

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 mas 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 convenimos 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 irrepertible 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 Cerdón^(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 cognitivos, 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 Epson⁽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. Sifneos PE. Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987.
4. Sifneos 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. Watzlawick 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 contraparadosso. Milano: Feltrinelli. 1974 (trad cast: Paradoja y contraparadoja. 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: Desclee 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 Desclee 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 psychodynamics, 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-Irwin 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, Diguer 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, Epsom D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. 1990 (trad cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993).
54. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclee 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 responsiveness 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 responde 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.