicarme cómo en B creí ver a A. Pero si no pudiera reconstruir la escena, ni explicarme lo ocurrido, podría pensar que me volví loca, lo cual no dejaría de ser también una explicación de la vivencia inmediata discrepante de que A sea B.

El nivel de la experiencia inmediata y el nivel lingüístico de la explicación de esa experiencia son dominios disjuntos, como dice Maturana⁽⁶⁾; esto es, son dos planos diferentes, que forman una interfaz dentro de la cual ocurre la experiencia y la terapia. Es posible, no obstante, que el trabajo terapéutico se centre en uno de los planos. Por ejemplo, el método psicoanalítico prima el nivel de la experiencia inmediata, al centrarse en la asociación libre, mientras que el nivel de la explicación queda en manos del analista; los métodos de la terapia cognitiva clásica, en cambio, priman el trabajo en el plano de los pensamientos y las interpretaciones, en el segundo nivel.

En contraposición con estas estrategias que priman uno de los planos, el método de reconstrucción narrativa que presentamos en este trabajo, trata continuamente de trabajar en la interfaz entre la vivencia inmediata y su reordenamiento lingüístico. Dicho con otras palabras, no se trata tanto de primar el sentir versus el pensar o viceversa, como de integrar el sentir con el pensar.

La narración es la forma que ha prevalecido en Occidente, de integrar el sentir con el pensar. Es, además, el único vehículo por medio del cual se puede captar lo personal y único, a la vez, que sirve para insertar la experiencia en un marco cultural compartido. Durante los últimos años, han proliferado los estudios sobre el pensamiento narrativo versus el pensamiento lógico y científico^(7,8) y se ha planteado también la concepción de un yo narrativo, es decir, se ha dado una solución narrativa al viejo problema de la identidad personal. En síntesis, esta propuesta plantea que la manera en la que construimos un sentido de quiénes somos como personas es por medio del contar historias sobre nosotros mismos⁽⁷⁻¹⁰⁾. Sobre este aspecto volveremos más adelante, porque resulta clave para entender el método de reconstrucción narrativa del que hablaremos más abajo. Por ahora, basta con indicar que la narración es el instrumento con el cual ordenamos lo que nos pasa e integramos la experiencia.

En consecuencia, la narración puede ser considerada como una especie de radiografía del estado mental de una persona. De hecho, el criterio principal para juzgar si uno/a está lúcido/a o loco/a, es la inteligibilidad de su relato. Cuando tal relato no tiene en cuenta al interlocutor, no guarda un orden y, en definitiva, resulta carente de sentido, entonces parece claro que estamos al otro lado de la frontera de la normalidad.

2.3. *Secuenciación oral versus secuenciación escrita*

Conviene tener presente que existen dos formas de secuenciar la experiencia en una narrativa, la forma oral y la forma escrita. La forma oral es la que pertenece a las culturas no alfabetizadas y también a los niños hasta los cuatro años y medio o cinco en que aprenden a escribir.

Aunque resulta problemático hablar de culturas no alfabetizadas hoy por hoy, —debido a la «contaminación» inevitable en nuestra aldea global—, existen también los estudios sobre los textos homéricos de La Iliada y La Odisea, que han aportado mucha luz a la comprensión de la mentalidad iletrada. Estos textos son interesantes, porque fueron escritos a partir de composiciones orales, que se adaptaban sobre la marcha para audiencias que no sabían ni leer ni escribir. Pero, sin duda alguna, lo más interesante de este tema reside en que estos estudios ponen de manifiesto que en la concepción homérica no existe una concepción de la mente, diferenciada del cuerpo y este hecho tiene notables consecuencias⁽¹¹⁾. Por ejemplo: en los textos mencionados, no aparecen términos como «decidir», «pensar», «dudar», «creer», ni otros verbos mentalistas; aunque los personajes de Homero hacen estas cosas, se presentan de otro modo, por ejemplo: se dice que Agamenón *oyó sus voces* que le decían que alejara de Aquiles a Briseida. Y esto no era una interpretación, sino su manera de hablar y de sentir⁽¹²⁾. Así, tomar una decisión era representado y, por tanto, experimentado, como oír voces que decían lo que uno/a tenía que hacer. Pensar era hablar a los propios órganos u oír voces. De igual modo, lo que nosotros concebimos como estados mentales, como «estar alegre» o «sentir miedo», eran representados y, por tanto, experimentados, como estados físicos o actividades; por ejemplo, «corazón palpitante» o «respiración entrecortada», etc. Y aquí no resulta difícil reconocer cierta similitud entre esta forma primitiva de secuenciación y la paciente que aparecía en la introducción.

Los habitantes de la Grecia de Homero, en consonancia con la ausencia de una noción de mente, tampoco tenían un sentido de un yo, ni se planteaba el problema del significado. En el sentido, de que no se entendía que, por ejemplo, el poeta habla y el significado de lo que escucho se lo doy yo, sino que el significado se identificaba con las palabras mismas. En la narrativa épica, el contenido de la secuencia narrativa, cambia según cambia el contexto y no está sujeta a una secuenciación cronológica. Cuando el público escucha sólo desde la inmediatez de la vivencia y no puede elevarse sobre ella, porque no puede fijarla, el orden cronológico del relato no importa mucho. Lo que

importa es que el episodio ejemplifique alguna virtud o moraleja. Así, la vida del héroe se puede contar sin seguir un orden lineal, los episodios de la adolescencia, pueden ir seguidos del nacimiento o la vejez.

En síntesis, en el mundo oral no existe un sentido diferenciado de sí mismo/a. En consecuencia, se experimenta el habla, los pensamientos, los sentimientos y las acciones como originadas fuera del yo, en el habla de los dioses. Por ejemplo, Agamenón pretendía que no se le reprochara haber sustraído a Briseida de Aquiles, porque lo había hecho a instancias de Zeus; en concreto dice:

«... y yo no soy el culpable, sino Zeus, la Parca y Erinia, que vaga en las tinieblas; los cuales hicieron padecer a mi alma, durante el ágora, cruel ofuscación el día en que le arrebaté a Aquiles la recompensa. Más ¿qué podía yo hacer?» (Homero⁽¹²⁾, pág. 267).

En cambio, dos siglos más tarde, para los griegos del período clásico, el habla, los pensamientos, los sentimientos y las acciones se originaban en la mente y se encontraban bajo el control del yo⁽¹²⁾. ¿Qué fue lo que pasó de extraordinario en estos dos siglos que cambió la estructura del conocimiento humano?

La respuesta es la invención del alfabeto. En contraposición a formas de escritura más arcaicas, como los jeroglíficos, el alfabeto es una representación del sonido, lo cual permite visualizar las palabras y distinguirlas de las ideas que las palabras expresan. Como sostiene Havelock⁽¹¹⁾ y Olson⁽¹²⁾, la escritura dio origen a la idea de idea y a la noción de mente que se convierte en el depósito de esas ideas. Por tanto, la invención de la escritura significó un cambio cultural de proporciones inmensas. El nuevo inventó se extendió de un modo relativamente rápido, en apenas una generación. Por ejemplo, Sócrates no sabía leer, en cambio Platón fijó por escrito el arte del diálogo de un modo que no ha sido superado.

En efecto, la escritura separó al orador, del lenguaje y de la acción. Y permitió la emergencia de un sentido de *self*, de mente. Cuando el texto estaba escrito, parecía hablar por sí mismo y se hacía independiente del orador. Así, la escritura va a permitir separar el contenido informativo de la vivencia inmediata en que se produjo, de forma que el contenido informativo se mantenga estable independientemente de las contingencias. Esto va a permitir un cambio radical en el funcionamiento de los procesos cognitivos y en la manera de pensar. Ahora es posible plantearse qué es la sabiduría en sí misma, independientemente de las hazañas de Ulises. La sabiduría deja de ser algo ejemplificado por los episodios de la vida de héroe, para convertirse en la idea de sabiduría⁽¹¹⁾.

Desde el punto de vista de la secuenciación de la experiencia, la emergencia de la escritura permite un nuevo nivel de estabilidad en la experiencia. A partir de aquí, los acontecimientos narrados pueden ser ordenados en términos cronológicos, causales y temáticos. El primer nivel, el nivel cronológico permite ordenar los acontecimientos en términos de un antes y un

después y permite, por tanto, la emergencia de un horizonte temporal. La secuenciación causal, en cambio, consiste en conectar entre sí distintos acontecimientos en términos de causa y efecto. Finalmente, la secuenciación temática hace posible la conexión de acontecimientos a partir de un tema común.

Con la escritura, por tanto, se crean las condiciones para la emergencia de un sentido de *self*, de individualidad con un mundo interno, mental. Con la escritura, surge también lo que Bruner⁽⁷⁾ denomina el «doble paisaje», es decir, la capacidad de diferenciar en los personajes del relato, entre mundo interno y mundo externo. En cualquier secuencia de acontecimientos narrados, los hechos pueden verse desde el punto de vista de la sucesión, temporal y espacial, de los acontecimientos (perspectiva externa) o desde el punto de vista interno a los personajes, es decir, en función de lo que sienten, piensan y creen (perspectiva interna). Y son las discrepancias y desencuentros entre estas dos perspectivas, las que configuran la trama narrativa. Por ejemplo, en el relato de Romeo y Julieta, la tensión emocional se crea cuando el lector sabe que Romeo no sabe que Julieta está simplemente dormida y no muerta. Hay una única trama, en la cual hay una sucesión de acontecimientos y hay distintos personajes, con distintos mundos internos, que tienen un conocimiento y un nivel de implicación en la trama desigual. Para poder disfrutar del texto, el buen lector tiene que integrar, de algún modo, toda la información ofrecida y configurar su propio texto, rellenando los huecos allí donde falta información y diferenciando bien entre el mundo interno y el mundo externo de los personajes.

Pero esta capacidad para diferenciar lo externo de lo interno es una capacidad que se desarrolla muy lentamente. Desde el punto de vista histórico, resulta patente que hasta Descartes no queda plenamente establecida la autonomía del ámbito mental. Además, hay que tener presente que aunque el alfabeto se inventara en Grecia en el s. VI a.C., más o menos, y muchas personas aprendieron a leer y a escribir y la estructura del conocimiento cambió, en realidad, ¿cuánta gente podía leer?, y ¿qué libros se iban a leer si había que copiarlos a mano? De hecho, si la autonomía del ámbito mental que se establece en el s. XVII se extendió rápido y produjo un cambio cultural extraordinario, fue gracias a la invención de la imprenta. Pero eso es otra historia en la que no vamos a entrar (ver 13).

Por otro lado, si consideramos la capacidad para diferenciar lo interno de lo externo desde el punto de vista del desarrollo individual, también vemos que se trata de una capacidad que se desarrolla lentamente. Aunque se pueden trazar sus bases en la intersubjetividad primaria y secundaria (ver 14), esta capacidad tiene un punto de inflexión clave que es el momento en el que se desarrolla una «teoría de la mente».

La teoría de la mente aparece en la mayoría de los niños hacia los cuatro años y medio o cinco y se trata de una capacidad distinta de la inteligencia, que hace referencia a la capacidad de poder ver a los otros (y a sí mismo/a) como seres dotados de estados mentales. Así, la teoría de la mente permite acceder a lo que uno/a piensa o siente y diferenciarlo de los que

sienten o piensan los demás⁽¹⁵⁾. Para evaluar esta capacidad, el instrumento más extendido es el Test de la Falsa Creencia⁽¹⁶⁾.

En el Test de la Falsa Creencia, se le presenta al niño una situación en la que hay dos personajes, una pelota y dos cajas. Uno de los personajes, Juanito, guarda la pelota en la caja A y se va. En la siguiente viñeta, el otro personaje, Pepito, cambia la pelota de la caja A a la Caja B. A continuación, Juanito regresa a buscar su pelota. La pregunta que se le hace al niño/a es: ¿en que caja va a buscar Juanito su pelota? El niño sabe donde está la pelota, pero para contestar correctamente, tiene que poder distinguir lo que él sabe de lo que sabe el personaje. Por lo general, los niños por debajo de los cuatro años no hacen esta distinción, de modo que responden que el niño buscará la pelota en la caja B, que es donde ellos saben que está la pelota. En cambio, cuando los niños desarrollan la teoría de la mente, contestan que la buscará en A, porque ahora pueden reconocer que el personaje Juanito, como está en un estado mental de falsa creencia, buscará la pelota donde él la dejó, que es donde no está⁽¹⁵⁾.

A la edad que los niños desarrollan la teoría de la mente, desarrollan también la capacidad de Imaginar/simular «off line», es decir, pueden imaginar o simular en sí mismos/as experiencias independientemente de lo que está ocurriendo. Esta habilidades mentalistas permiten construir «mundos en subjuntivo», es decir, permiten pensar en que pasaría si se variara el elemento x del mundo externo sobre el mundo interno del personaje y, o cómo sería el mundo si cambiara la condición z, y así *ad infinitum*⁽⁷⁾. En otras palabras, las habilidades mentalistas permiten la creación de muchos «mundos posibles» y permiten la articulación de todas las categorías del sentir y del pensar. Pero estas tareas evolutivas de distinción entre lo real y lo posible, el mundo interno y el mundo externo, así como la articulación de las categorías del sentir y del pensar, son tareas que duran toda la vida.

Conviene, no obstante, no perder de vista que cualquier articulación narrativa es siempre posterior a la experiencia previa de un determinado sentir.

2.4. Trama narrativa y regulación emocional

La capacidad para modular la intensidad emocional, así como la capacidad de comunicar los propios sentimientos dependen tanto de funciones neurofisiológicas como de funciones cognitivas. Hoy sabemos, además, que ambos tipos de funciones dependen estrechamente del tipo de relaciones de apego que se han experimentado durante el desarrollo^(17,18).

El recién nacido no puede regularse emocionalmente por sí mismo, depende del cuidador. Las interacciones repetidas entre un niño/a y su cuidador principal pueden resultar en patrones que explican las diferencias individuales en la reactividad al estrés, la desregulación del afecto y la vulnerabilidad a la enfermedad, tanto física como mental⁽¹⁷⁾. Se ha demostrado ampliamente que los niños, al año de edad, pueden ser clasificados fiablemente en una tipología que establece cuatro formas principales de apego. El procedimiento experimental estándar, uti-

lizado en estas clasificaciones, la «situación extraña»⁽¹⁹⁾ consiste en un episodio estructurado en secuencias de aproximación y separación del cuidador principal, diseñadas para inducir estrés progresivo en el niño. Los niños denominados huidizos (tipo A) lloraban poco durante la separación, trataban al desconocido de igual modo que a su figura de apego y evitaban el contacto con ésta durante los episodios de reunión. Otros niños, los ambivalentes (tipo C), mostraban un patrón casi opuesto a éste, mostraban gran malestar en la separación y buscaban el contacto en la reunión, pero este contacto no les servía para confortarse. En cambio, otro grupo de niños, los denominados seguros, mostraban malestar durante la separación y buscaban el contacto durante la reunión, el cual les resultaba reconfortante. Por último, los niños que mostraban conductas alternantes y contradictorias de aproximación y evitación fueron etiquetados como «desorganizados» respecto al apego. En la actualidad, existe considerable evidencia de que el apego inseguro (tipos A y C y desorganizado) es un factor de riesgo, tanto para la salud física como mental⁽¹⁷⁾.

Las investigaciones posteriores a los trabajos de Bowlby y Ainsworth, han demostrado que los patrones de apego son estrategias organizadas para manejar el estrés en el contexto de la interacción entre el cuidador y el niño. Dicho con otras palabras, el niño aprende a regular y a afrontar el estrés a través de la relación de apego y este aprendizaje es un aprendizaje prelingüístico. Los patrones conductuales de apego dan lugar a estados mentales recurrentes, que constituyen las bases del significado personal (ver 20,21).

Investigaciones recientes con la Entrevista de Apego Adulto han mostrado que estos estados mentales respecto al apego se expresan en formas narrativas prototípicas, a partir de las cuales los sujetos pueden ser fiablemente clasificados en una tipología de Apego Adulto por jueces entrenados. Este enfoque ha desarrollado una metodología de análisis de las narrativas sobre las historias de apego que combina la teoría evolutiva con la investigación sobre los tipos de memoria. El resultado de esta combinación es una metodología muy sofisticada, que requiere de un riguroso entrenamiento, y que, a la postre, resulta demasiado laboriosa para ser útil en la práctica clínica. No obstante, en términos de investigación, este enfoque ha sido enormemente valioso para comprender la coherencia interna de los distintos tipos de apego. Por ejemplo, las personas con un patrón de apego inseguro de tipo huidizo (tipo A), construyen una narrativa breve sobre su figura de apego en la infancia, en la que ésta suele tener una imagen positiva; sin embargo, cuando se les pide que cuenten un ejemplo, un episodio que recuerden, en el que la relación con la figura de apego fuera «buena», presentan dificultades para recordar y, en realidad, apenas aportan evidencia de la memoria episódica (recuerdos concretos) que apoye la teoría de que «la relación con mamá era muy buena» (memoria semántica)⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, es evidente que la relación de apego constituye, a lo largo de la vida, el cauce natural por el que transcurre la trama narrativa de la propia vida. La historia de lo que nos

pasa la solemos contar en casa, a nuestros próximos, familiares o amigos. Cuando la trama de relaciones sufre una alteración profunda, por ejemplo, por una pérdida o un desengaño, ..., la trama narrativa también puede quebrarse. Hay acontecimientos que al ser integrados en la trama cambian la propia historia. Por ejemplo, supongamos que una mujer descubre que su marido la engaña y que este engaño dura unos años. En el momento en que descubre el engaño, esta mujer tiene la sensación de que su marido es otro, es otra persona distinta de la que ha vivido con ella. De repente se da cuenta de que A no era A, sino que es B. Y ¿cómo es posible que ella no se diera cuenta?, ¿cómo fue que pudo vivir con B pensando que era A?, etc. No puede resultar sorprendente que una situación de este tipo requiera una reestructuración importante de la propia trama narrativa, porque hay una ruptura de la continuidad de la historia. Y al integrar el acontecimiento, la historia cambia.

En este punto aumenta la probabilidad de una crisis y la emergencia de una narración sintomática. Cuando la trama narrativa es muy pobre, una alteración emocional intensa se vive como algo que no tiene nada que ver con uno/a, que no pertenece al sistema y si la reacción persiste, se puede convertir en síntoma psicopatológico. En cambio, cuando la trama narrativa es rica y está bien articulada, las perturbaciones emocionales pueden ser más rápida y fácilmente integradas en el sistema.

3. Aspectos metodológicos de la reconstrucción narrativa: el sí mismo

El primer paso en todo proceso psicoterapéutico consiste en organizar el marco interpersonal en el que tiene lugar la conversación terapéutica. Para ello, es necesario que se establezcan bien las reglas del juego desde el principio. En este enfoque, el papel del terapeuta resulta similar al de un director de cine. Al igual que éste, el terapeuta va a ayudar al paciente a reconstruir las escenas problemáticas de su vida, no para grabarlas en un film, sino para extraer de ellas la evidencia necesaria. Como un director de cine que tiene que estar atento a todos los detalles relevantes que aparecen en la escena, igual un psicoterapeuta al guiar la reconstrucción narrativa de un episodio vivido, tiene que prestar atención a todos los detalles relevantes, tanto del mundo externo como del mundo interno de los personajes.

Para ayudar al paciente a elaborar una reconstrucción narrativa de su experiencia que sea terapéutica, es importante que, desde el primer momento, el terapeuta aborde la contextualización del síntoma. Conviene que haga preguntas concretas para estudiar la experiencia del paciente del modo más minucioso posible, pero siempre situándola dentro de un contexto. Al hacer esto, es muy importante no caer en el error de suponer que los datos que se requieren en psicoterapia están ahí disponibles y que sólo es cuestión de «mirar y ver». Por lo general, la persona armónica y auto-consciente con una trama narrativa muy articulada, no acude a psicoterapia. El problema principal es que los datos no están disponibles a la auto-observación desde un primer momento. Hay que ir construyéndolos a medida que las habilidades de auto-observación del paciente mejoran. (Si

esto no fuera así, la psicoterapia sería rápida y barata). Para poder guiar este proceso, el terapeuta necesita conocer bien la distinta naturaleza de los datos que maneja en la reconstrucción narrativa, a saber, datos en primera persona y datos en tercera persona.

3.1. La naturaleza irreducible de la primera persona

Wittgenstein⁽²²⁾ llamó la atención sobre dos usos distintos de la primera persona, del pronombre «yo». Hay un primer uso del «yo», en el que el «yo se puede sustituir por «él» o por ese organismo o un nombre propio, etc. Aquí, en este uso, la primera persona es simétrica respecto a la tercera persona. Por ejemplo, el enunciado «yo mido 1,68» o «yo tengo unos zapatos rojos» resultan equivalentes a «él mide 1,68», o «él tiene unos zapatos rojos», porque la operación que utilizamos para conocer un dato u otro es la misma en ambos casos. En los dos casos se trata de distintos valores de la misma función «sé que tengo x» o «sé que tiene x». Aunque en ambos casos se trate de conocimiento sobre una persona, la forma en la que conocemos un dato u otro es la misma. Tanto para saber que yo mido 1,68 como para saber que él mide 1,68, recorro al metro. Aunque es un dato sobre una persona, no implica ninguna peculiar autoconciencia, por tanto, la primera y la tercera persona son intercambiables.

En cambio, si yo digo «estoy triste o me duele una muela» la situación no es idéntica a la anterior. No es lo mismo que a mí me duela una muela a que le duela a él, o que yo esté triste versus que él este triste. No conozco ambas cosas del mismo modo. De que estoy triste o de que me duele una muela tengo una conciencia inmediata, directa, sentida en mi cuerpo, desde dentro, desde el intracuerpo, como lo llamaba Ortega. Sin embargo, de que él está triste tengo un conocimiento indirecto, por inferencia a partir de su expresión y por la capacidad de simular su experiencia en la mía, de modo que de su tristeza tengo un conocimiento por simulación, mientras que de mi tristeza tengo una vivencia directa. En estos casos, los usos de la primera y la tercera persona no son simétricos.

Sin embargo, cuando utilizamos la primera persona en su uso relevante, por ejemplo, cuando decimos «yo me siento triste», no cabe suponer que al decir yo estamos haciendo referencia a un objeto o algo que anide dentro de mi denominado «el yo». En tales casos el yo no tiene referente, sostenía Wittgenstein⁽²²⁾. Y este es un aspecto muy importante.

Como señalan Arregui y Basombrio⁽²³⁾, entre otros, no cabe pasar por alto la importancia de la irreductibilidad de la primera persona en la concepción moderna del yo. De hecho, la fuerza de la prueba cartesiana depende de que cada uno se la aplique a sí mismo, como tantas veces se ha dicho. Si en lugar de eso se dice, por ejemplo, «Descartes afirmaba que...», el argumento pierde su fuerza. En cambio, si yo, al dudar de todo incluyendo los objetos materiales y mi propio cuerpo, descubro que no puedo dudar del yo que está pensando, entonces aparece un sujeto del pensamiento, un sujeto invulnerable a la duda. Pero este sujeto del pensamiento es solamente un yo y no la per-

sona concreta que yo soy. Dicho en palabras de Ricoeur⁽²⁴⁾, se trata de un yo que no es nadie.

No vamos a entrar en un análisis detallado de las aporías a las que ha conducido la emancipación de la Razón moderna, pero vamos a destacar lo que parece ser la conclusión de mayor consenso: toda vivencia de un yo, en el sentido relevante, está anclada en la corporalidad y la intersubjetividad. En otras palabras, el sentido de un yo está anclado en el sentido que cada uno/a tiene de «ser éste cuerpo» y de «ser lo que se es dentro de la trama de conversaciones de las que está hecha la vida de cada cual».

El primer aspecto, la corporalidad, nos abre la puerta a una nueva mirada a la génesis de los datos de la primera persona. En la actualidad, Francisco Varela, entre otros, ha venido proponiendo un diálogo entre las neurociencias cognitivas y lo que llama metodologías de la primera persona, a saber, la fenomenología (hermenéutica), la psicología cognitiva y la meditación (budista). Esta iniciativa ha permitido crear un marco conceptual muy interesante y prometedor, al que no podemos hacer justicia en estas páginas⁽²⁵⁾. Más relevante para el tema de la reconstrucción narrativa, resulta el segundo aspecto del anclaje del yo, la intersubjetividad, implícita en el uso relevante del yo. Este aspecto resulta evidente tan pronto como se baja de los cielos de la abstracta reflexión filosófica y se aterriza en la pragmática del vivir.

Desde el punto de vista pragmático, hay que empezar señalando la diferencia en el uso de los pronombres: No decimos «yo hablo de yo», sino «yo hablo de mí» o «él habla de sí». En todos estos casos, el sí encarna en el lenguaje el modo en que las personas son capaces de referirse a sí mismas. El sí, del yo que habla de sí, es la reflexividad del yo, su autorreferencia⁽²³⁾. Y este es el único acceso que tenemos al yo. En síntesis, esta es la propuesta de Ricoeur en su *Si mismo como otro*. De este modo, la razón sustantiva de la identidad pensante de Descartes, se sustituye por la razón discursiva de una identidad narrativa, que vale la pena explorar con más detalle.

La cuestión es que el único acceso que el yo tiene al sí mismo viene dado por el «sí» «del yo habla de sí». El acceso al yo es mediante el rodeo del sí, mediante la hermenéutica del sí en el que el yo se expresa. Todo enunciado implícita o explícitamente dice «yo (te) digo que...» o «yo afirmo que...», de modo que el yo, implícitamente se designa a sí mismo al hablar del mundo a un tú. A la vez, la persona al hablar comparece como el centro privilegiado de su mundo, su límite tanto como su condición de posibilidad^(23,24).

La vivencia es inmediata, pero la reflexión no es inmediata, requiere el rodeo del sí. Y en este rodeo del sí, que permite pasar de la tercera persona a la primera persona, residen las posibilidades de intervención psicoterapéutica.

3.2. El sí mismo y la identidad narrativa

Desde un punto de vista clínico, el concepto de sí mismo resulta clave para abarcar los síndromes de un modo holista y dinámico. Guidano^(20,21) propuso una concepción sistémica del sí

mismo, como un sistema de mantenimiento de límites, para comprender la coherencia de síndromes como la depresión, las fobias, los trastornos alimentarios, etc. En este enfoque, el cierre operacional del sistema sí mismo se resuelve en una dialéctica entre el sí mismo como objeto (el mí) y el sí mismo como sujeto (el yo). En general, el problema es cómo el yo delimita los contornos del mí y, en términos clínicos, el problema aparece cuando el yo delimita los contornos del mí de forma que una parte importante de la experiencia vivida queda, no obstante, fuera del foco de la conciencia. Sobre estas cuestiones volveremos en el próximo apartado, por ahora vale la pena seguir con el concepto de sí mismo y las formas concretas que asume la hermenéutica del sí, el rodeo del sí para volver al yo, al sujeto.

En su impresionante obra, *Si mismo como otro*, Ricoeur⁽²⁴⁾ ha desarrollado el concepto de identidad narrativa como propuesta para resolver el problema de la identidad personal. Si el problema es el de dar cuenta del sentido de unicidad y continuidad temporal de cada cual, entonces la narrativa ofrece un modelo que permite integrar la diversidad, la inestabilidad y/o la discontinuidad en la permanencia en el tiempo. El relato logra esta unidad temporal y de sentido por medio de la construcción de la trama, dentro de la cual podemos entender cómo A se transforma en B.

La construcción de la trama es un acto cognitivo de articulación e integración del acontecimiento, que participa de la estructura inestable de concordancia discordante característica de la propia trama⁽²⁴⁾. El acontecimiento, desde el punto de vista narrativo, es aquello que viene a frustrar las expectativas creadas por el curso anterior de los sucesos de la trama; por eso es fuente de discordancia, en cuanto que surge y frustra las expectativas, pero también es fuente de concordancia, en cuanto que hace avanzar la historia⁽²⁴⁾. Entonces, la tarea de la construcción de la trama consiste en incorporar el acontecimiento y esta incorporación requiere darle un sentido. Nos encontramos aquí en pleno círculo hermenéutico, porque el sentido de un acontecimiento depende de cómo afecte a la trama narrativa en curso y ésta, a su vez, depende de los acontecimientos.

Al narrar lo que nos ha pasado, al hablar del acontecimiento, llevamos a cabo una síntesis de elementos muy heterogéneos: por un lado, entre los componentes inconexos de la acción y la unidad temporal de la historia narrada y, por otro, entre los componentes inconexos de la acción (intenciones, causas, causalidades, etc.) y el encadenamiento de la trama. La configuración de la trama, en consecuencia, es un acto de articulación del sentido que permite integrar el acontecimiento y al hacerlo, en cierto modo, transforma la contingencia de su ocurrencia en «necesidad narrativa» (ver 24).

Al construir la trama narrativa sobre la propia vida, se construye a la vez un personaje que se encuentra entre dos aguas, entre la permanencia y el cambio de los acontecimientos integrados en la trama. El personaje es el que hace la acción del relato. Pero ¿qué aporta, en realidad, la categoría narrativa de personaje al debate sobre la identidad personal?, ¿qué aporta respecto a la pregunta por el «quién»?

Siguiendo a Ricoeur⁽²⁴⁾, la identidad del personaje se comprende trasladando sobre él la operación de construcción de la trama aplicada primero a la acción narrada; el personaje mismo es «puesto en trama». Dicho de otro modo, la identidad del personaje se construye conjuntamente con la trama. En palabras de Ricoeur⁽²⁴⁾:

«es en la historia narrada, con sus caracteres de unidad, de articulación interna y de totalidad, conferidos por la operación de construcción de la trama, donde el personaje conserva, a lo largo de toda la historia, una identidad correlativa a la de la historia misma» pág 149).

El relato construye la identidad del personaje, que podemos llamar su identidad narrativa, al construir la identidad de la historia narrada. El relato es el lugar donde se recompone la atribución de la acción (motivos, intenciones, etc.) al personaje. A su vez, la categoría narrativa de personaje está sujeta a la misma dinámica de concordancia discordante (permanencia/cambio) que determina la construcción de la trama. Por un lado, según la línea de concordancia/permanencia, el personaje extrae su singularidad de la unidad de su vida considerada como la totalidad temporal singular que lo distingue de cualquier otro. Pero, por otro lado, según la línea de discordancia/cambio, esa totalidad temporal está constantemente amenazada por el efecto de ruptura de los acontecimientos imprevisibles que la van señalando (encuentros, accidentes, etc.). Al sintetizar ambas tendencias, la identidad del personaje comparte el régimen de la identidad dinámica propia de la historia narrada. En palabras de Ricoeur⁽²⁴⁾:

«La síntesis concordante discordante hace que la contingencia del acontecimiento contribuya a la necesidad en cierto sentido retroactiva de la historia de una vida, con la que se iguala la identidad del personaje. Así el azar se cambia en destino» (pág.153)

Aquí reside, sin duda, el poder transformador de la narración terapéutica: la construcción de la trama, al integrar el acontecimiento, transforma el azar en destino, su contingencia en necesidad narrativa, que opera de modo retroactivo sobre la historia de vida. Y esto, es obvio que requiere mucha más investigación.

El tema de fondo aquí, la solución narrativa a la identidad personal, ya fue claramente planteado por Ortega, como se recoge en la cita que encabeza este texto. Para el autor de las *Meditaciones del Quijote*, la individualidad personal era «un personaje que no se realiza nunca del todo, una utopía incitante, una leyenda secreta que cada cual guarda en lo más hondo de su pecho». Pero Ortega no dijo mucho más sobre el problema de la identidad personal y esta visión narrativa de un personaje que no llega a realizarse, tal vez adquiera un sentido más preciso si se tiene en cuenta el contexto histórico. Este texto es del año 39, el final de la guerra civil y los discípulos de Ortega,

como Zambrano, nos han recordado su dramático silencio ante aquellas circunstancias.

Autores más recientes como Taylor⁽⁹⁾, MacIntyre⁽¹⁰⁾, Arent⁽²⁶⁾, y el propio Ricoeur⁽²⁴⁾ han elaborado una concepción narrativa de la identidad personal. Para todos ellos, la respuesta a la pregunta por el quién reside en un relato, además de en la adscripción a un nombre propio. Sin embargo, este relato debe quedar por siempre inconcluso, por varias razones. La primera razón reside en que cuando uno/a se interpreta en términos de un relato autobiográfico, uno/a es a la vez el autor/a, el narrador/a y el protagonista. De que es narrador/a y protagonista no hay duda, pero ¿hasta qué punto se puede decir que uno/a es autor/a de su vida igual que un escritor/a es autor/a de una novela?

De su vida, cada cual puede ser, como mucho, coautor, como plantea Ricoeur⁽²⁴⁾. Además, sobre el recorrido conocido de una vida se pueden narrar varias historias, construir varias tramas, en la medida en que a cada una de ellas está inacabada y, a su vez, está imbricada con otras historias de vida, y le falta el criterio de conclusión, el sentido de un final. Por ello, cada trama es revisable, provisional y está sujeta a cambios retroactivos, debidos a la retrospectión y a la prospección narrativas. Y, en la medida en que esto es así, es posible la intervención terapéutica, por medio de la reconstrucción narrativa de las experiencias vividas.

4. Aspectos prácticos de la reconstrucción narrativa: la moviola

Si es cierto que para llegar al yo, al sujeto, no hay camino más directo que el rodeo del sí, entonces una práctica clínica que se dirija a cambiar la dinámica del yo, requiere de un instrumento por medio del cual tal dinámica se haga visible. La narración del sí es ese instrumento si se lleva a cabo de forma tal que la identidad del cliente sea «puesta en trama». En cambio, si el propósito de la narración del cliente no es llegar a ver y a reconstruir su significado personal, entonces todavía nos encontramos en una fase previa al proceso terapéutico.

Según Guidano⁽²¹⁾, la clave para entrar en el significado personal del paciente, consiste en delimitar bien la interfaz entre la acción (lo que ha sentido, la experiencia inmediata) y el personaje (la explicación, el tipo de persona que se ha sentido ser). Ambas cuestiones se encuentran presentes en la experiencia, pero en planos distintos, según vimos antes. Dado que no es habitual reparar en estas distinciones en la conversación natural, la discriminación del plano de la experiencia inmediata versus el plano de la explicación en su experiencia, requiere que el cliente comprenda la distinción y la incorpore a su narrativa. Así pues, el terapeuta debe dedicar tiempo a esta cuestión en las primeras sesiones. Después, a partir de la delimitación de los dos planos de la experiencia, el cliente aprende a observar lentamente la correlación entre ambos y para ello, la «moviola» resulta enormemente útil.

Como todo buen aficionado al cine o al fútbol sabe, la moviola es un instrumento muy valioso para ver una escena a cámara lenta. Si el árbitro se equivocó o no al juzgar el fuera de juego, por ejemplo, resulta fácil de discernir cuando la jugada

se pasa por la moviola; entonces, se ve qué fue exactamente lo que pasó. Esta metáfora de la moviola es la que utilizaba Guidano para explicar a sus clientes su método de trabajo. Se trata de un método en el cual la reconstrucción narrativa viene a hacer la función de la cámara que filma la secuencia, de forma que la trama narrativa pueda ser analizada, lentamente, viendo la conexión entre los distintos elementos. Mientras en el fútbol se ponen en la moviola escenas críticas que resultaron determinantes en la marcha del partido, en psicoterapia se ponen en la moviola episodios vividos que tienen interés psicoterapéutico. En general, estos episodios suelen ser aquellos en los que están presentes las emociones críticas que constituyen la demanda.

4.1. La narración sintomática

En la medida en la que los síntomas no son reconocidos como parte de la experiencia del sí mismo/a, sino que son vividos como externos al sistema, la narración sintomática conserva siempre cierto tono de queja impotente, como el legendario Job, que le pregunta a Dios desesperado, «¿Por qué a mí?».

Al igual que en la queja de Job, en la narración sintomática el sí mismo no es puesto en trama, en cierto modo es como si no hubiera nadie que recogiera la queja. Así mismo, la narración sintomática suele ser caótica y fragmentaria. Caótica, porque los momentos de crisis, los momentos de ruptura de la continuidad de la historia, (por ejemplo una pérdida o un desengaño), son momentos que llevan consigo una profunda alteración del marco temporal de la experiencia. Frente al tiempo sucesivo y cotidiano, la persona puede tener vivencias distintas del tiempo, puede, por ejemplo hacer conexiones entre hechos del pasado remoto y hechos recientes, y revivir ciertos episodios o, por el contrario, puede sentir que partes enteras de su vida, (por ejemplo, los años vividos junto a la persona perdida) aparecen como borradas, como si no hubieran sido vividos. Por tanto, no puede resultar sorprendente que, cuando esto pasa, el resultado sea una narración desordenada, confusa y dispersa, como la propia experiencia. El peligro evidente reside en que la narración sintomática se convierta en una historia interminable⁽²⁷⁾. Para que ello no suceda, hay que transformar la narración sintomática en una narración terapéutica.

El primer paso para transformar la narración sintomática en una narración terapéutica consiste en contextualizar los síntomas. El objetivo es recoger datos acerca del momento exacto en el que aparece el síntoma y a partir de estos datos ir reconstruyendo episodios relevantes. Para facilitar la contextualización del síntoma, el terapeuta puede hacer intervenciones específicas, pidiendo clarificaciones de tiempo y lugar. En la reconstrucción narrativa que pretende ser terapéutica, resulta importante situar los hechos en un orden cronológico, así como fijar las relaciones causales entre ellos. Al ir estableciendo estas conexiones, va emergiendo una trama, una historia.

4.2. La reconstrucción de la trama narrativa

A medida que va emergiendo una historia, más o menos coherente, se hace posible trabajar centrando el foco de atención,

sucesivamente, en los aspectos relevantes desde el punto de vista clínico. La identidad del cliente debe ser puesta en trama. Para hacer esto, la moviola resulta un instrumento muy eficaz.

Una vez se ha establecido la trama narrativa del episodio que se está trabajando, se puede analizar minuciosa y lentamente, en la moviola, cómo empieza el episodio, cómo se desarrolla y cómo termina. Al reconstruir estos aspectos, se pueden adoptar dos puntos de vista distintos. Por un lado, se puede adoptar una perspectiva externa al personaje, esto es, narrar desde la perspectiva objetiva de la tercera persona, la perspectiva de un observador externo que hubiera visto la escena. Pero, por otro lado, también se puede reconstruir la escena desde el punto de vista interno al personaje, desde la primera persona que permite el acceso a datos privados, sólo disponibles al cliente. A medida que la terapia progresa, gracias a la guía del terapeuta, el cliente se va haciendo cada vez más competente en pasar de la perspectiva externa a la interna y al revés. Esto permite ir articulando la trama narrativa de un modo más rico y comprensivo, enriqueciéndola con detalles y con conexiones más precisas entre los elementos de la propia trama. De este modo, el síntoma que antes era representado y, por lo tanto, vivido, como externo al sistema, ahora pasa a formar parte de una trama en la que hay hechos, sucesos, personajes, motivos e intenciones desplegados y entrelazados en un cierto orden, que se va haciendo cada vez más comprensible.

La forma en la que esta articulación narrativa produce cambios terapéuticos es una cuestión compleja y abierta al debate entre múltiples perspectivas. No obstante, parece claro que la narración por sí misma no es necesariamente terapéutica. A partir de la historia narrada hay que retornar a la identidad del personaje. Cuando existe el compromiso y la adecuada ayuda para hacer este retorno, el cliente ya no puede narrar cualquier historia, porque es consciente de que la historia que narra perfila a la vez los contornos de su mundo y de su identidad como personaje de ese mundo.

Para tener una visión más amplia de la utilización terapéutica de la moviola, el lector/a interesado/a puede consultar la obra de Guidano⁽²⁰⁾, en la que se presenta el trabajo terapéutico con cuatro casos clínicos, siguiendo el método de reconstrucción narrativa que hemos venido exponiendo.

4.3. Ejemplo de reconstrucción narrativa de un episodio vivido

El siguiente ejemplo está extraído de una situación real de entrenamiento clínico y su propósito es ilustrar los elementos mínimos de la reconstrucción narrativa terapéutica.

A la hora de enseñar la técnica de la moviola, es necesario partir de un episodio vivido que tenga interés psicoterapéutico. Aunque potencialmente los episodios relevantes desde un punto de vista psicoterapéutico son muchos, en la práctica resulta útil partir de un episodio de enfado o ira respecto a una persona significativa. Como Bowlby⁽²⁸⁾ y Crittenden⁽²⁹⁾ han mostrado, la conducta de ira es una importantísima conducta de apego que, para los conocedores de la teoría del apego, representa un ob-

servatorio privilegiado; desde el marco de la teoría del apego, el análisis de estos episodios de ira se convierte en un instrumento de evaluación clínica que puede ser fácilmente incorporado a la entrevista inicial o a cualquier otra.

El entrenamiento en la técnica de la moviola se lleva a cabo en el contexto de pequeños grupos. En el caso que nos ocupa, el grupo estaba formado por 7 psicoterapeutas cognitivos acreditados y el objetivo del grupo era perfeccionar las habilidades de supervisión clínica. En este contexto, Tom se presentó como voluntario a analizar con la moviola un episodio de ira. Tom era un psiquiatra de 54 años que recientemente había dejado su trabajo en la sanidad pública, para trabajar como psicoterapeuta en un Centro de Psicoterapia Cognitiva. Tom era homosexual y todo el grupo sabía que vivía con su pareja, con quien se había casado años atrás. El episodio que Tom plantea se refiere a una reacción de ira hacia su madre que había sentido hacía poco tiempo.

El episodio tiene lugar un domingo a la hora de cenar. Tom relata los antecedentes de la situación, para que entendamos la escena. Después de dos intentos previos, que fueron cancelados a última hora en las semanas anteriores, Tom ha quedado ese domingo con su madre para ir a cenar a su casa. Cuando Tom llega a casa de la madre para llevarla a la cena, ésta le dice que no quiere ir y en este momento, Tom siente un intenso ataque de ira, pero reacciona de modo falsamente educado y sumiso. Mientras Tom relata estos hechos lo hace de un modo rápido y siendo consciente del público que nos está escuchando. La pido que volvamos a repasar los hechos conjuntamente en la moviola. Le pido que se sitúe en el momento en que salía de su casa y que vaya describiendo sus pasos como si hubieran sido filmados por una cámara externa, o como los hubiera visto una tercera persona que hubiera estado allí. Así le «vemos» salir de casa algo alterado y le «vemos» coger el coche y conducir hasta casa de su madre. Para producir la sensación de que la escena se ve, es necesario que esta descripción desde el punto de vista externo contenga un máximo de detalles visibles desde el exterior, por ejemplo, el semblante del rostro, la ropa que viste, etc. Cuando Tom había descrito la escena con este nivel de detalle, le pedimos que cambiara a la perspectiva subjetiva y que nos describiera sus sentimientos en ese momento. Dijo que al salir de casa, se sentía algo irritado y molesto, porque había estado preparando la cena hasta el último minuto y, además, tenía la sensación de que se le hacía tarde. A continuación, enlazamos con el punto en el que llega a casa de la madre y entra y se dirige directamente a la cocina, atravesando un gran salón y encuentra a la madre sentada en la mesa de la cocina, fumando un cigarrillo. La descripción externa de la escena, nos permite hacernos cargo de ciertos detalles importantes, como que se trata de una familia de mucho dinero y la madre vive en una pequeña mansión, y la madre misma es una anciana de más de 80 años, viuda, sola y enferma, que está esperando a su único hijo. Desde el punto de vista interno, resulta que desde que ha llegado a la casa la sensación de irritación de Tom ha ido en aumento y es capaz de fijar el nivel de intensidad moderado-alto,

cuando atraviesa el salón, pero cuando ve a la madre fumando, su irritación se transforma en ira. En ese instante, sabe también que la madre va a decirle que no puede ir a cenar, que está demasiado cansada y no se encuentra muy bien, y... Tom acepta las excusas de su madre y se despide de ella y vuelve a casa. En el camino de vuelta a casa, la ira de Tom se torna contra sí mismo y cuando llega a casa se encuentra muy enfadado y requiere varias horas de conversación con su pareja para volver a un estado normal.

Cuando revisamos este desenlace de la escena en la moviola, se produjo uno de esos momentos que los psicoanalistas llamaban «insight». Ya habíamos revisado el desenlace y el final de la escena desde el punto de vista externo, y nos encontrábamos reconstruyendo la curva de su ira y lo que había sucedido cuando está alcanzó su nivel máximo, en la cocina mientras su madre, mientras fuma, le comunica que no va a ir a la cena. En ese momento, él inhibe su ira y la transforma en complacencia. Pero este hecho no se comunica directamente, porque sería el tipo de comentario que no produce ningún cambio y sería una interpretación psicológica que, en todo caso, iría dirigida al Tom psicoterapeuta, en lugar de al Tom de la escena que está en la posición del paciente. En lugar de eso, se hizo una recapitulación de los datos, estando Tom en el punto de vista interno, subjetivo, encaminada a mostrar la información discrepante, más o menos del siguiente modo: «pero tú habías preparado la cena, habías arreglado la casa, habías conducido hasta su casa para ir a buscarla, y su actitud de estar fumando también resulta discrepante respecto a no encontrarse bien,... y el tono de superioridad con el que te habla y... no sé, tú silencio ante todo eso, me pregunto ¿por qué eliges comportarte como un sirviente con tu madre?».

Este comentario tuvo un impacto directo, en la sesión, sobre Tom y también sobre los miembros del grupo. La palabra elegida «sirviente» resultaba extrañamente discrepante en el contexto de una familia adinerada y, sin embargo, se ajustaba de un modo objetivo al comportamiento que Tom había descrito. De algún modo, la minuciosa reconstrucción narrativa que Tom había hecho en la moviola, le permitió ver la evidencia del episodio de otro modo.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, este episodio resultaba interesante porque la forma honesta, clara y precisa con la que Tom había expuesto sus emociones, permitía ver, por un lado, como la ansiedad (descrita como irritación), estaba en función de cumplir con las expectativas de la madre y, por otro, como su ira, sentida ante el rechazo de la madre, se convertía en complacencia, cara a fuera y en enfado cara a dentro. A lo largo de su vida, Tom había vivido situaciones parecidas a ésta cientos de veces, pero ahora lo había visto de otro modo y se sentía muy contento. Los hechos seguían siendo los mismos y las emociones vividas también, pero la comprensión de la trama, del entrelazamiento entre la perspectiva externa y la perspectiva interna, que Tom tenía ahora era más profunda y articulada. Y esto le servía para arrojar nueva luz sobre lo que él hacía en las situaciones en las que estaban implicadas las mismas emociones.

5. Resumen y conclusiones

En síntesis, en este trabajo hemos planteado la necesidad de abordar la pregunta de qué condiciones tiene que cumplir una narración para que sea terapéutica y hemos explorado esta cuestión desde tres ángulos: conceptual, metodológico y práctico. No obstante, desde nuestro punto de vista, todavía falta mucho camino por recorrer para desarrollar una metodología terapéutica precisa para incrementar la eficacia terapéutica de la reconstrucción narrativa. Dicho con otras palabras, parece viable y deseable que, en un futuro próximo, veamos el desarrollo de procedimientos cada vez más específicos para guiar una reconstrucción narrativa que sea terapéutica.

6. Referencias

1. Ortega y Gasset, J. Ensimismamiento y alteración. En: *Obras Completas* vol. V. Madrid: Alianza, 1939/1983.
2. Fernández Liria A, Rodríguez Vega, B. La práctica de la psicoterapia, la construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: DDB, 2000
3. Marías J. Mapa del mundo personal. Madrid: Alianza. 1993
4. Zambrano M. Hacía un saber sobre el alma. Madrid: Alianza, 1987
5. Zambrano M. Notas de un método. Madrid: Mondadori, 1989.
6. Maturana H. El sentido de lo humano. Santiago de Chile: Dolmen, 1991.
7. Bruner J. Realidad mental y mundos posibles. Barcelona: Gedisa, 1989.
8. Bruner J. Actos de significado. Madrid: Alianza, 1990.
9. Taylor Ch. Fuentes del yo, la construcción de la identidad moderna, Paidós, Barcelona, 1996.
10. McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica, 1984.
11. Havelock E. The literate revolution in Greece and its cultural consequences. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1982.
12. Olson DR. El mundo sobre el papel, el impacto de la escritura y la lectura en la estructura del conocimiento. Barcelona: Gedisa, 1994.
13. Echeverría R. Ontología del lenguaje. Santiago de Chile: Dolmen, 1994.
14. Trevarthen C. The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: ecological and interpersonal sources of self-knowledge*. Nueva York: Cambridge University Press, 1993: 127-173.
15. Rivièrre A. Objetos con mente. Madrid: Alianza, 1991.
16. Perner J. Understanding the representational mind. Cambridge, MA: MIT Press, 1991.
17. Schore AN. Affect dysregulation and disorders of the self. New York: Norton, 2003.
18. Siegel D. The developing mind. New York: Guilford.
19. Ainsworth M. y cols. (1978), *Patterns of attachment*. Hillsdale NJ: Erlbaum, 1999.
20. Guidano V. Complexity of the self. Nueva York: Guilford, 1987.
21. Guidano V. El sí mismo en proceso. Barcelona: Paidós. 1991.
22. Wittgenstein L. Investigaciones filosóficas. Barcelona: Crítica, 1955.

23. Arregui JV Basombrío MA. Identidad personal e identidad narrativa. En concepciones y narrativas del yo. *Themata* 1999; 22:17-31.
24. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: s. XXI Editores, 1991.
25. Varela F, Shear, J. The view from within, first person approaches to the study of consciousness. Thorverton: Imprint, 1999.
26. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós, 1993.
27. Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996
28. Bowlby J. La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós. 1980
29. Crittenden P. Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego, compilación a cargo de M.T. Miró. Valencia: Promolibro, 2002.

Los pacientes acuden a psicoterapia con una historia que contar

I. Caro Gabalda

Profesora Titular. Universidad de Valencia

Introducción: el enfoque narrativo

Cuando los pacientes acuden a psicoterapia tienen una historia que contar, dijo Polkinghorne (1, p. 179). Esta frase que ha sido reproducida en distintos textos (véase, por ejemplo, 2) recoge muy bien parte del interés actual por considerar a la psicoterapia como una disciplina científica que debe ser o que puede ser mejor entendida desde un paradigma de tipo narrativo (véase la diferencia entre el enfoque narrativo y el paradigmático en 3, 4). Los pacientes cuando están contando su historia esperan que haya alguien que les ayude a dar sentido, coherencia y continuidad a aquello que les está pasando. Buena parte del trabajo terapéutico «está hecho» cuando el paciente tiene la sensación de que hay alguien que le escucha y que le está ayudando en su proceso de reconstruir y de dar un nuevo sentido a sus experiencias. Es decir, tanto la psicoterapia como la narrativa tienen en común la construcción de una existencia humana significativa⁽¹⁾.

De manera, que desde esta perspectiva la psicoterapia se puede construir de forma adecuada cuando es una «actividad lingüística» en la que la conversación sobre un problema genera el desarrollo de nuevos significados^(5,6). Sería, pues, un proceso de aprender nuevos significados, de desarrollar nuevas categorías de significado y de transformar las premisas del paciente sobre la naturaleza del mismo significado.

Este enfoque narrativo ha estado presente en la psicología, desde sus inicios, aunque cayera en desuso a consecuencia del auge del enfoque paradigmático. Si nos remontamos a los griegos, la retórica se consideraba como la medicina del alma. Esto es, el comienzo de la psicoterapia está relacionado con la oratoria terapéutica, es decir con la retórica y la dialéctica. En su documentada y clásica obra⁽⁷⁾, Laín Entralgo revisa los poderes curativos del habla en la antigüedad. Para los griegos, por ejemplo:

«... la palabra humana es terapéutica usada con un designio por completo distinto de los dos anteriores: ya no es ensalmo ni súplica, sino deliberada utilización de alguna de las acciones psicológicas —psicosomáticas más bien— que

el decir humano puede producir en quien lo oye; en este caso, la acción de recrear o contentar el ánimo (*térpo*)» (p. 31).

Pero no hace falta ser un experto para percibir los usos curativos de la palabra. Es bien sabido que Anna O. (o Berta Pappenheim) definió el tratamiento que recibió de Freud y Breuer como «la cura por el habla»⁽⁸⁾.

En su análisis del papel de la narrativa en la psicología, Polkinghorne⁽¹⁾ afirma que la narrativa ha estado presente en la psicología a través de los estudios sobre las historias vitales, las biografías y los estudios de caso. Los primeros intentos al respecto destacaban a la psicología de la individualidad (con grandes afinidades con la comprensión narrativa) como requiriendo un método de estudio radicalmente diferente del propio de las ciencias naturales. Las polémicas y planteamientos de autores como Wundt, Mill, Stern, Freud, o Allport, por ejemplo, sobre todo, a través de la distinción (introducida por Windelband, véase 9) entre lo nomotético (o estudios universales) y lo idioográfico (o estudios individuales) es un ejemplo de que los dos paradigmas principales que hoy en día parecen coexistir, lo han hecho desde los mismos inicios de la psicología como disciplina científica. Sin embargo, este enfoque cayó en desuso tras la II Guerra Mundial, donde la epistemología de la ciencia formal se apoderó del campo.

El giro hacia la narrativa en el cual se enmarca la presente monografía tuvo lugar en los años 70 y 80 del pasado siglo. Este giro que ciertamente se relaciona con perspectivas post-modernas⁽¹⁰⁾ y construccionistas sociales⁽¹¹⁾ se puede relacionar, igualmente, con el reconocimiento por parte de los científicos sociales de algo que tenían claramente delante de ellos: que *la gente estructura su experiencia a través de historias*⁽¹²⁾.

El trabajo paciente-terapeuta en el enfoque narrativo

En su análisis de las relaciones entre personalidad y psicoterapia la profesora Ibáñez⁽¹³⁾ describe la transformación

del sujeto. Del «deber ser» típico de la mentalidad occidental europea desde los tiempos kantianos, hemos pasado al «quiero» prototípico de la sociedad americana. Del «todo-nada» que es una de las aspiraciones del ser humano, hemos enseñado a querer «la mediocridad». Finalmente, el «siempre-nunca» se vio reemplazado por un «aquí y ahora» que le quitaba al individuo su percepción histórica y su consistencia como Persona. La persona que se presenta ante el terapeuta es una persona de tipo postmoderno, ni consistente, ni estable. Una persona que tal y como la describe Gergen⁽¹⁴⁾ es un Yo saturado y fragmentado:

«Surgen de nuestro interior numerosas voces y todas ellas nos pertenecen. Cada yo contiene una multiplicidad de «otros» que cantan diferentes melodías, entonan diferentes versos y lo hacen a un ritmo diferente. Esas voces no siempre armonizan. A veces marchan juntas, otras veces no se escuchan unas a otras, o bien emiten sonidos discordantes. Ahora bien: ¿qué consecuencias tiene esta colonización múltiple del yo?» (14, pp. 117-118).

La respuesta es obvia, un individuo que no sabe narrar lo que le pasa⁽¹³⁾. Es decir, un individuo que pierde el contexto histórico y su propia historia al ser múltiplemente colonizado. Esta colonización del Yo tiene su «cura» y aquí es donde necesitamos explorar esta metáfora de la narrativa. Puesto que tenemos a un sujeto que no sabe narrar lo que le pasa, no es de extrañar que el paradigma narrativo se abra paso para explicar al ser humano y para desarrollar terapias de «cura», para enseñar a este ser humano a dar sentido a lo que le pasa.

Desde este paradigma narrativo el papel del terapeuta cambia^(1,15). El terapeuta no arregla una máquina. La terapia enmarcada en este contexto toca temas relacionados con la moralidad, los valores, la responsabilidad y la ética. Por eso, no se puede considerar a paciente y terapeuta como seres que operan en un vacío, sino como personas que forman parte de un grupo y lo representan a través de sus actos en terapia⁽¹⁵⁾.

Según Gergen y Kaye⁽¹²⁾ el terapeuta no tiene un estatus privilegiado sobre el paciente, su narrativa es una más, no transcendentamente mejor, sino diferente a la de su cliente. Lógicamente surge una preocupación ante todo ello: ¿cómo evitamos el solipsismo que se deduce de esta conceptualización? La alternativa consiste en opinión de estos autores en plantear la narrativa como un modelo interno, una forma de historia que puede ser interrogada por el individuo como una guía para la identidad y la acción. Esa búsqueda de un nuevo significado que la dinámica cliente-terapeuta aporta sólo sería adecuada si el nuevo significado, que el cliente desarrolla, tiene utilidad para él, fuera de la sesión de terapia.

En definitiva, el enfoque narrativo supone una reconceptualización de la terapia, del trabajo terapéutico y del papel del cliente y del terapeuta. Estos cambios en el enfoque terapéutico corren paralelos con los tipos de investigaciones que podemos

desarrollar para entender el papel de las historias y las narrativas. Enmarcaremos, pues, a continuación el enfoque narrativo en el campo actual de la investigación en psicoterapia, antes de ofrecer un ejemplo de una de estas investigaciones.

Las investigaciones narrativas en el contexto de la investigación de procesos

Desde los años 70 y 80 del pasado siglo, se ha hecho patente la necesidad de estudiar no sólo si las terapias son eficaces, sino cómo y por qué son eficaces. De manera que hoy en día conviven dos paradigmas de investigación: la *investigación de resultados* encaminada a demostrar la eficacia de los distintos tratamientos psicológicos y la *investigación de procesos* que, tal y como la definió Greenberg⁽¹⁶⁾ buscaría describir, explicar y predecir el cambio terapéutico. Ambas son complementarias.

Dentro de la investigación de procesos podemos encontrar, de nuevo, esas dos formas de conocimiento que señalaba Bruner⁽³⁾ y que ya hemos comentado: el paradigmático y el narrativo. El enfoque *paradigmático* es lógico-científico, el razonamiento demostrativo da lugar a hipótesis sobre la causa de las relaciones entre los fenómenos y la verificación de hipótesis se toma como la evidencia de leyes generales. En un enfoque *narrativo* el razonamiento es de tipo inductivo, las interpretaciones de tipo hermenéutico y el enfoque cualitativo, en lugar de cuantitativo⁽¹⁷⁾.

El conocimiento *paradigmático* está anclado en modos científicos de pensamiento y representa el mundo a través del conocimiento abstracto, proposicional, mientras que el *narrativo* está organizado alrededor de las historias que la gente cuenta sobre sus experiencias y esto es, al fin y al cabo, el material básico con el que contamos en psicoterapia⁽¹²⁾. Recordemos, con qué acuden los pacientes a psicoterapia: con una historia que contar.

En este sentido, podemos asumir que la mayoría de las investigaciones sobre el papel de las narrativas en psicoterapia tienen lugar bajo la perspectiva de la investigación de procesos. O, al menos, que el contexto de estudio de procesos es el marco adecuado para que los investigadores estudien el cambio desde una perspectiva narrativa. Uno de los ejemplos de dicha conexión lo tenemos en el *modelo de asimilación de experiencias problemáticas*⁽¹⁸⁾, a partir del cual se ha desarrollado una escala (APES) para estudiar el proceso del cambio terapéutico. Hemos empleado dicho modelo en el contexto de nuestros trabajos en la *terapia lingüística de evaluación*. Por ello, y antes de ofrecer algunos ejemplos sobre las posibilidades del modelo de asimilación, convendría que definiéramos, aunque sea brevemente, la terapia lingüística de evaluación (TLE).

La terapia lingüística de evaluación

La terapia lingüística de evaluación es una forma de terapia cognitiva basada sobre la teoría de la semántica general de A. Korzybski⁽¹⁹⁻²¹⁾ y Johnson⁽²²⁾, que hemos estudiado siguiendo

las dos principales metodologías de investigación en psicoterapia en la actualidad que acabamos de comentar: la *investigación de resultados*, mediante la cual hemos demostrado la eficacia del tratamiento en trastornos depresivos y de ansiedad^(23,24), y la *investigación de procesos*⁽²⁵⁾ mediante la cuál estamos estudiando y describiendo el proceso del cambio terapéutico⁽²⁶⁻³¹⁾.

La TLE (siguiendo los principios teóricos de la SG, véase 32) es una forma de terapia que conceptualiza los problemas emocionales en relación al uso que hacen los pacientes del lenguaje. Las relaciones lenguaje-‘realidad’ son el elemento central del modelo teórico y del modelo terapéutico derivado. De manera que la meta principal de la TLE estriba en intentar que los pacientes modifiquen el uso que hacen del lenguaje a la hora de referirse a los hechos, lo cual tiene como consecuencia una mejora en sus procesos de conocimiento y en el significado que aportan a su mundo de experiencias.

De forma más concreta, relacionamos los problemas emocionales con una orientación hacia el lenguaje^(21,33) de tipo *intensional*, mientras que relacionamos nuestra «sanidad» con una orientación hacia el lenguaje de tipo *extensional*. Por tanto, en la TLE trabajamos con las evaluaciones que hacen los pacientes sobre sus experiencias e intentamos que estos adopten una perspectiva diferente sobre estas evaluaciones. Fundamentalmente, lo que queremos es que se den cuenta si están construyendo sus experiencias de forma *intensional*, con la meta puesta en lograr que los pacientes desarrollen una perspectiva más crítica frente a ellas, cuestionando sus construcciones lingüísticas (a través de etiquetas, teorías, conclusiones, creencias, etc.) es decir, desarrollando una orientación de tipo *extensional*.

Mediante diversas investigaciones fuimos perfilando los mecanismos del cambio lingüístico, intentando, sobre todo, describir estas dos orientaciones. Sin embargo, hemos comenzado, más recientemente, una nueva línea de investigación que buscaba ampliar nuestras teorías lingüísticas sobre el cambio terapéutico. Para ello, estamos empleando el ya mencionado *modelo de asimilación* que nos facilita una perspectiva de análisis del cambio desde una perspectiva narrativa. Pasaremos, a continuación, a exponer en qué consiste dicho modelo.

La asimilación de experiencias problemáticas en psicoterapia

Según el modelo de asimilación^(18,34) cuando la terapia tiene éxito, los pacientes siguen una secuencia regular a la hora de procesar las experiencias problemáticas o dolorosas a medida que estas se asimilan en esquemas que se desarrollan en la interacción terapéutica.

El modelo es un modelo integrador, conciso e internamente consistente, e investigable desde una amplia variedad de fuentes, que identifica procesos comunes de cambio y articula diferencias sistemáticas entre enfoques. En este sentido, el modelo ha favorecido su aplicación en diversos contextos terapéuticos⁽³⁵⁻³⁹⁾.

El modelo no es un modelo prescriptivo, es decir, no recomienda seguir un enfoque terapéutico concreto, o un método para producir una secuencia hipotetizada de cambio, por lo que puede utilizarse en diversos marcos terapéuticos.

A niveles teóricos, el modelo parte, ante todo, del trabajo de Piaget^(40,41), de Rogers⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ y de Elliott⁽⁴⁵⁾ para definir una secuencia sistemática de cambios a la hora de representar una experiencia problemática durante la psicoterapia. Teóricamente, una experiencia es *problemática* porque nos desequilibra emocionalmente. Una *experiencia problemática* es una percepción, una intención, un impulso, actitud, deseo, fantasía, o idea que causa malestar psicológico cuando aparece en la conciencia o se pone en acción⁽¹⁸⁾. Estas experiencias ocurren repetidamente como respuesta a una variedad de acontecimientos (interpersonales, normalmente), pero son incompatibles con las formas usuales de pensar y actuar del individuo y no se pueden representar de forma correcta en la conciencia. En su lugar, las experiencias problemáticas se niegan, se distorsionan o se representan de forma equivocada, produciendo sentimientos disfóricos o conducta desadaptativa⁽⁴⁶⁾.

Siguiendo todo esto, el grupo de Stiles ha desarrollado la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* (Assimilation of Problematic Experiences Scale) o APES, que consta de 8 niveles o fases, y que son a modo de introducción y en relación a un continuo que va desde la supresión de la experiencia problemática al dominio, los siguientes (véase tabla I): 0. Supresión/Disociación; 1. Pensamientos no deseados; 2. Surgimiento o conciencia imprecisa; 3. Enunciar el problema/ clarificación; 4. Comprensión/insight; 5. Aplicación/elaboración; 6. Solución del problema y 7. Dominio.

El modelo de asimilación estaba basado, originalmente, en el concepto de esquema, pero en la actualidad se usa el de voz. El concepto de voz surge del trabajo de Hermans⁽⁴⁷⁾ que ampliaron la noción de voces para sugerir que el sí mismo es esencialmente de naturaleza dialogal, es decir, que las voces dentro del sí mismo se relacionan las unas con las otras a través del diálogo⁽⁴⁸⁾. Las voces deben entenderse desde un punto de vista general⁽⁴⁹⁾ son términos afines al de «objetos» en la teoría de las relaciones objetales o al de *top-dog*, *under-dog* en la gestalt, o al de *pensamientos automáticos* en las terapias cognitivas^(48,50-52).

La reformulación en el concepto de voz o «múltiples voces», supone considerar la experiencia problemática como una voz activa y no pasiva y al self como una comunidad de voces⁽⁴⁸⁾. Las experiencias son problemáticas porque tenemos creencias, voces opuestas que las hacen problemáticas. Cualquier experiencia que tengamos será sólo una experiencia no experimentada como problemática, si no surge una voz interna que la contradiga y la haga problemática. Por ejemplo, una persona puede experimentar cólera en respuesta a una interacción personal y considerarla como apropiada. Si hay una voz que le «dice» que no es correcto manifestar cólera, por ejemplo, frente a un padre, cuando lo haga, tendrá dificultades en asimilar

Tabla I Niveles en el proceso de asimilación (a partir de 46, 52, 49)**Niveles de la escala APES**

NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN: El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema.

No se habla del problema. El paciente no trabaja en el problema.

La voz problemática se expresa de forma que molesta, por ejemplo, a través de síntomas somáticos, recuerdos intrusivos, «acting out», abuso de sustancias o dificultades en las relaciones interpersonales.

NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: *Control/evitación*

El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el paciente cambia de tema, algo así como «tengo que ser duro y no pensar en esto».

Énfasis en controlar y suprimir el material negativo o emocional desde la voz dominante. Miedo de perder el control.

NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:

El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. *Sabe lo que le molesta.*

El mayor peso lo tiene la voz dominante. P.ej. el P manifiesta cólera, o enfado hacia alguien pero nada en lo que se pueda trabajar. La voz problemática surge en forma de afecto negativo. La idea es que dado que surge la voz no dominante, se hace más fuerte la dominante.

NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:

Ves lo que pasa y lo que lo impide El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema.

Se empieza a ver a la voz dominante desde el punto de vista de la no dominante. Se deja de hablar desde la voz dominante, para hablar sobre la no dominante. El cliente reconoce lo que quiere y por qué no puede. Ambas voces tienen el mismo peso.

NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT:

La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del «ajá». Acuerdo y cooperación entre las voces. Comprensión empática entre las voces. El conflicto tiene un nuevo significado. ESTE ES EL QUÉ Y EL POR QUÉ DEL PROBLEMA.

NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN: La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.

Conductas que se hacen fuera o referencias explícitas a que va a hacer algo.

NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. Niveles del 6.1 al 6.9 reflejan generalizar la solución a otros problemas y construir las soluciones sobre patrones usuales o habituales de conducta. El P ha practicado la solución fuera de la consulta.

NIVEL 7. DOMINIO: El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema.

esa experiencia. En este sentido, la voz no dominante (o experiencia problemática) causa la aparición de una voz específica que se opone a ella (voz dominante).

Como modelo narrativo el concepto de voz se emplea como una metáfora para indicar que nuestras voces internas buscan expresión. Es decir, el modelo de asimilación pretende explicar cómo las voces problemáticas forman parte del mundo de historias del paciente. La meta de las terapias narrativas, como hemos expuesto con anterioridad, consiste en focalizarse en las historias del paciente para darle su expresión. De manera que el modelo de asimilación representa el éxito en ello a través de la terapia⁽⁵³⁾. Un éxito que tiene que

ver con el paso de un nivel a otros en el proceso de asimilación.

Entonces, la *asimilación* representa la aparición y aceptación de una nueva voz en la comunidad de voces que es el *self*. La APES presenta una secuencia sobre la relación cambiante de dos voces -la dominante que representa a la comunidad de voces y la no dominante. Ambas deben cambiar en el proceso de construir un *punto de significado*, es decir, una comprensión entre ambas.

El modelo de asimilación tiene una clara relación con las perspectivas narrativas, sobre todo si tenemos en cuenta las visiones postmodernas sobre el sí mismo, una de las cuales ha

sido retomada por Stiles y su grupo al emplear el concepto de voz⁽⁴⁸⁾. Desde estas perspectivas narrativas⁽⁵⁴⁾, el sí mismo se plantea como una consecuencia de lo que decimos. A través de la narrativa creamos y recreamos nuestra mismidad (*selfhood*) en un proceso dialéctico, mantenido con los otros. El sí mismo también es el otro, sin olvidar que somos, desde el principio, expresiones de la cultura que nos alimenta. Dentro de este marco narrativo se puede entroncar el modelo de asimilación reestructurado en el concepto de voz y no sólo en el de voz, sino igualmente en el de esquema^{(49)*}.

De manera que el modelo de asimilación, desde la perspectiva del concepto de voz plantea un proceso mediante el cual podemos dejar de considerar una historia como problemática y asimilarla en ese *self* múltiple, variado y compuesto de muchas voces que nos acompañan a lo largo de toda nuestra vida. La historia que el paciente se cuenta durante el proceso de la terapia, sería el puente de significado que debemos lograr para establecer el diálogo entre las voces⁽⁵³⁾. Veamos un ejemplo de cómo un paciente puede dar sentido a una experiencia problemática según el modelo de asimilación.

La asimilación de una experiencia problemática en la TLE: el análisis de Silvia

Hemos realizado distintos estudios con la APES^(55,56). En nuestras primeras investigaciones empleamos el modelo de asimilación, en el marco de la TLE, para explicar cómo los pacientes resolvían situaciones problemáticas en sesión. En este sentido, procedimos a analizar una serie de acontecimientos terapéuticos, que primero no fueron resueltos en sesión (con una de las técnicas de la TLE: los órdenes de abstracción, véase, por ejemplo, 57) y que luego, tras continuar con nuestro debate lingüístico, sí que lo fueron. De manera, que cada situación problemática era discutida dos veces: en la primera el paciente no variaba su perspectiva y sí que lo hacía la segunda vez, al volver a retomar el tema, en la misma sesión. Sometimos dichos acontecimientos al análisis con la APES siguiendo los manuales^(58,59) del grupo y las recomendaciones sobre el procedimiento a seguir^(18,46,58). Una de las pacientes analizadas fue Silvia⁽⁵⁶⁾ a la que podemos considerar una paciente de éxito. El acontecimiento (no resuelto y luego resuelto) aquí descrito fue considerado, por Silvia, como muy significativo y como una experiencia que ella necesitaba entender.

Silvia, de 27 años, estaba casada y tenía tres hijos de 6, 4 y 2 años. Se puede describir a Silvia (diagnosticada como «depresión mayor») como una persona muy dependiente, con una vida familiar en la infancia y adolescencia, pobre en afectos y con un gran control por parte de los padres, sobre todo del padre que controlaba toda su vida. Se casa embarazada, con un gran énfasis en el matrimonio como forma de lograr la «libertad» y la «felicidad» (tal y como manifiesta en la sesión 4^a). Se casa y

se encuentra sin libertad y dependiendo de su familia de origen (que le ayudan por su depresión), siendo criticada continuamente por su marido y por su familia política (sobre todo la suegra).

En los dos acontecimientos, el no resuelto y el resuelto que se ofrecen, brevemente, a continuación, se aprecia esa dependencia y ese énfasis en su vida matrimonial que debemos comenzar describiendo en función de las voces. La experiencia que tiene que asimilar fue: rechazo hacia el marido (y la suegra) en forma de rechazo hacia la casa. Entonces, esto sería la voz *no dominante*: «No soporto, odio, a mi marido». La voz no dominante aparece «tímidamente», en forma de sentimientos negativos hacia su casa. Mientras que la voz *dominante*, sería: «La buena esposa ama al marido, está a gusto en casa: o yo tengo que estar a gusto en casa y con mi marido». El problema, pues, principal de Silvia es lograr entender por qué se encontraba mal en su casa, cuando sus voces dominantes (las únicas de las que dispone para dar sentido a esa experiencia) chocan de forma directa con sus sentimientos en ese momento. Como señalan Osa-tuke y cols.,⁽⁵³⁾ una historia problemática es aquella compuesta de experiencias que no somos capaces de integrar en dicha historia por diversos motivos, como por ejemplo, que haya un patrón cultural que las favorezca. En el caso de Silvia podemos suponer que hay un patrón que aparece claro: «buena esposa», «buena ama de casa», que supone «sentirse a gusto en su casa». Al surgir esa experiencia problemática, consecuencia y relacionada con otras muchas más, dependientes de la conflictiva relación con su marido y con su familia política, Silvia no puede encontrar sentido a aquello que le pasa, o al menos, esa es nuestra interpretación en este contexto. De hecho, son frecuentes los comentarios de Silvia, durante el acontecimiento no resuelto, de que no entiende lo que le pasa, que está confusa, que no encuentra un por qué y sus deseos de lograr comprender por qué se siente así.

Para demostrar el proceso de asimilación en Silvia, de esta experiencia problemática, es decir, cómo logró darle sentido o recrear una nueva historia, veremos algunos de los párrafos transcritos de estos acontecimientos (con sus códigos APES), aunque por motivos de espacio se ofrecerán sólo los más relevantes, es decir, su dificultad en dar sentido a lo que le pasaba, sus consecuencias cara a su visión de sí misma, cómo logró darle sentido, es decir, su *puente de significado* (o historia que conecta las distintas partes del sí mismo) y cómo eso le ayudó a tomar una decisión que le permitiera resolver su problema y entender parte de sus necesidades. Los puntos suspensivos entre párrafos indican que el acontecimiento sigue, pero que por motivos de espacio no se puede ofrecer completo.

Acontecimiento 1 (algunos párrafos significativos). No resuelto. Silvia. Sesión 7^a

T: Vamos a ver. Entonces, hummm..., vamos a pensar, vamos a relacionar esto con una situación muy, muy concreta, ¿mm? La situación concreta es: tú sales de la casa donde vas a..., a limpiar y sales feliz y contenta o canturreando...

* El modelo de asimilación también se puede plantear desde el punto de vista de la psicología cognitiva, en relación al concepto de esquema, tal y como surgió⁽¹⁸⁾.

P: Sí, yo es que allí estoy + de maravilla.

T: ...en la gloria.

P: ...de verdad, yo, mis «walk-», el «walkman», y yo ahí cantando, cosa que en casa no hago.

T: ¿Cómo es posible, eh...? Fíjate, eso es una cosa positiva: que tú estabas muy mal, muy mal, muy mal y, de golpe y porrazo, actúas como..., como una persona que, bueno, que le está haciendo cara a ciertas cosas, como es ganarse un..., un jornal. ¿O no?

P: Sí.

T: ¿Eso cómo lo valoras?

P: Sí, pero es lo único que valoro así en plan positivo...

T: Bueno, ya tienes una cosa que valorar.

P: Pero pienso que me debería sentir luego igual, cuando estoy en casa (*Nivel de APES 2: Surgimiento*. Empieza a surgir la voz no dominante, pero a través de este «debería», de esta exigencia, de tipo intensional donde se aprecia claramente la voz dominante que la lleva a valorar negativamente la situación analizada, es decir, «yo debo sentirme bien en casa»).

.....

T: ...¿qué más piensas?

P: Pues eso, que... cómo es posible que estando en casa, en casa de otra persona, que me encuentre bien y estando en mi propia casa, que es donde realmente debería sentirme bien y a gusto, estoy a disgusto. (*Nivel de APES 3: Enunciar el problema*). Parece que aquí Silvia es capaz de poner frente a frente ambas voces, «debo sentirme bien en casa» (voz dominantes) y «no lo puedo sentir» (voz no dominante). Esto la hace sentirse perpleja, de manera, que ese motivo, esa necesidad de entender esa experiencia es la que le llevó a introducir esa experiencia como algo significativo sobre lo que hablar y a lo que necesitaba dar sentido, tal y como ella comentó en diversos momentos del debate terapéutico («no sé, no sé lo que me pasa, no me entiendo a mí misma, etc.»).

.....

T: Bien. Entonces, ¿cuál sería la etiqueta, hummm...?, ¿cuál sería la etiqueta que se ajusta mejor a esa situación que tú estás comentando ahora, que es que vas camino de casa, te pasan una serie de ideas por la cabeza y te pones a llorar o tienes ganas de llorar?, ¿cuál sería la etiqueta que mejor se ajustaría?

P: Nada, que soy idiota, que tendría que pasar de todo (*Aquí tenemos dos niveles APES: 2 [«soy idiota»] y 1 [«debo pasar de...»]*). La idea es que su voz dominante, su visión de ella misma en relación a su vida familiar parece que la lleva a etiquetarse negativamente ante esa situación, mientras que esa pequeña vuelta atrás en los niveles de APES (del 2 al 1), puede ejemplificar un deseo de evitación, de no querer entrar a hablar o analizar ese problema).

Al final del acontecimiento Silvia termina concluyendo que «debería de pasar de todo, pues, igual así se me arreglarían las cosas», lo cual desde el punto de vista de la APES corresponde a un nivel de 1 (Pensamientos no deseados).

Podemos interpretar que los «no sé» continuos de Silvia, en el acontecimiento no resuelto, representan que allí hay algún

problema. Desde el punto de vista de la APES, Silvia no ha logrado progresar más allá de los niveles 1 y 2 de la escala a lo largo del acontecimiento no resuelto. Es decir, no se hace evidente el peso de la voz dominante (sus deseos relacionados con su vida familiar), ni siquiera la voz no dominante, esto es el malestar que tiene en relación a su marido. El trabajo, pues para asimilar supone que Silvia conecte sus sentimientos y creencias hacia su marido y su vida familiar con el malestar que le provoca entrar en su casa, lo que se produce en el acontecimiento resuelto.

Acontecimiento 1.1. Resuelto. Silvia. Sesión 7ª

El acontecimiento se inicia con un nivel 2 (*Surgimiento*), es decir, la paciente confirma a la terapeuta la etiqueta de que «es idiota», y se empieza a trabajar para que la paciente logre un puente de significado, como ahora veremos.

T: Vale. Fíjate, si tú partes de una etiqueta negativa..., recuerda, acuérdate de esto, vas haciendo la situación cada vez más grande, cada vez más negativa. ¿Vamos a intentar ponerle una etiqueta más ajustada a esa situación?, ¿la etiqueta que mejor describe esa situación? (Silencio) Vale, ¿cuál es la etiqueta que mejor describe la situación de que vas camino de casa, empiezas a pensar una serie de cosas, y te..., bueno, te echas a llorar? (Silencio) ¿Qué hay en tu casa?

P: Pues no sé, pero... (*Nivel 2: Surgimiento*). De nuevo, Silvia se siente perpleja y no acaba de darse cuenta de qué le pasa, ni por qué.

T: ¿Qué hay en tu casa? Sí que lo sabes.

P: Yo creo que los mismos pensamientos, que pienso..., me pongo a pensar... (*Nivel 3: Enunciar el problema*) No sé, es que..., es verdad es-es que mi casa es como si le hubiera tomado un odio tremendo de repente... (*Nivel 2: Surgimiento*).

En el contexto del reconocimiento explícito de que llora cuando va hacia la casa el hecho de que Silvia reconozca lo importante que son los pensamientos que pasan por su cabeza nos hace codificar el primer párrafo como un 3 (se empiezan a hacer obvias las voces dominantes), de manera que se pasa de ese 2 («no sé») a algo más concreto en lo que trabajar. Es decir, tal y como se define el nivel 3, Silvia sabe lo que le pasa y por qué le pasa, aunque todavía no sabe cómo le influyen esos pensamientos, ni cuáles son en concreto, lo que a efectos de la APES sería un nivel 4 (comprensión/insight).

.....

T: ¿Mm? + Es mucho sacar de la situación, es mucho sacar, pero... hummm... hay varias etiquetas que se pueden poner porque hay varios hechos ahí metidos. Es decir, tenemos que etiquetar los hechos y realmente hay varios hechos: por una parte es, «no me gusta estar en casa», sería una etiqueta, por ejemplo;...

P: Mm.

T: ...por otra parte sería: «no soporto estar con mi marido»; por otra parte sería: «mi marido es culpable de ...». ¿A cuál de todas estas etiquetas le das tú más importancia?

P: - - A la de...eso, no soporto estar con mi marido.

T: Vale.

P: Cuando en realidad, quiero estar con él, + o sea... (*Nivel 3: Enunciar el problema*). Aquí Silvia manifiesta sus dos voces, la no dominante, es decir, el no soportar estar con su marido, y la dominante «quiero estar con él». Esto es importante, pues parece que con ello empieza a aclararse, a dar algo de sentido a lo que le está influyendo para sentirse tan mal.

T: Mmm-mm. +

P: ...o sea yo sí quiero estar con él, pero sin embargo..., no sé que me pasa (*volvemos a un nivel 2: Surgimiento*).

.....

Durante el debate, la terapeuta le pregunta varias veces a Silvia, «qué ves», «qué hay en tu casa», a lo que ella responde constantemente, «no sé», hasta que en el siguiente párrafo se produce el *punte de significado*, necesario para que se produzca la asimilación.

T: Vale, ¿Mm?, de acuerdo. Entonces según circunstancias tú, digamos, cambias un poco tu estado de ánimo.

P: Sí, según me encuentro yo misma viendo mis ideas, pero...

T: ¿Cual es el motivo, hummm...? ¿De qué condiciones depende esto que tú estás diciendo? ¿Por qué no soportas estar con tu marido?

P: No lo sé, es que eso es lo que yo no me aclaro.

T: Cuando estás con tu marido mal: ¿Qué estás viendo?

P: A mi suegra.

T: (Rie) Pues ya está.

P: A mi suegra (Rie). (*Este es un nivel 4: un insight*)..

Este reconocimiento de la identificación marido = suegra es un claro insight, Silvia «dá un paso atrás» (uno de los marcadores descritos para el nivel 4), aunque partiendo de otro de sus temas básicos, la relación con su familia política. Sin embargo, este darse cuenta parece que le ha llevado a ver (véase la conclusión y resolución/asimilación final al final del acontecimiento) la importancia de querer estar bien con su marido y cómo debe discriminar los sentimientos hacia él de los sentimientos hacia su suegra. Podemos interpretar tentativamente este insight como el que le facilita entender porqué se encuentra mal en casa y porqué se encuentra mal con el marido (la voz no dominante). También es importante su nivel afectivo: a este insight le acompaña la «risa» de la paciente lo que indica un importante cambio y un conocimiento diferente de la situación.

.....

T: Entonces: ¿qué deduces de todo ello?

P: Pues que debería actuar de otra manera que no sé.

T: ¿Cómo deberías de actuar?

P: Pues tratando siempre de ver a mi marido no a mi suegra en mi marido. (*Nivel 5.5: Aplicación/ elaboración*). Ha resuelto esta identificación marido=suegra, y ya está aplicando dicha resolución en cierto sentido, al decir lo que va a hacer. Este nivel se ve reforzado por nuestro conocimiento del caso, ya que en la sesión 8ª, comenta que lo ha hecho y se ha encontrado mejor).

De manera que esa situación a la que no le encontraba sentido, ya lo tiene. Podemos hipotetizar que gracias a ese puente de significado ha logrado entender qué quería, y qué la bloqueaba para conseguirlo. Desde el modelo de asimilación la voz dominante se comprende a lo largo del debate, Silvia se da cuenta qué necesita conseguir y por qué y qué influye en que lo que la voz dominante dicta no se pueda conseguir (esa identificación marido=suegra, véase para una explicación más detallada, 56). Esto facilitaría el proceso de entender por qué ella se encontraba mal en casa (*voz no dominante*). La asimilación es, pues, el resultado de un nuevo diálogo entre voces que pasan a entenderse, integrando este diálogo en el *self*.

Conclusión

En este trabajo hemos planteado el valor del trabajo con las historias de los pacientes y lo hemos hecho desde el modelo de asimilación, utilizado para explicar cambios en la comprensión de nuestras experiencias. Aunque esto es un estudio microanalítico, que no recoge el cambio a lo largo de todo el proceso, lo cual está pendiente de publicación⁽⁶⁰⁾, creemos que nos permite justificar el valor terapéutico de nuestras historias y de como para dar sentido a esas historias necesitamos pasar por un proceso de niveles relacionados entre sí.

El contexto del modelo de asimilación es un contexto cualitativo. Las investigaciones cualitativas (tan adecuadas para el estudio narrativo) utilizan fundamentalmente el lenguaje, los informes de los participantes, los párrafos significativos en terapia, por ejemplo, como datos. Como método cualitativo, el modelo de asimilación se ofrece como algo orientativo, tentativo de un proceso de cambio. Las interpretaciones (y las que hemos hecho nosotros aquí, siquiera brevemente) se deben entender como descriptivas del proceso del cambio de un paciente con un contexto particular. Cada nuevo estudio con la APES es un encuentro del modelo con los datos, que no se puede considerar como una validación⁽⁴⁶⁾.

Referencias

1. Polkinghorne D. Narrative knowing and the human sciences. State University of New York Press. Nueva York, 1988.
2. Gergen K, Kaye J. Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. En: McNamee S., Gergen K. Therapy as social construction. Sage. Londres, 1992.
3. Bruner J. Actual minds, possible worlds. Harvard University Press. Cambridge, 1986.
4. Bruner, J. Acts of meaning. Harvard University Press. Cambridge, 1990.
5. De Shazer S. Creative misunderstanding: There is no escape from language. En: Gilligan S., Price, R. Therapeutic conversations. W.W. Norton. Nueva York, 1993.
6. Goolishian H., Winderman L. Constructivism, autopoiesis and problem determined systems. En: Kenny V. Radical constructivism, autopoiesis and psychotherapy. N° especial del Irish J of Psych 1988; 1: 130-143.
7. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Anthropos. Barcelona, 1958.

8. Breuer J, Freud S. Estudios sobre la histeria. En: Freud S. Obras completas. Nueva Hólade, 1995. original de 1895.
9. Pinillos JL. Introducción a la psicología contemporánea. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1962.
10. Kvale S. Psychology and postmodernism. Sage. Londres, 1992.
11. McNamee S, Gergen K. Therapy as social construction. Sage. Londres, 1992.
12. McLeod J. Narrative and psychotherapy. Sage. Londres, 1997.
13. Ibáñez E. Bosquejo para las relaciones entre personalidad y psicoterapia. En Caro I. Psicoterapia e investigación de procesos. Promolibro. Valencia, 1993. Colección de Psicología Teórica.
14. Gergen K. The saturated self. Basic Books. Nueva York, 1991.
15. Efrans J, Lukens M, Lukens R. Language, structure, and change. W.W. Norton. Nueva York, 1990.
16. Greenberg LS. Psychotherapy process research. En Walker E. The handbook of clinical psychology. Dow-Jones, Irwin. Illinois, 1983.
17. Rennie D, Toukmanian S. Explanation in psychotherapy process research. En: Toukmanian S., Rennie D. Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches. Sage. Newbury Park, 1992.
18. Stiles WB, Elliott R, Llewelyn S, Firth-Cozens J, Margison FR, Shapiro DA, Hardy G. Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy* 1990; 27:411-420.
19. Korzybski A. Manhood of humanity. Dutton. Nueva York, 1921.
20. Korzybski A. Science and sanity. Institute of General Semantics. Lakeville, 1933.
21. Korzybski A. The role of language in the perceptual processes. En: Blake RR., Ramsey V. Perception: an approach to personality. The Ronald Press Company. Nueva York, 1951.
22. Johnson W. People in quandaries. International Society for General Semantics, San Francisco, 1946.
23. Caro I. La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología* 1992; 37: 80-109.
24. Caro I. El estado de la cuestión en la terapia lingüística de evaluación. En: Caro I. Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos. Paidós. Barcelona, 1997.
25. Greenberg LS, Pincus WM. The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford. Nueva York, 1986.
26. Caro I. The relevance of non-identification and extensionalization processes for therapeutic change. Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy (Toronto, Canadá), 1992.
27. Caro I. La identidad de la psicoterapia. En: Caro I. Psicoterapia e investigación de procesos. Promolibro. Valencia, 1993. Colección de Psicología Teórica.
28. Caro I. Il processo valutativo: La sua importanza per le prospettive cognitive. *Psicoterapia* 1996; 6/7: 5-26.
29. Caro I. El proceso terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. En Caro I. Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos. Paidós. Barcelona, 1997.
30. Caro I. La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. Número monográfico. *Psicologemas* 1999; 25-26:1-192.
31. Caro I. A process analysis of linguistic change. *Couns Psych Quart* en prensa.
32. Caro I. Semántica General y Psicoterapia. En Caro I. Psicología y Semántica General. Promolibro. Valencia, 1990. Colección de Psicología Teórica.
33. Mitchell F. A test of certain semantic hypotheses by application to client-centered counseling cases: Intensionality-extensionality of clients in therapy. *Gen Sema Bull* 1952-53; 10-11:23-31.
34. Stiles WB, Morrison LA, Haw SK, Harper H, Shapiro DA, Firth-Cozens J. Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy* 1991; 28:105-206.
35. Heaton KJ, Hill C, Hess SA, Leotta C, Hoffman MA. Assimilation in therapy involving interpretation of recurrent and nonrecurrent dreams. *Psychotherapy* 1998; 35:147-161.
36. Laitila A, Aaltonen J. Application of the assimilation model in the context of family therapy: A case study. *Cont Fam Ther* 1998; 20:277-290.
37. Leiman M, Stiles WB. Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psycho Res* 2001; 11:311-330.
38. Newman D, Beail N. Monitoring change in psychotherapy with people with intellectual disabilities: The application of the assimilation of problematic experiences scale. *J of Applied Res in Intell Disab* 2002; 15:48-60.
39. Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B. Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psycho Res* 2003; 13:307-322.
40. Piaget J. Play, dreams and imitation in childhood. Norton. Nueva York, 1962.
41. Piaget J. Piaget's theory. En Mussen P.H. Carmichael's manual of child psychology. 3ª edición. Vol. 1. Wiley. Nueva York, 1970.
42. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed by the client-centered framework. En: Koch S. Psychology: A study of science. Volume III. Formulations of the person and the social context. McGraw-Hill. Nueva York, 1959.
43. Rogers CR. Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós. Barcelona, 1951/1981.
44. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona. Paidós. Barcelona, 1961/1972.
45. Elliott R. Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *J of Couns Psych* 1985; 32: 307-322.
46. Stiles WB, Barkham M, Shapiro DA, Firth-Cozens J. Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psycho Res* 1992; 2:112-124.
47. Hermans HJM, Kempen HJG, van Loon RPP. The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *Amer Psycho* 1992; 47:23-33.
48. Honos-Webb L, Stiles WB. Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy* 1998; 35:23-33.
49. Stiles WB, Honos-Webb L, Lani JA. Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *J of Clin Psycho* 1999; 55:1213-1226.
50. Honos-Webb L, Surko M, Stiles WB, Greenberg LS. Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *J of Coun Psycho* 1999; 46:448-460.
51. Stiles WB. Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy* 2001; 38:462-465.
52. Stiles WB. Assimilation of problematic experiences. En Norcross JC. Psychotherapy relationships that works. Oxford University Press. Cary, 2002.
53. Osatuke K, Glick MJ, Gray MA, Reynolds D, Humphreys CL, Salvi LM, Stiles WB. Assimilation and narrative. Stories as meaning brid-

- ges. En Angus L., McLeod J. The handbook of narrative and psychotherapy. Sage. Thousand Oaks, 2004.
54. Bruner J. The narrative creation of self. En Angus L., McLeod J. The handbook of narrative and psychotherapy. Sage. Thousand Oaks, 2004.
55. Caro I. La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología* 2003; 79:31-57.
56. Caro I. La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación: El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología* 2003; 79:59-84.
57. Caro I. La práctica de la terapia lingüística de evaluación. Amarú Ediciones. Salamanca, 1994.
58. Honos-Webb L, Surko M, Stiles WB. Manual for rating assimilation in psychotherapy: Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio. 1998.
59. Lani JA, Glick MJ, Osatuke K, Brandenburg C, Gray MA, Humphreys CM, Reynolds D, Stiles WB. Markers of assimilation manual. Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio. 2002.
60. Caro I. The assimilation of problematic experiences: The case of Maria. Manuscrito en preparación.

Reconstrucción relacional y narrativas en psicoterapia: bases neurobiológicas

L. Botella García del Cid

Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Profesor Titular y Director del Master en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull, Barcelona.
Coordinador del Servicio de Asesoramiento y Atención Psicológica Blanquerna, Barcelona.

La terapia narrativa, según Combs y Friedman⁽¹⁾, toma su nombre de la noción post-estructuralista de que el significado se construye en la narración y re-narración de historias. Todas las escuelas de psicoterapia han trabajado desde siempre con las narrativas de sus pacientes, si bien cada una según su propio estilo y preferencias. De hecho, si *narrativa* se equipara a *historia*, es difícil imaginar alguna forma de conversación significativa que no implique la narración de algún tipo de historia—y más difícil aún en el caso de una relación tan cargada de contenido emocional como la psicoterapia. Así, la popularidad creciente de la que gozan los enfoques narrativos de la psicoterapia—como atestigua la reciente publicación del *Handbook of Narrative and Psychotherapy*⁽²⁾—se ha ido haciendo evidente en el *giro narrativo* adoptado por las diferentes orientaciones teóricas en psicoterapia.

Los psicoterapeutas *psicoanalíticos* contemporáneos trabajan explícitamente con las narrativas de sus pacientes mediante el modelo de *Core Conflictual Relational Theme* (CCRT⁽³⁾). Los terapeutas familiares también han ido volviendo su mirada hacia nociones narrativas y construccionistas en lugar de las más mecanicistas, derivadas originalmente de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética, que eran hasta hace poco el modelo dominante en las terapias *sistémicas*⁽⁴⁾. Algunas formas de terapia *cognitiva* también han evolucionado desde su énfasis original en lo racional e intelectual hacia un foco explícitamente narrativo⁵. Igualmente, nuestros trabajos sobre terapia *constructivista*⁽⁶⁻⁸⁾ desde una perspectiva relacional (véase una síntesis en la tabla I) incorporan explícitamente la importancia de los procesos narrativos en la construcción y reconstrucción de la identidad y el sufrimiento psicológico.

Sin embargo, y al margen de las preferencias teóricas y técnicas de cada orientación, la cuestión de los abordajes narrativos de la psicoterapia plantea una pregunta previa inescapable: ¿hasta qué punto son modificables los aspectos básicos de nuestros procesos neurobiológicos mediante las intervenciones psicoterapéuticas?

Psicoterapia y Plasticidad Cerebral

Toda forma de terapia psicológica, sea cual sea la orientación teórica desde la que se lleve a cabo, se basa en la noción

de que los seres humanos podemos modificar aspectos básicos de nuestro funcionamiento mental—ya sean cognitivos, emocionales, conductuales o relacionales. De hecho, el éxito en el resultado y en el proceso de las psicoterapias implica necesariamente *cambio*, y ambos (resultado y proceso) se verían seriamente limitados o incluso imposibilitados si nuestra conducta y nuestros procesos mentales estuviesen determinados rígidamente por fuerzas que escapan a nuestro control.

En este sentido, las reticencias tradicionales de muchos psicoterapeutas (tanto psiquiatras como psicólogos) hacia las neurociencias podrían ser resultado, al menos en parte, de una lectura determinista de la investigación neurobiológica⁽⁹⁾. Dicha lectura no es exclusivamente atribuible a una actitud de prejuicio, puesto que en el pasado y en diferentes grados la neurobiología había dado pie a una posición que se ha dado en llamar «fatalismo neuronal»⁽¹⁰⁾. Dicho fatalismo consistía básicamente en «concebir el cerebro como una entidad relativamente estática, determinada por la interacción de la pre-programación genética y las experiencias infantiles tempranas»⁽¹⁰⁾. Probablemente esta visión se generó a partir de

Tabla I Síntesis de los principios básicos del constructivismo relacional⁽⁶⁻⁹⁾

1. Ser humano implica construir significados.
2. El significado es un logro interpretativo y lingüístico.
3. El lenguaje y las interpretaciones son logros relacionales.
4. Las relaciones humanas se articulan en conversaciones.
5. Las conversaciones constituyen posiciones subjetivas.
6. Las posiciones subjetivas se expresan a modo de voces.
7. Las voces expresadas a lo largo de una dimensión temporal constituyen narrativas.
8. La identidad es tanto el producto como el proceso de la construcción de las narrativas del self.
9. Los problemas objeto de la psicoterapia son consecuencia de los procesos de construcción de las narrativas de identidad.
10. La psicoterapia se puede equiparar a un diálogo colaborativo destinado a transformar las narrativas de identidad del cliente.

una lectura particularmente estricta de las muy influyentes investigaciones de Lorenz sobre el efecto de la *impronta* en los gansos y de la noción de *períodos críticos* en el desarrollo del cortex visual de los gatos basada en los trabajos de Hubel y Wiesel. La combinación de dicha lectura estricta de ambos conceptos (*impronta* y *períodos críticos*) puede crear la impresión de que el desarrollo cerebral está casi completamente programado genéticamente y de que el efecto de *impronta* de determinadas experiencias en períodos críticos tiene consecuencias permanentes e indelebles sobre la arquitectura neuronal⁽¹⁰⁾.

Sin embargo, hoy en día existe un consenso creciente entre la comunidad de neurocientíficos en el sentido de que, contrariamente a lo que una posición determinista llevaría a pensar, cada vez son más las pruebas empíricas de que las condiciones ambientales durante el curso de la vida influyen decisivamente en el desarrollo, la fisiología e incluso la anatomía cerebral. No cabe duda de que nuestro cerebro pautan la forma en que percibimos la realidad y damos sentido a la experiencia, pero la investigación neurobiológica de las últimas décadas ha dado la razón también al proceso inverso: nuestro cerebro está literalmente conformado por experiencias tales como el aprendizaje, el apego, los vínculos emocionales, el trauma o el estrés. Wylie y Simon⁽⁹⁾ sintetizan este punto en su afirmación de que, si el cerebro está biológicamente programado para algo, en todo caso lo está *para programarse a sí mismo*, para crearse y recrearse a lo largo de todo el ciclo vital.

Las bases celulares de la plasticidad cerebral ya habían sido establecidas por Donald O. Hebb en 1949, en su repetidísima afirmación de que las neuronas que se disparan a la vez se acaban interconectando (*cells that fire together wire together*). Técnicamente el principio de Hebb postula que las redes neuronales codifican la información mediante el fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre las neuronas que se activan simultáneamente. La descripción detallada de los mecanismos bioquímicos subyacentes a este proceso ha dado lugar a un número creciente de investigaciones que demuestran, por una parte, cómo el aprendizaje causa cambios permanentes en las conexiones sinápticas entre neuronas individuales (investigaciones que le valieron el Premio Nobel de Medicina del año 2000 a Eric R. Kandel) y, por otra, cómo el desarrollo de la distribución dendrítica en una red neuronal se ve afectado por las experiencias de aprendizaje⁽¹¹⁾.

Estas líneas de investigación llevan a la constatación de que ni la percepción ni por supuesto la cognición son procesos pasivos, propios de un organismo a la espera de estimulación externa. No hay forma de experimentar nada sin la participación activa (más bien proactiva) del sistema nervioso. Las experiencias de aprendizaje alteran la fisiología de las redes neuronales mediante un proceso bioquímico de fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre las redes que estén activas e implicadas en la experiencia de la que se trate. La naturaleza proactiva

de los procesos psicológicos ha sido desde siempre uno de los puntos básicos defendidos por las teorías constructivistas⁽¹²⁾, y al complementarlo con la visión neurobiológica que acabo de sintetizar resulta más comprensible el porqué cada uno de nosotros aprende cosas diferentes a partir de experiencias aparentemente idénticas desde un punto de vista meramente externo —otro de los puntos básicos de las teorías constructivistas no del todo explicable desde visiones teóricas como por ejemplo el conductismo.

Las limitaciones de espacio de un artículo no permiten abordar una descripción detallada de los procesos de bioquímica celular subyacentes a la plasticidad cerebral, por otra parte descritos de forma excelente y extensa en obras como el manual *Neurociencia y Conducta* de Kandel, Schwartz y Jessell. Sin embargo sí quisiera destacar las importantísimas implicaciones clínicas de la evidencia de que la experiencia vital afecta de un modo fundamental al establecimiento y fortalecimiento de las conexiones entre circuitos de las áreas funcionales del cortex, del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo. Ser consecuente con esta visión implica reconocer que las particularidades de la fisiología y neuronatología de los trastornos psicopatológicos pueden ser no sólo la *causa* de la sintomatología, sino la *consecuencia* de procesos relacionales e interpersonales determinantes en la génesis del trastorno en cuestión y probablemente del éxito o fracaso de su abordaje psicoterapéutico. Visto desde esta perspectiva, la integración entre los enfoques psicológicos de la psicoterapia y las bases neurobiológicas de estos deja de ser objeto de una estéril oposición entre mente y cerebro, o entre biología y psicología, o entre genética y ambiente. Los avances de las últimas décadas en el ámbito de las neurociencias permiten sentar los cimientos de una base neurobiológica que explique la eficacia y el proceso de la psicoterapia desde un discurso científico no reduccionista.

Dado que muchos de tales avances son especialmente coherentes con los planteamientos de las visiones constructivistas y relacionales de las terapias narrativas⁸, mi intención en el resto de este artículo es precisamente elaborar de forma somera las bases neurobiológicas de algunos de los puntos básicos de tales enfoques psicoterapéuticos. Me centraré en particular en (a) cómo afectan las relaciones de apego al desarrollo cerebral (y particularmente cómo afectan las experiencias traumáticas y de apego desorganizado al desarrollo de la psicopatología), (b) cómo los procesos de construcción y reconstrucción narrativa pautan el funcionamiento del sistema nervioso y (c) cómo la psicoterapia consigue paliar o invertir los efectos psicopatológicos de dichos procesos relacionales y narrativos cuando estos son disfuncionales.

Apego y Desarrollo Cerebral: El Origen Relacional de las Bases Biológicas de la Psicopatología

Los avances en la investigación neurocientífica de las últimas décadas están fomentando la exploración de una fascinante

te red de interconexiones entre algunos ámbitos científicos previamente poco relacionados. Concretamente, el reconocimiento del papel fundamental que juegan las experiencias provenientes de las relaciones de apego en el desarrollo de la plasticidad cerebral permite empezar a atisbar posibles integraciones entre la investigación sobre apego infantil, apego adulto, psicología evolutiva, neurociencias, psicopatología y teorías sistémicas de la familia.

Las investigaciones sobre plasticidad cerebral a las que me refería en el apartado introductorio de este artículo han puesto en evidencia que durante los primeros años de vida tiene lugar un proceso de desarrollo cerebral sin parangón. Este proceso resulta sumamente sensible a las condiciones ambientales, y particularmente a las que dependen de la interconexión entre el niño y sus figuras de apego (¡que debido a la indefensión neonatal de nuestra especie son prácticamente todas!). Además, las evidencias apuntan a que en estos primeros años de vida el desarrollo cerebral se concentra especialmente en funciones que dependen de la maduración del hemisferio cerebral derecho, del sistema nervioso autónomo (tanto simpático como parasimpático) y del sistema límbico⁽¹³⁾. Teniendo en cuenta las implicaciones de los procesos regulados por tales estructuras en cuanto al desarrollo de la psicopatología (especialmente en la génesis de trastornos emocionales), no es de extrañar que se trate de un tema que está recibiendo un creciente interés entre la comunidad de investigadores en psicoterapia.

En esencia, la evidencia que se desprende de las investigaciones sobre el efecto de las relaciones de apego en el desa-

rollo cerebral indica consistentemente que el estrés y el trauma perjudican el desarrollo óptimo, mientras que el apego seguro lo promueve⁽¹⁴⁾. La relación entre ambos resultados parece residir en la función de *fomento de la autorregulación emocional* que cumplen las relaciones de apego seguro. Cuando este vínculo no se da, se produce una situación de desconexión entre madre e hijo que hace que esta no reaccione adecuadamente al estado de *hiperarousal* característico de las primeras fases del malestar en el bebé. En esta fase (véase fig. 1) se produce un incremento de la concentración de hormonas del estrés en el organismo del niño (particularmente de adrenalina, noradrenalina y dopamina) que da lugar a un estado hipermetabólico que, si se mantiene durante períodos excesivos o de forma crónica, puede llegar a ser tóxico para el desarrollo del cerebro. Si la conexión emocional profunda que permite el vínculo seguro no se recupera, llega un momento en que el *hiperarousal* en que se encuentra el niño da lugar a una fase de disociación —la conducta observada tradicionalmente en niños en situación de abandono cuando llegan a un punto en que dejan de llorar y se desentienden del mundo exterior. En esta fase se han constatado elevados niveles de opiáceos endógenos y de hormonas del estrés tales como el cortisol, además de una disminución de la presión arterial y el ritmo cardíaco. Dadas las evidencias del efecto neurológico negativo de los niveles crónicamente elevados de cortisol (por ejemplo sobre el volumen del hipocampo y por tanto sobre la memoria y el control de la ansiedad y el estrés) la desconexión madre-hijo en esta fase genera aún más consecuencias potencialmente patógenas.

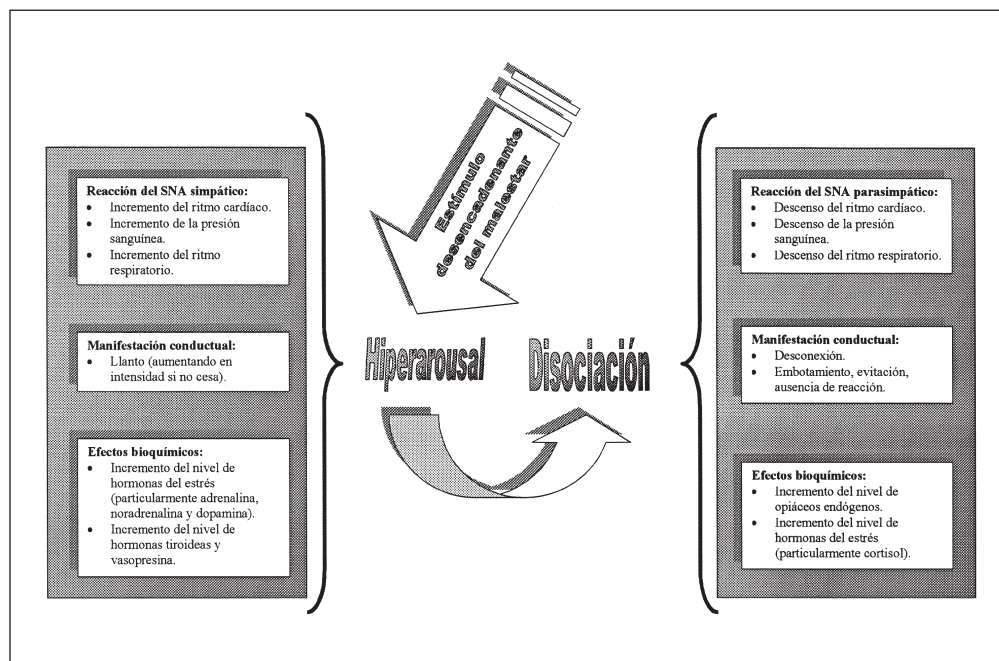


Fig. 1.—Ciclo de hiperarousal-disociación.

Teniendo en cuenta el valor muy real de supervivencia que tiene para un niño la protección recibida por parte de su figura de apego, las situaciones crónicas y/o intensas de desvinculación y desconexión pueden tener un efecto traumático muy comprensible desde un punto de vista etológico. Así, otros efectos neurobiológicos constatados de las situaciones de trauma, maltrato o negligencia durante la infancia (con posibles consecuencias psicopatológicas) son los que se especifican en la tabla II.

Los efectos negativos persistentes de este tipo de situaciones de vínculo deteriorado también se han relacionado con el desarrollo de la memoria implícita. Esta forma de memoria, previa al lenguaje y disponible ya durante el primer año de vida, resulta de la generalización de experiencias repetidas y sustenta respuestas conductuales, emocionales y psicofisiológicas. Precisamente porque es previa y ajena al lenguaje verbal y a los procesos cognitivos abstractos, la activación de la memoria implícita durante la vida adulta no se experimenta como «estoy recordando algo», sino como si la experiencia evocada estuviese sucediendo en el aquí y ahora. La falta de control sobre estos *flash backs* (típica por ejemplo de las situaciones de estrés post-traumático) bien podría explicarse por los efectos neurobiológicos de la experiencia propia de un vínculo deteriorado descritos antes.

La conexión entre estos hallazgos y las dinámicas familiares abordadas, entre otras, por las teorías sistémicas, resulta particularmente interesante desde un punto de vista constructivista relacional y narrativo. Los estudios sobre la relación entre estilos de apego de los padres en su infancia (analizados mediante la Entrevista de Apego Adulto, un instrumento cualitativo que entre otras cosas evalúa la coherencia de la narrativa parental respecto a experiencias infantiles) y el estilo de apego de sus hijos demuestran repetidamente que los padres y madres de niños con estilos de apego desorganizado/desorientado revelan

episodios de trauma o duelo no resuelto durante su propia infancia⁽¹⁸⁾. Parece que su incapacidad para establecer un vínculo seguro con sus hijos puede estar relacionada con el hecho de que no saben cómo responder de forma adecuada a las demandas de protección y regulación emocional del niño dado que ellos mismos no pasaron por esa experiencia.

Las consecuencias neurobiológicas de la falta de una relación de apego seguro comentadas con anterioridad podrían explicar el porqué de esta situación (véase fig. 2). El adulto que ha vivido una situación así en su infancia y no la ha resuelto se caracterizaría (según tales resultados) por su hipersensibilidad a cualquier señal de peligro, aunque sea mínima; disminución de su capacidad para responder adecuadamente a situaciones de alarma y alteraciones en las estructuras corticales que modulan las respuestas del sistema límbico y endocrino al miedo o a la rabia. La necesidad de protección del niño puede así provocar la entrada del adulto en un estado en que queda anulada su *flexibilidad de respuesta*⁽¹⁹⁾, definida como la capacidad cerebral de responder a cambios ambientales mediante un rango amplio y complejo de respuestas conductuales y cognitivas. Este proceso de inhibición de la flexibilidad de respuesta, en el que parece jugar un papel fundamental el cortex orbitofrontal, explicaría las reacciones inconsistentes, violentas, evitativas o desproporcionadas de este tipo de padres ante las manifestaciones de malestar de sus hijos. En esto residiría precisamente el proceso de transmisión generacional del trauma no resuelto y sus posibles consecuencias psicopatológicas—conexión que evidencia la posibilidad de integrar una explicación neurobiológica con una relacional, constructivista y sistémica.

Autores como Liotti⁽²⁰⁾ han sido pioneros en integrar los conceptos basados en la teoría del apego con las explicaciones de la génesis de la psicopatología. Por ejemplo, en el caso del trastorno límite de la personalidad, Liotti⁽²⁰⁾ comenta que en su origen evolutivo podría estar un patrón de apego desorganizado como el comentado anteriormente, en el que la figura de apego se comporta de forma inconsistente como una fuente de seguridad en algunas ocasiones y de amenaza en otras debido a sus propios traumas o duelos no resueltos. La internalización de esta forma de apego desorganizado por parte del niño le hace imposible alcanzar un estado de autorregulación emocional estable y se reactiva en cada situación de apego evocando (mediante la operación de la memoria implícita) el miedo básico a que la fuente de seguridad lo sea a la vez de dolor. Para evitar esta inconsistencia fundamental, el niño puede aprender (por supuesto de forma tácita, probablemente asociada a lo que se ha denominado *redes neuronales ocultas*) a inhibir el sistema de apego mediante la activación de otros sistemas motivacionales tales como los que regulan las conductas de dominio/sumisión o las conductas sexuales. Dado que la situación característica de la psicoterapia reactiva el sistema de apego (puesto que implica la demanda de ayuda en el contexto de una relación interpersonal de vínculo emocional), puede reactivar simultáneamente todo este sistema fragmentado, cosa que explicaría las características amenazas de ruptura del vínculo terapéutico de

Tabla II Efectos neurobiológicos constatados de las situaciones de trauma, maltrato o negligencia durante la infancia

- Cambios en los procesos de neuromodulación y reactividad fisiológica que se manifiestan en ansiedad asociada a expectativas traumáticas, provocando hipersensibilidad a cualquier señal de peligro, aunque sea mínima⁽¹⁵⁾.
- Alteraciones anatómicas en estructuras del mesencéfalo, del sistema límbico y del tronco cerebral (consecuencia de la exposición a situaciones crónicas de alarma) que disminuyen la capacidad de responder adecuadamente en tales situaciones⁽¹⁶⁾.
- Retardo en el desarrollo de las estructuras corticales que modulan las respuestas del sistema límbico al miedo o a la rabia⁽¹⁶⁾.
- Alteraciones en las funciones reguladoras del sistema endocrino⁽¹⁷⁾.

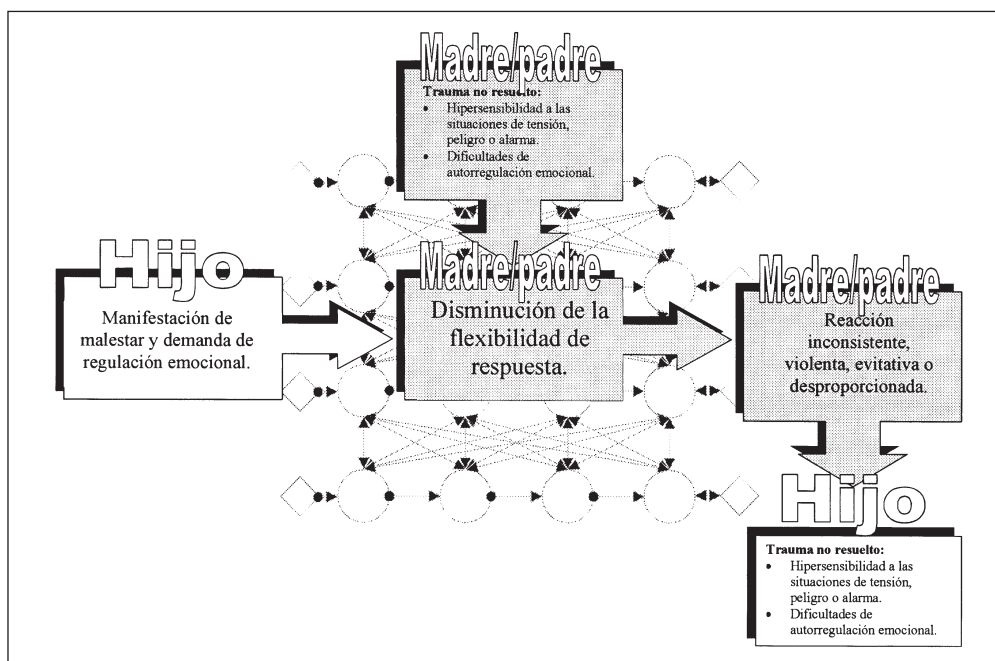


Fig. 2.—Transmisión generacional del trauma no resuelto.

estos pacientes, o sus manifestaciones inadecuadas de conductas seductoras o erotizadas en la relación terapéutica.

El Cerebro Narrativo

En otros trabajos hemos comentado ampliamente el papel fundamental de las narrativas en la construcción de la identidad y en la génesis de posibles trastornos psicopatológicos⁽⁸⁾. Desde un punto de vista neurobiológico, el desarrollo de las narrativas de identidad requiere de la memoria explícita, que aparece a partir del segundo año de edad⁽²¹⁾. Tanto en su dimensión semántica como autobiográfica, la memoria explícita se fundamenta en el desarrollo de un sentido del Yo (a diferencia de la memoria implícita). En el caso de la memoria autobiográfica además es necesario un sentido de orientación temporal, es decir el desarrollo de un sentido de ese Yo en el pasado. En este caso, parece que las estructuras cerebrales más implicadas inicialmente. Sin embargo, la consecución de un sentido coherente de identidad narrativa implica la práctica totalidad de estructuras y funciones cerebrales: las localizadas en el hemisferio izquierdo contribuyen a un sentido de orden y secuencia lógica y temporal, las del hemisferio derecho a la tonalidad metafórica y analógica de la narrativa y el sistema límbico a la riqueza emocional de lo narrado, son sobre todo el hipocampo y el cortez prefrontal⁽¹⁹⁾.

Las investigaciones de los efectos de las relaciones de apego sobre las narrativas de identidad (véase Siegel⁽¹⁹⁾ para un documentado resumen) aportan evidencias sorprendentes del papel fundamental de las relaciones en las narrativas y de estas en la salud mental. Siegel resume estas evidencias afirmando que el apego inseguro comporta un factor de riesgo en

cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad.

Lo sorprendente del caso es que estas investigaciones demuestran consistentemente que el futuro estilo de apego de un niño puede ser predicho con una precisión de un 75% evaluando la coherencia con la que su figura de apego narra su propia historia de apego en la infancia —sin que se haya podido demostrar ningún tipo de mecanismo de herencia genética. De nuevo aparece con toda claridad la relevancia de la interacción, especialmente en relaciones de vinculación emocional, en cuanto a la configuración de la propia narrativa de identidad. Así, la combinación de (a) los efectos neurobiológicos de un estilo de apego evitativo y (b) la precariedad de las formas de interacción emocional propias de tales vínculos podría explicar el resultado repetido de que los adultos caracterizados por formas de apego evitativo en la infancia muestran una escasez anormal de narrativas autobiográficas referidas a esa época.

Neurobiología del Proceso Psicoterapéutico

En las últimas décadas se vienen constatando diversos efectos neurobiológicos de las intervenciones estrictamente psicoterapéuticas (es decir, sin administración de fármacos). A pesar de las dificultades metodológicas y el coste económico de tales investigaciones, se dispone ya de algunas evidencias obtenidas mediante técnicas de neuroimagen (véase tabla III) que demuestran cambios bioquímicos, anatómicos y funcionales en el cerebro de los pacientes como resultado de la psicoterapia efi-

caz—como cabría predecir basándose en los trabajos sobre plasticidad cerebral comentados con anterioridad.

En este apartado final, me centraré en los trabajos que se han ocupado de los procesos neurobiológicos subyacentes a la relación terapéutica (más que en los efectos de las técnicas específicas), dado que la investigación en psicoterapia demuestra repetidamente que la calidad del vínculo y de la alianza entre terapeuta y paciente explica el doble de variancia del éxito de la terapia que las técnicas por sí mismas⁽²²⁾. Esta visión en la que se priman los factores comunes y la calidad del vínculo y de la relación de colaboración terapéutica es característica de los modelos constructivistas y de la mayoría de los narrativos.

Uno de los conceptos neurobiológicos utilizados para explicar cómo la calidad del vínculo terapéutico fomenta el cambio en las narrativas problemáticas del paciente ha sido el de *neuromodularidad*. Según Siegel (citado en Wylie y Simon⁽⁹⁾), la vivencia de la relación terapéutica como una relación de apego puede contribuir a reestructurar el contenido de la memoria implícita (y explícita) vinculado a situaciones de apego anteriores. La neuromodularidad generada en la relación terapéutica podría influir, mediante la acción de neurotransmisores tales como la serotonina, dopamina, acetilcolina y norepinefrina en la inducción de un estado en que la conectividad neuronal es más factible. Esto podría explicar la experiencia de muchos pacientes que en la sesión de terapia llegan a formas de comprensión emocional y vivencial que no les son habituales en su vida cotidiana. De esta forma, los prototipos de relaciones de apego problemáticas codificados en la memoria implícita podrían ser modificados a través de las dimensiones no verbales y profundas de la experiencia de la propia relación terapéutica. En el mismo sentido, esta modificación de patrones de aprendizaje implícitos podría ir seguida de la modificación de las narrativas autobiográficas codificadas en la memoria explícita a través del trabajo más verbal y cognitivo de la psicoterapia.

También recientemente, Fonagy⁽²³⁾ ha presentado resultados obtenidos mediante técnicas de resonancia magnética funcional que aportan una evidencia inesperada a las hipótesis sobre cómo la relación terapéutica fomenta la reconstrucción narrativa. Concretamente, Fonagy se ha centrado en investigar las áreas cerebrales que *se desactivan* cuando están activas las que regulan las relaciones de apego. Los resultados de esta línea de investigación demuestran que dichas áreas son, por una parte, zonas del cortex temporal medio, parietal inferior y prefrontal medio del hemisferio derecho responsables sobre todo de la regulación cognitiva de la emoción mediante la atención y la memoria a largo plazo. Por otro, también se desactivan zonas del cortex temporal, parietotemporal y prefrontal responsables de la cognición social en aspectos tales como la evaluación de las intenciones y emociones de los demás, los juicios morales, las *teorías de la mente* y la atención a las propias emociones.

Los resultados de Fonagy le llevan a concluir que la activación de una relación de apego inhibe o suprime la acción de las redes neuronales responsables de la evaluación social crítica de la figura de apego (como comenta el autor no sin ironía, aquí re-

sidiría el fundamento neurobiológico del viejo adagio de que *el amor es ciego*). Es en este sentido que la activación de una relación de apego seguro puede tener el correlato neurobiológico de *suprimir* la acción de los sistemas responsables de mantener barreras emocionales e interpersonales con el otro, de juzgar su validez social, de fundamentar nuestras emociones en el recuerdo de situaciones pasadas y de afianzar nuestros prejuicios en el área de la cognición social. De esta forma (y coherentemente con la hipótesis de la neuromodularidad comentada antes), la activación de una relación de apego seguro hace mucho más probable el establecimiento de conexiones inesperadas entre cognición, afecto, memoria implícita y narrativa autobiográfica.

Lo que resulta particularmente interesante de la elaboración de Fonagy es su idea de que, vista desde esta perspectiva, la psicoterapia comporta la activación simultánea de dos sistemas neuronales que habitualmente se inhiben mutuamente. Por una parte el que se activa como consecuencia de una relación de apego segura mediante el vínculo terapéutico y, por otra, el más propio del pensamiento reflexivo crítico inducido por las intervenciones del terapeuta al acompañar al paciente en su proceso de reconstrucción narrativa. Esta visión es también compartida por Cozolino (citado en Wylie y Simon⁽⁹⁾) al enfatizar la importancia de que la terapia active simultáneamente redes neuronales previamente disociadas de forma que el paciente pueda reorganizar las conexiones entre ambas. La investigación de Fonagy sería un ejemplo; otro lo sería la activación simultánea de los circuitos responsables del *miedo* y del *lenguaje* en los casos de estrés post-traumático, cuando se le pide al paciente que acompañe con palabras la inundación de recuerdos implícitos propios de la reevocación de la situación traumática original.

Comentarios Finales

A lo largo de este artículo he intentado argumentar cómo las intuiciones de las terapias narrativas, especialmente desde una óptica constructivista relacional, se están viendo confirmadas por los desarrollos recientes de la investigación en neurobiología. Concretamente, (i) el papel fundamental de las relaciones de apego en el desarrollo de la identidad, (ii) la importancia de las narrativas en la construcción de dicha identidad y (iii) la posibilidad de reconstrucción psicoterapéutica de todo lo anterior mediante una relación colaborativa y de vínculo emocional.

Si bien la inmensa mayoría de los conceptos básicos de las psicoterapias (incluidas las que se han abordado en este trabajo) se han desarrollado de forma ajena a la neurobiología y a las neurociencias en general, en estos momentos asistimos a un creciente interés por explorar los posibles fundamentos neurobiológicos de la psicoterapia sin caer en los reduccionismos propios de otros tiempos^(10,19). Aunque aún estamos lejos de poder articular una «psicoterapia neurobiológica», dicha exploración empieza a dar sus frutos en forma de conexiones entre conceptos y hallazgos previamente no integrados.

Referencias

1. Combs G, Friedman J. A poststructuralist approach to narrative work, in *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*, edited by Angus LE, McLeod J. Thousand Oaks, Sage, 2004. p. 137-155.
2. Angus LE, McLeod J (eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. Thousand Oaks, Sage, 2004.
3. Luborsky L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York, Basic Books, 1984.
4. Botella L, Pacheco M. El modelo constructivista: una aproximación narrativa relacional, en *La Familia: Nuevas Aportaciones*, compilado por Pérez C. Barcelona, Edebé, 2001. p. 83-95.
5. Gonçalves OF, Henriques MR, Machado, PP. Nurturing nature: cognitive narrative strategies, in *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*, edited by Angus LE, McLeod J. Thousand Oaks, Sage, 2004. p. 103-118.
6. Botella L. Diálogo, relações e mudança: uma aproximação discursiva à psicoterapia constructivista, en *Abordagens Construcionistas à Psicoterapia*, compilado por Gonçalves O, Gonçalves M. Coimbra, Quarteto. p. 50-61.
7. Botella L, Herrero, O. A relational constructivist approach to narrative therapy. *European J Psychother Couns Health* 2000; 3:1-12.
8. Botella L, Herrero O, Pacheco M, Corbella S. Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach, in *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*, edited by Angus LE, McLeod J. Thousand Oaks, Sage, 2004. p. 119-136.
9. Wylie MS, Simon R. Discoveries from the black box: How the neuroscience revolution can change your practice. *Psychother Net* 2004; July 8.
10. Cozolino LJ. *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York, W.W. Norton & Company, 2002.
11. Liggan DY, Kay J. Some neurobiological aspects of psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1999; Winter: 103-114.
12. Botella L. Personal construct psychology, constructivism, and post-modern thought, in *Advances in Personal Construct Psychology* (Vol. 3), edited by Neimeyer RA, Neimeyer GJ. Greenwich, JAI Press, 1995. p. 3-36.
13. Schore AN. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of Post-traumatic Stress Disorder. *Aus NZ J Psychi* 2002; 36:9-30.
14. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Inf Ment Health J* 2001; 22:201-269.
15. Pynoos RA, Steinberg AM, Ornitz EM y cols. Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress, in *Psychobiology of Post-traumatic Stress Disorder*, edited by Yehuda R, McFarland AC. New York, New York Academy of Sciences, 1997, pp 176-193.
16. Perry DB, Pollard RA, Blakeley WL y cols. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how «states» become «traits». *Inf Ment Health J* 1995; 16:271-291.
17. Putnam FW, Trickett PK. Psychobiological effects of sexual abuse: A longitudinal study, in *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, edited by Yehuda R, McFarland AC. New York, New York Academy of Sciences, 1997. p. 150-159.
18. Hesse E. The adult attachment interview: Historical and current perspectives, in *Handbook of Attachment*, edited by Cassidy J, Shaver P. New York: Guilford Press, 1999. p. 395-433.
19. Siegel DJ. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, «mindsight», and neural integration. *Inf Ment Health J* 2001; 22:67-94.
20. Liotti G. De la teoría del apego a la psicoterapia. *Rev Psicot* 2001; 48:63-85.
21. Bauer PJ. What do infants recall of their lives? Memory for specific events by one-to-two-year-olds. *Am Psych* 1996; 51:29-41.
22. Corbella S, Botella L. *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid, VisionNet, 2004.
23. Fonagy P. *Psychotherapy, Attachment and the Brain*. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, 2004.

La formación en psicoterapia y la óptica de las narrativas

A. Fernández Liria¹ y B. Rodríguez Vega²

¹ Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental de Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

² Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción

La psicoterapia sola o en combinación con los psicofármacos constituye el tratamiento de primera elección de un buen número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil de intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud.

La psicoterapia individual y de grupo se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁾, y por tanto su oferta, constituye una obligación del sistema sanitario público.

En este trabajo concebimos la psicoterapia como un procedimiento para tratar los trastornos mentales o problemas de salud mental. Se trata de una definición restrictiva, que excluye actividades semejantes, pero que tienen como objetivo cosas como el crecimiento personal o el autoconocimiento⁽²⁻⁵⁾. Entendemos que, así, concebida como un tratamiento de trastornos mentales, la psicoterapia es un componente básico ineludible de la identidad profesional de psiquiatras y psicólogos clínicos.

La formación en psicoterapia figura, consecuentemente, entre los objetivos de los programas MIR y PIR, aunque, en la práctica, las unidades docentes prestan escasa atención a esta obligación y es absolutamente excepcional que exista una estrategia acordada para su cumplimiento.

La propuesta de un Área de Capacitación Específica (ACE) en Psicoterapia aprobada por las Comisiones Nacionales de psiquiatría y Psicología Clínica contiene un programa no sólo para la formación en los dos años suplementarios, en los que se formarían quienes accedieran a ella después de haber completado su residencia en Psiquiatría o Psicología Clínica, sino para el periodo de residencia en Psiquiatría (4 años) o Psicología Clínica (3 años). Los párrafos que siguen, transcriben la definición que de estos niveles hace el actual borrador de la ACE de Psicoterapia (ver tabla I)

Un primer nivel digamos universal, es decir que debería ser adquirido por todos los profesionales sanitarios y puesto en práctica siempre que se realice una intervención terapéutica sea esta de carácter psicológico, biológico o social, consiste en

el desempeño de las destrezas psicoterapéuticas adecuadas para sacar partido a los denominados por «factores comunes». Este nivel debería ser completado antes de finalizar el primer año de formación MIR y PIR.

Un segundo nivel comprende las destrezas psicoterapéuticas necesarias para abordar la problemática psicológica que se asocia a los trastornos mentales independientemente de su diagnóstico, tales como las dificultades de relación social y familiar derivadas de la sintomatología, las dificultades de cumplimiento, el seguimiento de pacientes psicóticos crónicos, la detección y manejo de las situaciones de riesgo, el apoyo psicológico a los pacientes con trastornos somáticos. Este nivel requiere ser desarrollado específicamente para cada una de las situaciones mencionadas y deberá incluir además las habilidades básicas de comunicación necesarias para dispensar este tipo de ayuda psicológica a individuos, parejas, familias y grupos. Este nivel de competencia, común a PIR y MIR, debería completarse a lo largo de toda la residencia, sin un orden cronológico determinado, de acuerdo con las oportunidades que brinde cada rotatorio.

El tercer nivel se refiere a las destrezas necesarias para complementar el tratamiento de trastornos específicos, tales como: las técnicas de exposición como complemento al tratamiento farmacológico del Trastorno de Angustia; los programas psicoeducacionales dirigidos a los familiares de los pacientes esquizofrénicos como complemento al tratamiento farmacológico y de rehabilitación; las técnicas de relajación, de manejo de la ansiedad, de prevención de la respuesta y de solución de problemas que junto con los psicofármacos constituyen el tratamiento básico de los Trastornos por Ansiedad; la terapia sexual de pareja para aliviar las disfunciones sexuales primarias y las que se asocian a los diversos trastornos psicopatológicos. También, como en el caso del nivel anterior, la adquisición de estas habilidades, común a PIR y MIR, debería completarse a lo largo de toda la residencia.

El cuarto nivel constituye la ACE de Psicoterapia propiamente dicha. Se refiere a las destrezas necesarias para practicar la psicoterapia formal que se ajusta estrictamente a un mo-

Tabla I Propuesta de niveles de formación en el proyecto de área de capacitación específica en psicoterapia presentado a las comisiones nacionales de psiquiatría y psicología clínica

Niveles	Objetivos	Temporalidad	
NIVELES PREVIOS A CURSAR LA ACE:			
Nivel I (Contenidos básicos)	Adquirir destrezas en los «factores comunes en psicoterapia»	Primer año del PIR o MIR	
Nivel II (Intervención psicosocial)	Adquirir destrezas psicoterapéuticas y habilidades de comunicación asociada a la intervención en distintos trastornos mentales	A lo largo de la residencia PIR o MIR	
Nivel III (Realización de tratamientos «específicos»)	Adquirir destrezas en la realización de tratamientos específicos (técnicas para problemáticas específicas)	A lo largo de la residencia PIR o MIR	
Nivel IV (Conducción de psicoterapias)	Adquirir destrezas en la práctica de psicoterapia formal de acuerdo a un modelo teórico-técnico	A lo largo de la residencia PIRA	A partir del 2º año del MIR, especialización en 3 cuatrimestres
CONTINUADO EN LOS NIVELES PROPIOS DE LA ACE			

delo y que se aplica exactamente según las directrices propias del modelo. La existencia mayoritaria en los servicios públicos de cuatro modelos de psicoterapia, así como su aceptación por la gran mayoría de los profesionales, favorece la identificación de los mismos para la formación de los psicoterapeutas: psicoterapia cognitivo-conductual, psicoterapia psicodinámica focalizada, psicoterapia interpersonal y psicoterapia sistémica, o modalidades estructuradas de integración de algunas de ellas. Este nivel de competencia debe ser común a todos los PIR a lo largo de la residencia, mientras que en el caso de los MIR quedará prioritariamente reservado a aquellos residentes que a partir del segundo año opten por especializarse en psicoterapia. Los MIR tendrán la oportunidad de adquirir este nivel de competencia durante tres cuatrimestres (incluyendo el periodo de libre disposición). La ACE ofrece la oportunidad de profundizar en este cuarto nivel de competencia y está abierta a los PIR, y a aquellos MIR que hayan cursado el cuarto nivel durante la residencia. De esta forma se garantizará un nivel mínimo común de formación a la entrada en la ACE.

Lo que obviamente la ACE no propone son procedimientos específicos para lograr esos objetivos. La Escuela de Salud Mental de la AEN ha desarrollado una propuesta de programa muy estructurado de formación en habilidades básicas⁽⁵⁾, que atenderían, en realidad, los niveles 1 y 2 de la propuesta del borrador de la ACE), que ha sido puesto en práctica y evaluado con 135 residentes en 12 unidades docentes y que forma parte de la propuesta que haremos a continuación⁽⁶⁾.

Dificultades de la formación en psicoterapia

La formación en psicoterapia entraña dificultades de diferente orden. Probablemente las que han producido más reservas son la de la dificultad en la definición de en qué consiste la actividad psicoterapéutica y la existencia de escuelas psicoterapéuticas muy diferentes. En este trabajo nos ceñiremos a la definición de psicoterapia propuesta en otro artículo de este mismo volumen⁽⁷⁾.

La segunda de las dificultades a que hacíamos referencia, la existencia de diferentes conceptos provenientes de distintas escuelas, se ha pretendido resolver a través de cuatro estrategias diferentes.

- La primera está representada por programas en los que se ofrece a los discentes la posibilidad de formarse en una única orientación (la del servicio o entidad docente) con absoluta ignorancia de las otras. Esta estrategia es compatible (con matices) con la propuesta alemana para la formación de especialistas en Psiquiatría y Psicoterapia, que considera válida la formación en una de las tres orientaciones que considera acreditadas (psicoanalítica, cognitivo-conductual y centrada en el cliente). Tiene el inconveniente de proporcionar un mismo título a profesionales con formaciones muy diferentes.
- La segunda solución consiste en restringir la formación en psicoterapia a la de las terapias manualizadas que, por haber demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos concretos a través del ensayo clínico aleatorizado, pueden considerarse como *empíricamente validadas* (en

realidad un corto repertorio de intervenciones conductuales, cognitivas e interpersonales)⁽⁸⁾. Tiene el inconveniente de obviar el entrenamiento en habilidades básicas y de dar por bueno el muy discutible principio de «validación empírica» en el que se sustentan estas terapias.

- La tercera solución consiste en hacer participar en la formación a docentes de diferentes orientaciones permitiendo que el discente opte entre ellas o realice su propia síntesis. Aunque nos parece preferible a las anteriores, está sujeta al riesgo de la falta de sistematicidad, peligro aún más grave cuanto más corto es el período de residencia. Un intento de adoptar esta postura de un modo sistemático, lo han tratado de ofertar⁽⁹⁾ a través de un sistema ideado para proporcionar formación en lo que ellos consideran elementos básicos de diferentes para que los residentes puedan optar con conocimiento por uno u otro modelo o realizar su propia integración adecuada a su modo de ser o sus capacidades.
- La cuarta solución consistiría en proporcionar una formación básica en aquellas habilidades que la investigación proceso-resultados ha puesto de manifiesto que constituyen los factores comunes a las intervenciones de diferente tipo y que parecen en relación con los buenos resultados. Hoy existen resultados suficientes de la investigación para plantear este tipo de programas y existen propuestas recientes cuyo uso se ha extendido rápidamente (incluso en nuestro país) y de las que se han informado de buenos resultados^(5,10). En este trabajo optaremos por este tipo de solución.

Otro tipo de dificultades para la formación en psicoterapia emana de sus requerimientos en cuanto a metodología docente. La psicoterapia no puede aprenderse en los libros. Su aprendizaje requiere práctica clínica supervisada y, muy frecuentemente, los servicios no disponen ni del personal ni de la estructura adecuada para realizar esta supervisión. En la medida en la que la práctica de la psiquiátrica supone una implicación de la persona del terapeuta aún mayor que el resto de la psiquiatría, se suscita la cuestión de la experiencia terapéutica personal. La sección de psiquiatría de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), por ejemplo, si bien no la considera imprescindible la recomienda *enfáticamente* (*strongly*) (Documento mimeografiado). En la propuesta que desarrollaremos no plantearemos la necesidad de que del terapeuta en formación se someta él mismo a terapia, pero sí que el programa le proporcione un espacio específico (además de la supervisión, que tiene en este campo uno de sus objetivos) en que trabajar las dificultades en la adquisición del rol de terapeuta y sensibilizarse en la implicación de estos aspectos personales en el desempeño del trabajo terapéutico.

Principios generales

La propuesta que sigue pretende:

1. Atender a los requisitos de formación de los psiquiatras y psicólogos clínicos que van a tener que dar esta prestación en el Sistema Nacional de Salud.

2. Proporcionar guías para la puesta en marcha de instrumentos teóricos y prácticos de formación.
3. Adoptar una orientación integradora, basada en el entrenamiento de los factores comunes a intervenciones basadas en diferentes modelos teóricos, garantizar un conocimiento básico de estrategias basadas en los principales de éstos y establecer guías para su utilización en la clínica.
4. Incluir aspectos experienciales y de entrenamiento en la autoobservación

Una perspectiva integradora de la formación en psicoterapia

El tema de la formación plantea un problema crucial para el movimiento integrador en psicoterapia⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Se ha discutido, básicamente, si la integración debe plantearse *a posteriori* por parte de terapeutas que se han formado sólidamente en una o varias escuelas o si puede articularse un sistema de formación que pueda calificarse de integrador desde un principio.

El programa de formación que proponemos pretende ser capaz de integrar las aportaciones de las distintas escuelas de psicoterapia desde la óptica general de las narrativas. La consideración de la actividad psicoterapéutica como una actividad narrativa, desarrollada a través de una conversación entre terapeuta(s) y paciente(s) ofrece un marco teórico, o, como algunos autores prefieren decir *metateórico* desde el que es posible esta integración. (17;4)

Se trata de un modelo que pretende ser integrador desde el principio. No sólo un modelo que integra ideas principios o procedimientos provenientes de varias escuelas; esto es: no sólo un sistema resultante de una integración. Es un modelo activamente integrador en la medida en la que está pensado para ser capaz de integrar nuevos elementos siempre que el trabajo terapéutico pueda beneficiarse de ello. A la vez que proporciona un procedimiento de adquisición de habilidades para la puesta en juego de factores comunes a las diferentes orientaciones pretende ofrecer un conocimiento suficiente de éstas como para que el terapeuta en formación pueda optar con suficiente conocimiento por especializarse en una de ellas, si así lo prefiere.

Según esta óptica, la psicoterapia consiste en un trabajo que se lleva a cabo a través de una conversación que da acceso a una experiencia, que permite transformar la narrativa inicial del paciente, una narrativa saturada por el problema que motiva la consulta, por otra, que hace el problema innecesario: Lo que las diferentes escuelas psicoterapéuticas han desarrollado serían diferentes *molde*s sobre los que construir estas narrativas (en términos de defensas frente a impulsos inconscientes, de cogniciones irracionales o de comportamientos sostenidos por estímulos, por poner algunos ejemplos), técnicas para facilitar que el paciente acceda a la experiencia (asociación libre, silla vacía, autorregistros, interpretación de la transferencia...) y explicaciones sobre como se instala la narrativa alternativa en el lugar de la original (*working trough*, reestructuración cognitiva, aprendizaje vicariante...)

El desarrollo del programa, sin embargo no requiere que los docentes del mismo compartan este modo de ver las cosas, y es puede ser llevado a cabo por terapeutas con otros planteamientos epistemológicos y otra conceptualización de la práctica psicoterapia.

La psicoterapia como proceso

Para el trabajo de formación resulta conveniente la consideración de la psicoterapia como un proceso que se desarrolla en una serie de fases (indicación, fases iniciales, fases intermedias y fase de terminación). Cada una de estas fases plantea una serie de *problemas* específicos. Frente a estos problemas los terapeutas en formación deben aprender varios tipos de cosas

- 1) En primer lugar un repertorio de *recursos conversacionales*. En él hay recursos que son *comunes* a los diferentes modelos de psicoterapia. Algunos cuentan con un sólido aval procedente de la investigación proceso-resultado. Otros, aunque no tienen este apoyo son aceptados como relevantes por la generalidad de los terapeutas. La definición y uso del encuadre, el uso de técnicas de entrevista, la sensibilidad y manejo de la alianza de trabajo o de los fenómenos que podrían encuadrarse bajo la denominación de *transferencia negativa* son ejemplos de este tipo de recursos. Los terapeutas en formación deben aprender también otro tipo de recursos que son preferidos de los distintos modelos psicoterapéuticos y que pueden ser preferibles para una determinada pareja terapeuta(s)-paciente(s) en un momento dado de la terapia. La interpretación de la transferencia (para el psicoanálisis), la discusión de las creencias irracionales (para la Terapia Racional-Emotiva), la prescripción de registros de tres o cinco columnas (para la terapia cognitivo-conductual) o la desensibilización sistemática (para la modificación de conducta) son ejemplos de este segundo tipo de recursos.
- 2) En segundo lugar los terapeutas en formación deben aprender *criterios para seleccionar el recurso adecuado en cada momento del proceso, para la pareja que forma con su(s) paciente(s)*. Así el terapeuta debe ser capaz de determinar si en un momento dado de la relación con un paciente, es preferible facilitar que la conversación se oriente por ejemplo a la discusión de las ideas irracionales vinculadas a una determinada emoción, si será más productivo optar más bien por rastrear emociones semejantes en la biografía del sujeto, o más bien procurar facilitar el que el paciente se detenga en esa emoción durante la consulta. Se trata de elecciones complejas que dependen de distintos factores. Dependen en primer lugar del repertorio de habilidades de que dispone el terapeuta en función de lo expuesto en el punto anterior: para el terapeuta puede parecer claro que el proceso terapéutico se beneficiaría de la utilización de una deter-

minada técnica, como, por ejemplo la utilización de una silla vacía o la inoculación del estrés; pero si no domina esa técnica deberá procurar otra alternativa. Depende, por supuesto, de características del paciente: hay personas que se encuentran más cómodas y son más capaces de hacer un trabajo productivo actualizando emociones y personas que funcionan mejor siguiendo instrucciones para modificar identificar y modificar aspectos de su comportamiento vinculados al problema que les ha traído a consulta; esto depende no sólo de su modo de ser, sino, también del momento en el que se encuentran en relación a su disposición al cambio. También depende de las características de la relación que se ha establecido entre la pareja que forman un terapeuta y un paciente concretos; la elección de la intervención del terapeuta puede variar en consideración del modo en el que ajustan características como edad, sexo, etnia o, sencillamente las biografías y experiencias previas de los dos componentes de esta pareja. El proceso de formación ha de capacitar al futuro terapeuta para considerar estos aspectos y hacer elecciones útiles.

3. Por último, el terapeuta en formación debe aprender a identificar y manejar la interferencia de su propia biografía, de sus propias emociones y de su propia persona en el proceso terapéutico. Esto puede lograrse a través de la supervisión (pero entonces debe plantearse como un objetivo explícito de la misma). La propia experiencia psicoterapéutica personal del terapeuta, aunque no consideramos que sea imprescindible, facilita el que éste se familiarice con los aspectos de su persona relevantes para esta cuestión. Hay también otros instrumentos como determinados ejercicios experienciales de trabajo con la persona del terapeuta o los grupos de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta, que también sirven a este objetivo.

En el programa de formación que proponemos, estas tareas se desarrollan a través de un sistema en el que se presta atención a cada una de las fases del proceso, se desarrollan los conceptos, revisando las aportaciones hechas desde los diferentes modelos psicoterapéuticos y se entrenan las habilidades necesarias para considerarlas en la supervisión de la práctica clínica de los alumnos. En cada una de las fases (*indicación, fases iniciales, intermedias y terminación*) se trabajan los tres aspectos («recursos conversacionales», «indicación» y «aspectos personales») señalados más arriba.

Habilidades en psicoterapia

La práctica de la psicoterapia requiere una serie de habilidades que pueden ser entrenadas sistemáticamente. Para este entrenamiento hemos optado por establecer tres *niveles* de habilidades. Lo que se describe a continuación es el programa que fue auspiciado por la Escuela de Salud Mental de la AEN en el año 2001⁽⁵⁾:

1. Habilidades básicas:

Se trata de las habilidades que posibilitan intervenciones elementales que constituyen como las piezas que integran intervenciones o técnicas más complejas. Distinguimos tres tipos de habilidades básicas.

En primer lugar estarían las *habilidades de escucha*, que tienen como objetivo facilitar al terapeuta el acceso al discurso del paciente. A esta categoría pertenecen la *actitud general de escucha* (postura, actitud interna...), la *atención a lo no explícito*, la *atención a la comunicación no verbal*, y la *atención a la respuesta experimentada por el terapeuta* que también hemos denominado *utilización del Yo Observador*.

En segundo lugar estarían lo que hemos optado por llamar *habilidades de facilitación de la actividad narrativa del paciente*, como el uso del *silencio*, o de otros *facilitadores no verbales o de intervención verbal mínima* (los «ajá», «cuénteme» u otros), la *paráfrasis*, el *reflejo empático*, la *recapitulación*, las *preguntas abiertas o cerradas* o la *clarificación*.

Por último hemos llamado *habilidades de facilitación de la generación de narrativas alternativas* al uso de intervenciones como la *interpretación*, la *confrontación*, la *información*, o las *instrucciones*.

Además del entrenamiento *naturalístico* de estas habilidades a través de la práctica supervisada, su uso es entrenado sistemáticamente a través de ejercicios estructurados que pueden ser llevados a cabo con lápiz y papel o a través del ordenador, con *rol playing* y con ejercicios experienciales que pretenden familiarizar a los terapeutas en formación no sólo con los procedimientos de construcción y expresión de estas intervenciones sino también sobre el modo en el que son experimentadas por la persona a la que se dirigen.

2) Habilidades de acompañamiento

Se trata de las habilidades que son puestas en juego para que se produzca un acoplamiento entre las narrativas de paciente y terapeuta (o, dicho de otro modo para que el paciente de paso al terapeuta para construir conjuntamente con el una narrativa alternativa a la que ha dado origen a la demanda de ayuda) y ambos puedan embarcarse en la construcción de una experiencia de efectos terapéuticos para el paciente.

El entrenamiento de estas habilidades incluye cosas como la *utilización de un lenguaje evocador de experiencias*, la *utilización de un lenguaje vago* (que no interfiera con la experiencia personal del paciente), la *captación de señales no verbales* y la *respuesta a las mismas*, la facultad de *personalizar*, la *colaboración activa en la construcción de experiencias por parte del interlocutor*, y la *utilización de la propia experiencia del terapeuta durante la entrevista (entrenamiento del Yo-observador)*.

El entrenamiento de estas habilidades se consigue, una vez más a través de la atención prestada a ellas en la práctica supervisada y, además, a través de ejercicios estructurados en los que los terapeutas en formación colaboran entre sí para ensayar estrategias y experimentar sus efectos sobre sí mismos⁽⁵⁾.

3) Habilidades generativas

Con este nombre nos referimos a aquellas habilidades que tienen como objeto específico facilitar la producción de narrativas alternativas a la que contiene el problema del que se ocupa la terapia. Suponen un uso estratégico de las habilidades de los dos niveles inferiores para ponerlas al servicio de lo que, en definitiva, es el objetivo de la terapia (que se produzca un cambio en aquello que constituye el problema para el paciente)

En el programa a que nos referimos se contemplan seis: 1) Desafiar la narrativa anclada en la queja, 2) Conectar la narrativa inicial con otros relatos del paciente y facilitar el surgimiento de relatos consonantes, 3) Trabajar con las emociones, 4) Poner a prueba los nuevos relatos, 5) Afianzar los nuevos relatos y 6) Despedirse.

Estas habilidades se entrenan también de modo más inespecífico a través de la práctica clínica supervisada y específicamente a través de ejercicios estructurados diseñados al efecto.

4) Errores frecuentes

El programa que venimos describiendo contiene también ejercicios estructurados pensados para entrenar la capacidad de evitar algunos errores frecuentes.

Aprender por la experiencia

Aprender por experiencia no sólo es la mejor, sino, seguramente, la única forma de acceder a algo como la práctica de la psicoterapia. Si esto es así, enseñar psicoterapia consistirá en facilitar a los terapeutas en formación las experiencias que permiten a un clínico convertirse en psicoterapeuta. El programa de formación que estamos exponiendo se estructura al servicio de este objetivo: no se trata sólo de contar una serie de conceptos y realizar una serie de ejercicios. Se trata de programar la exposición a una serie de experiencias que facilitan la adquisición del rol de terapeuta

Existe un paralelismo entre la enseñanza de la psicoterapia y la práctica de la misma. En ambas se trata de facilitar el acceso a experiencias, que en un caso tienen el objetivo de facilitar al paciente el paso de la narrativa que sustenta el problema a otra libre de él y, en otro, el paso del interés por la utilización psicoterapéutica de una relación de ayuda a la adquisición del rol de terapeuta.

El aspecto más experiencial debería incluir una serie de componentes:

1. Supervisión

La práctica clínica supervisada es central para el aprendizaje de la psicoterapia. En las unidades docentes puede proporcionarse supervisión individual y grupal, para el conjunto de los residentes.

La supervisión en este contexto debe cuidar tres aspectos. En primer lugar debe orientarse a la capacidad del supervisor para *detectar problemas* y *elegir soluciones*. Es el momento de controlar y facilitar la aplicación de lo aprendido a este respecto.

La supervisión debe orientarse también a la *utilización de las habilidades* de los tres niveles antes reseñados. El uso de registros en audio o video de las sesiones, facilita formidablemente este objetivo. Como señalábamos antes es muy frecuente que soluciones bien pensadas a problemas bien planteados se frustran por haberse llevado a cabo a través de intervenciones deficientemente construidas.

Por último, la supervisión debe orientarse a detectar las interferencias que puedan aparecer por la *implicación inadecuada de la persona del terapeuta* en el proceso de terapia. Los posibles conflictos personales del supervisando que se manifiesten en la supervisión sólo serán objeto de la vista si producen una interferencia reiterada en su trabajo como psicoterapeuta. Pero si sucede esto, deberán ser al menos señalados por el supervisor que podrá además contribuir a esclarecerlos o señalar el lugar o procedimiento que le parece adecuado para hacerlo.

2. Ejercicios estructurados para el entrenamiento de habilidades (presenciales y de lápiz y papel)

Las habilidades de los tres niveles antes señalados, como las que pone en juego un artista para producir sus obras de arte, pueden ser entrenadas a través de ejercicios específicamente diseñados para ello. En el programa que exponemos se ha seleccionado un amplio repertorio de estos ejercicios, parte de los cuales son ejercicios que el alumno puede realizar en su casa con lápiz y papel o delante del ordenador y parte son ejercicios experienciales para realizar en grupo y proporcionar a los terapeutas en formación no sólo entrenamiento sobre cómo utilizarlos sino también una experiencia sobre sus efectos en el interlocutor.

3. Ejercicios estructurados de familiarización con los aspectos de la propia persona que pueden ponerse en juego en el proceso terapéutico

El programa incluye una serie de ejercicios estructurados (que pueden complementarse con algunos seminarios intensivos) que tienen como objeto el facilitar que el terapeuta en formación se familiarice con aspectos de su propia persona que pueden ser puestos en juego (con efectos positivos o negativos) en su actuación como psicoterapeutas. Este tipo de ejercicios pueden ser también planteados *a medida* si, en algún momento (por ejemplo en una supervisión) le parecen enriquecedores al docente.

4. Grupo de trabajo sobre dificultades en la adquisición del rol de terapeuta

Un elemento esencial del paquete formativo es un grupo de trabajo, liderado por un coordinador ajeno a ser posible a la plantilla de la unidad docente (para que no mantenga una relación jerárquica con los asistentes al grupo), que tiene como objeto que estos puedan analizar las dificultades que, personalmente, les está suponiendo avanzar en el proceso de convertirse en terapeutas o el trabajo clínico en general. Puede realizarse, por ejemplo, con periodicidad quincenal.

La psicoterapia como parte de la atención integral

El hecho de que la formación se produzca en el marco de una red de servicios que ha de atender a las necesidades de una población determinada, sin que pueda producirse una selección de pacientes o problemas en función de las preferencias de los profesionales, tiene muchas consecuencias, pero una de ellas es que las intervenciones psicoterapéuticas —y las psicosociales en general— se utilizan —casi como norma— en combinación con otros procedimientos terapéuticos que suelen catalogarse como «biológicos» (sobre todo farmacológicos) y en el marco de procesos de atención que incluyen no sólo tratamientos, sino también en mayor o menor medida, rehabilitación, cuidados y apoyo.

La integración de tratamientos es la norma en los servicios públicos, aunque no ha sido, hasta muy recientemente, objeto de investigación sistemática. En los últimos años, gracias a un refinamiento de los diseños de investigación y a la búsqueda de muestras cada vez mayores y mejor seleccionadas, la superioridad de la combinación de psicofármacos y psicoterapia sobre el uso aislado de cualquiera de ellos está quedando patente para una amplia abanico de pacientes⁽¹⁸⁾. Los problemas y ventajas específicos de tal combinación deben ser objeto de atención en los programas de formación, sobre todo a través de la supervisión.

Evaluar la formación

Una de las características más sobresalientes de programas como el de Beitman y Yue⁽¹⁹⁾ al que hacíamos referencia más arriba es la de haber pretendido dotarse de un sistema para evaluar la formación obtenida por las personas que lo siguen. El programa desarrollado para la formación de residentes desde la Escuela de salud Mental de la AEN también se dotó de un procedimiento de evaluación, no sólo en términos de conocimientos o satisfacción, sino también en desempeño en entrevistas, cuyos primeros resultados están, hoy, aún en proceso de análisis.

En Estados Unidos (Bumby y Beitman, comunicación personal) se trabaja en este momento en procedimientos reglados de evaluación de la capacidad adquirida (en las cinco áreas definidas como obligatorias para los residentes de ese país: 1) psicoterapia psicodinámica, 2) psicoterapia cognitiva, 3) psicoterapia breve, 4) psicoterapia de apoyo y 5) integración de psicofármacos y psicoterapia) que siguen en buena medida las propuestas de Beitman (19) y en la que participan algunos servicios españoles.

Una versión preliminar del programa aquí propuesto, desarrollado en 12 unidades docentes del país, cuyos tutores habían sido formados en un curso de formación de formadores realizado por la Escuela de Salud Mental de la AEN, y en el que se formaron 135 residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica, fue evaluado a través de la evaluación de dos entrevistas grabadas en vídeo antes y después del curso y pudieron demostrarse avances significativos en el desempeño general y en la mayor parte de cada una de las habilidades entrenadas en particular⁽⁶⁾.

Perspectivas de futuro

En los próximos años cabe esperar el desarrollo de programas que tendrán como principales características:

- 1) Ser estructurados y practicables en el marco de los programas de residencia.
- 2) Contemplar la psicoterapia como una forma de intervención a combinar con otras y a ser considerada parte de planes integrales de atención.
- 3) Integrar aportaciones provenientes de distintas escuelas y hacer hincapié en los factores comunes a todas ellas.
- 4) Integrar enseñanzas provenientes de la investigación en este campo.
- 5) Ser evaluables.

Un desarrollo semejante desafía no sólo la actual inercia biologicista, potenciada por el economicismo, que se ha apoderado los sistemas públicos sino también algunos prejuicios y el dogmatismo de muchas escuelas de psicoterapia. Probablemente cabe sostener la esperanza más en las necesidades percibidas por pacientes y por psiquiatras y psicólogos clínicos en formación, que en la decisión de las grandes instituciones docentes para las que aceptar este reto supondría cambiar muchas cosas, y que, además, están, frecuentemente, dominadas por profesionales que conocieron sólo posibilidades de formación y modos de actuar en psicoterapia que, hoy, pertenecen a otra época. La óptica de las narrativas proporciona, como venimos sosteniendo en este trabajo, un marco conceptual, desde el que abordar esta tarea.

Referencias

1. Real Decreto 63/1995, BOE 10/2/95.
2. Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 143-162
3. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. en Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 13-141.
4. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.
5. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2002.
6. Ortiz Sánchez D. Evaluación de un programa estructurado de formación en habilidades de entrevista para psicoterapeutas (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá. 2004.
7. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La óptica de las narrativas en psicoterapia. Monografías de Psiquiatría en este mismo volumen.
8. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York. Guilford, 1996.
9. Brooks-Harris JE, Gavetti MF. Skill-Based Psychotherapy Integration: A practicum handbook of intermediate microskills. Retrieved from the World Wide Web: <http://www2.hawaii.edu/~jharris/sbpi/html>
10. Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based and outcome-measured psychotherapy training program. New York: Norton 1999
11. Castonguay LG. Training in psychotherapy integration: introduction to current efforts and future visions. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10(3):229-232.
12. Castonguay LG. A common factors approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10(3):262-2.
13. Hayes AM. Integrative therapy and training: a commentary. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10(3):262-282.
14. Norcross JC, Beutler LE. Eclectic approach to psychotherapy training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10(3):247-262.
15. Wolfe BE. Introduction to the Special Issue: Cognitive Science and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy integration* 1994; 4:285-290.
16. Wolfe BE. Toward integrative theoretical basis for training. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000; 10(3):233-246.
17. Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996.
18. Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A. Psicoterapia y psicofármacos: Por fin juntos?; nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública* 2000; 12(3):285-288.
19. Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based and outcome-measured psychotherapy training program. New York: Norton 1999.

MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA • JULIO-SEPTIEMBRE 2005 • AÑO XVII • Nº 3

PSICOTERAPIA