

# TERAPIA NARRATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: ¿DE QUÉ ESTÁN HECHOS LOS PROBLEMAS?

Miguel Gonçalves.

Departamento de Psicología, Universidade do Minho,

Campus de Gualtar, 4710 Braga Codex. Portugal.

E-mail: mgoncalves@iep.minho.pt. Fax: 053-678987

*In this article we discuss the application of White and Epston's (1990) narrative model with children and adolescents. This model is described from three core characteristics: externalizing language, situating the problems in the discourse and identification and amplification of unique outcomes. Before the presentation of a clinical case we analyzed briefly this model toward the therapeutic relationship and regarding the process of clinical assessment.*

*Key Words: Narrative therapy, re-authoring, children and adolescents.*

---

A Ivo, por haberme enseñado que más importante que  
“*tener que...*” es “*esforzarnos para...*”.

## INTRODUCCIÓN

Diversos autores coinciden en señalar que la mayoría de nuestros procesos psicológicos están organizados de manera narrativa (cf. Bruner, 1986; Gergen y Gergen, 1988; Hermans y Kempen, 1994). La forma en que damos sentido al mundo y a nuestros propósitos es a través de la construcción y deconstrucción de historias. Estas narrativas orientan los procesos cognitivos más complejos (por ejemplo: memoria, expectativas, autopercepción), los procesos emocionales (como emociones manifiestas, temas emocionales predominantes), las relaciones interpersonales y la organización del futuro (proyectos).

La materia prima de la psicoterapia es, por tanto, la narrativa, y la terapia opera deconstruyendo y re-construyendo historias, siendo el objetivo de la psicoterapia deconstruir estas narrativas y elaborar con los clientes otras, más adaptativas, que le permitan el logro de sus objetivos.

Actualmente existe una gran diversidad de terapias constructivistas y narrati-

vas (cf. Neimeyer y Mahoney, 1995; Rosen y Kuehlwein, 1996; Hoyt, 1994, 1996). Como muestran Rosen y Kuehlwein, lo que estas terapias tienen en común es el énfasis en los procesos de significación, lo que lleva a Hoyt (1994, 1996) a referirse a ellas como terapias constructivas.

El modelo de intervención que utilizamos se sitúa en el ámbito de las propuestas de White y Epston (cf. 1990; Hoyt, 1994, 1996; Freeman, Epston y Lobovits, 1997; Smith y Nylund, 1997), denominado, por su enfoque, de re-autoría. Este modelo enfatiza tres dimensiones esenciales del proceso terapéutico (cf. Freedman y Combs, 1996; Freeman, Epston y Lovobits, 1997; Hoyt, 1994, 1996; Monk, Winslade, Crocket y Epston, 1997; Parry y Doan, 1994; Smith y Nylund, 1997; White y Epston, 1990; Zimmerman y Dickerson, 1996): (1) el lenguaje externalizador, (2) el encuadramiento discursivo del problema, y (3) la identificación y amplificación de resultados únicos.

## **LENGUAJE EXTERNALIZADOR**

Al contrario que las perspectivas tradicionales de psicoterapia, que ven el problema como si estuviera “dentro” del cliente, internalizando y fundiendo el problema con éste, el enfoque de re-autoría intenta situar el problema fuera de las personas. Por ejemplo, en lugar de intentar determinar cuáles son las características del cliente (cognitivas, emocionales) que agravan o mantienen la depresión, la terapia narrativa procura disociar el problema (por ejemplo, pesimismo, depresión, perfeccionismo) de la persona. Este proceso de externalización del problema se obtiene mediante el uso de un lenguaje externalizador. El terapeuta formula sistemáticamente cuestiones de forma que lleven a separar el problema del problema de la persona (por ejemplo: “¿qué hace el pesimismo para vencerle?”, “cuando el pesimismo consigue que haga lo que él quiere, ¿cómo se siente?”, “¿cuál es el proyecto del pesimismo en su vida?”).

Fijémonos en la diferencia entre la externalización en la terapia narrativa – “¿qué es lo que el pesimismo le obliga a sentir?”- y las preguntas internalizadoras de la terapia tradicional – “¿cómo se siente cuando está pesimista?”. Cuando permitimos que la internalización ocurra, no sólo estamos asumiendo que existe un problema sino que estamos afirmando que el cliente es el problema. Cuando esto ocurre, el cliente no sólo debe lamentarse por tener un problema específico sino que se lamentará (o culpabilizará) por ser como es. De este modo se crea un contexto terapéutico en el que un problema se transforma en un doble problema. No sólo existe un problema y domina la vida del cliente sino que al ser la señal de un defecto interno, muchas veces es sentido como insuperable.

La externalización, por el contrario, asume que las personas cuando son víctimas de los problemas se comportan de un modo “disfuncional” porque se sienten forzadas a no comportarse de otro modo.

Una de las consecuencias inmediatas de esta gramática externalizadora

(Freeman, Epston y Lobovits, 1997) es que permite anticipar gradualmente cómo será esa persona sin el problema. De este modo, no sólo se analiza la influencia del problema sino que mediante el diálogo va a ir emergiendo gradualmente como posible escenario, la persona sin la influencia del problema (o como alternativa, el problema dominado al servicio de los objetivos de la persona).

Este proceso de externalización tiene numerosas ventajas respecto a una conceptualización internalizadora habitual: reduce la culpa, permite unir los esfuerzos de diversos miembros de la familia contra el problema, posibilita la comprensión de las estrategias que el problema utiliza para tener poder, intenta no contaminar la identidad del cliente con el problema, permite la reducción de la resistencia, puesto que lo que se pretende es cambiar su relación con el problema (y no a la persona).

El objetivo central de la externalización es comprender qué tipo de estrategias utiliza el problema para mantenerse fuerte, y cómo puede reaccionar la persona, reduciendo o anulando su impacto.

La externalización no es una técnica, en el mismo sentido que lo es, por ejemplo, la relajación; sino más bien una práctica discursiva en la que el terapeuta rechaza sistemáticamente colocar el problema dentro de la persona. Este aspecto nos parece central en la terapia narrativa, dado que aparentemente algunos procesos pueden parecer similares a otros modelos terapéuticos. Por ejemplo, la identificación de la “voz” del problema puede confundirse con la identificación de cogniciones disfuncionales. Además, en la terapia narrativa el proceso no es didáctico sino constructivo, es decir, la identificación de las cogniciones no es sugerida por el terapeuta como una técnica sino descubierta (o inventada) como una forma de movilización contra el problema.

Hay quien teme que la externalización sea un proceso que potencie la desculpabilización y que con ella lo que ocurra sea la atribución externa de la responsabilidad. Aún así, como refieren Freeman, Epston y Lovobits (1997) incluso en trastornos en los que esto podría suceder (por ejemplo, trastornos del comportamiento) lo que típicamente ocurre, es la movilización de estrategias contra el problema. En una lógica internalizadora tradicional, estar contra el problema es estar implícitamente contra, o criticar a la persona que es responsable de éste. En una lógica externalizadora ocurre exactamente al contrario, desde el momento en que lo que identificamos como problema es también percibido como tal por el propio cliente (es preferible que incluso la denominación externalizadora parta del cliente) y amplificado por el terapeuta.

Podríamos pensar que la utilización de la externalización con niños con pocas competencias verbales puede resultar difícil. Como sugieren Freeman, Epston y Lobovits (1997) la utilización de la externalización no implica necesariamente recurrir al lenguaje verbal. Otras formas de comunicación pueden ser utilizadas, acercando así la terapia narrativa a la “terapia de juego”. Además, esta aproximación se refiere únicamente a los medios utilizados (i.e. juguetes, marionetas), en la

medida en que no se intenta interpretar los juegos (como en la terapia de juego) o utilizarlos para reeducar a los niños.

Como ejemplo de utilización de medios alternativos al lenguaje verbal, nos gustaría referirnos a un cliente que decidió hacer esculturas que representasen su “miedo aburrido” (ansiedad intensa de separación de la madre). Cuando más adelante discutimos el tamaño del miedo, él tuvo la idea de ir haciendo estatuas de dimensión más pequeña a medida que el miedo fuese disminuyendo. Comenzamos a hablar sobre cómo iban a ser las diferentes estatuas y él sugirió que la última representase una mano ( la suya) aplastando al “miedo aburrido”. Es evidente que en este proceso de ir representando la dimensión del miedo en estatuas, no sólo se externaliza el miedo sino que también se obliga a que la terapia evolucione de forma progresiva. Los objetivos finales están definidos (la mano aplastando el miedo): llegar hasta allí es sólo una cuestión de tiempo. Es importante que veamos la construcción de estas estatuas no simplemente como una representación de la disminución de los miedos sino como un proceso constructivo que reduce el problema y crea escenarios positivos en el futuro.

Sin embargo, la externalización no tiene necesariamente por objetivo la eliminación del problema. La idea central es que “cambiar por lo contrario” puede no ser la forma más deseable de obtener los resultados pretendidos. Así, la eliminación del problema no agota el conjunto de posibilidades de relación que se puede tener con él. Muchas veces el problema puede ser reutilizado por el propio cliente como forma de aumentar su propio poder, transformándolo en su aliado. Así por ejemplo puede usarse el *perfeccionismo* como una forma de estimular la calidad en el trabajo, sin permitir con ello que domine la totalidad de nuestras vidas (por ejemplo, el ocio, la familia). O puede usarse el miedo como una “señal de alarma” ante los peligros reales sin aceptar que se convierta en una “voz” opresiva y totalitaria.

Al explorar con el cliente el tipo de relación existente y preferencial, vamos a aumentar la complejidad de las relaciones positivas con el problema. Se intenta potenciar la creatividad del cliente, llevándole a escoger el tipo de relación que para él resulte más liberadora. Está claro que no basta desear cambiar para que esto ocurra pero la identificación del tipo de relación preferencial permite al cliente ir ensayando nuevas posibilidades. Por otro lado la existencia de voces que sugieren que, a pesar de que el cliente quiera cambiar, no lo va a conseguir, pueden ser elaboradas como un “argumento” del problema para seguir teniendo poder sobre la persona.

## **ENCUADRAMIENTO DISCURSIVO**

El proceso de externalización asume que la construcción de significado opera discursivamente. Los problemas no viven “dentro” de las personas sino en un espacio discursivo que los legitima y define. Externalizar el problema no es, sin embargo, internalizarlo en otras personas sino colocarlo en un espacio discursivo en

el que lo podemos desafiar. Así, como refieren Parry y Doan (1994), la externalización no se debe centrar en otros, pero puede centrarse en las interacciones (por ejemplo “¿que ocurre cuando el odio domina la relación con tu pareja?”).

Esta localización discursiva de los problemas resulta de la conceptualización construccionista que está patente en este modelo (cf. Gergen, 1996). No sólo los problemas sino también los demás fenómenos psicológicos (como cogniciones y emociones) se derivan de procesos lingüísticos. El construccionismo sugiere que la “realidad” psicológica sea descosificada para podernos percatar de su naturaleza discursiva. Los procesos psicológicos están limitados por nuestra manera de hablar – sin palabras para describir la depresión o la ansiedad, no sólo nos sería difícil hablar sobre estos estados sino también experimentar acontecimientos dentro de estos registros.

De este modo, resulta importante analizar con los clientes, los dispositivos discursivos que alimentan el problema. Así por ejemplo, podemos encontrar que detrás de los trastornos alimentarios, los condicionamientos discursivos resultantes de la industria de las *top-model* o, subyacente a los estados depresivos, el perfeccionismo de un contexto cultural cada vez más competitivo, “donde sólo los mejores pueden sobrevivir”.

En una sesión con una cliente adolescente con fobia social, le pregunté si había algo en el entorno donde vivía que alimentase “los miedos”. Me respondió que la ciudad donde vivía era muy pobre y provinciana, y que las personas estaban siempre preocupadas con lo que hacían los otros. A continuación, analizamos cómo podría ella liberarse de estas influencias culturales y pudimos verificar, que esta toma de conciencia había sido un aspecto muy importante en la resolución del problema. Como decía la cliente: “descubrí que tenía derecho a ser como soy”.

Este trabajo de análisis de las especificaciones culturales y discursivas que mantienen el problema activo es de extrema importancia, dado que más de una vez permite situar el problema en el contexto de vida, en lugar de atribuirlo a un defecto interno del cliente.

La mayoría de las veces que este trabajo se lleva a cabo con adolescentes, dadas sus capacidades cognitivas, transcurre sin grandes dificultades; por el contrario, con los niños este proceso sólo puede realizarse de forma más lúdica. Con los niños sugerimos una mayor implicación, cuando sea posible, de los padres en este proceso. Por ejemplo, especialmente con niños con trastornos de ansiedad, el posible exceso de protección parental puede ser externalizado y encuadrado culturalmente (por ejemplo, difusión masiva de los “peligros” del mundo por la comunicación social; especificaciones culturales sobre la parentalidad perfecta, que determinan que los buenos padres protegen “completamente” a sus hijos).

## IDENTIFICACIÓN Y AMPLIFICACIÓN DE RESULTADOS ÚNICOS

A medida que el problema va siendo externalizado, van surgiendo situaciones en las que el cliente se resiste (aunque sea parcialmente) a su influencia. En las historias más saturadas por el problema, en que la ocurrencia de comportamientos no problemáticos es reducida, la identificación de estas situaciones de excepción puede ser difícil y muchas veces puede llevar al propio terapeuta, a sentir que no hay ninguna posibilidad de resolución. Aún así, incluso con estos clientes existen situaciones en las que, si no hubo resistencia activa, ésta ocurrió por lo menos de forma encubierta (en forma de pensamientos o intenciones). Estos momentos excepcionales, no dominados por el problema, se denominan resultados únicos (White y Epston, 1990). Es obvio que en las narrativas más disfuncionales, estos acontecimientos, o son ignorados o son desvalorizados, enfatizando de este modo, el dominio del problema sobre el cliente. Aún así, estos momentos son la puerta de acceso a nuevas narrativas, más adaptativas y más congruentes con la voluntad del cliente. El cambio debe realizarse a partir de la expansión de los resultados únicos: el problema tiende a ser superado a medida que aumenta la frecuencia de acontecimientos (integrados en narrativas) no dominados por el problema. La función del terapeuta es contribuir a la expansión y consolidación de los resultados únicos.

La atención del cliente que, en cuanto aumenta la influencia del problema, se centra en el dominio de éste sobre su vida, pasa a centrarse en los momentos de excepción. Esta atención comienza, típicamente, siendo pasiva (i.e. constatación) para después pasar a ser activa (i.e. planificación, anticipación de la confrontación).

El concepto de resultado único es una consecuencia del supuesto de que los seres humanos son multipotenciales (cf. Hermans y Hermans-Jensen, 1995; M. Gonçalves, 1996; M. Gonçalves y Hermans, en prensa). La aceptación incondicional, por parte de los terapeutas tradicionales, del lenguaje saturado por el problema, sin procurar lenguajes alternativos y resultados únicos (y a veces contribuyendo a la desvalorización de estos resultados), ignora la complejidad narrativa. Todas las historias tienen necesariamente alguna multipotencialidad, y esta complejidad tiene necesariamente facetas no problemáticas, que deben ser el punto de partida para el cambio.

El cliente al que nos referimos a propósito de la realización de estatuas, comenzó a comportarse de forma congruente con la disminución del tamaño de aquellas. Varios procesos eran paralelos y catalizaban esta disminución del miedo: el comportamiento de la madre de mayor autonomía y satisfacción por la valentía de su hijo, los relatos de “espionaje” al miedo que el cliente hacía (documentos escritos que explicaban de qué manera había vencido al miedo) y la validación del cambio por parte del terapeuta.

Parry y Doan (1994) sugieren que los procesos de cambio pasan por tres fases: deconstrucción, reconstrucción y solidificación. En la deconstrucción se analiza la influencia del problema, sus estrategias, su voz y argumentación. En la reconstruc-

ción se crean alternativas a la historia saturada por el problema. Estas alternativas se constituyen como resultados únicos – momentos en que el problema no es dominante. Si el terapeuta tiene dificultades en encontrar resultados únicos en el presente puede buscarlos activamente en el pasado o en el futuro. Trabajar sobre momentos del pasado no dominados por el problema o anticipar un tiempo futuro en que el problema haya perdido su influencia, pueden ser importantes puertas de entrada para una narrativa alternativa. En el ejemplo anterior de las estatuas se creó esa anticipación en relación al futuro. Esto permite anticipar cómo será el futuro sin la influencia del problema.

Las nuevas narrativas tienen que ser consolidadas, bien por la práctica, o bien por la validación social. Los otros significativos tienen un papel central al reforzar las nuevas narrativas. Si la nueva narrativa fuera tratada como una excepción temporal a la historia saturada por el problema es poco probable que el cambio sea duradero. Desde esta perspectiva, los clientes no existen en un vacío relacional, sino que son el resultado de un proceso de construcción y negociación social. Los otros significativos pueden validar e invalidar el proceso de cambio, funcionando como un poderoso obstáculo, o por el contrario, como facilitadores y participantes en la “celebración” del cambio.

En nuestra experiencia clínica este aspecto ha sido muchas veces observado en familias cuyos hijos sufren trastornos de comportamiento. Cuando el terapeuta busca resultados únicos (por ejemplo, situaciones en que el niño se “comportó bien”) las familias pueden invalidar este proceso centrándose sistemáticamente en situaciones en que el niño se comportó mal. Muchas veces, incluso cuando comienzan a ocurrir cambios evidentes de comportamiento, la familia continúa enfatizando los momentos (menos frecuentes, a veces) en que el niño se comportó de forma indeseable.

Por el contrario, si la familia y los padres estuvieran dispuestos a ser espectadores atentos del cambio, la internalización de identidades alternativas ocurriría con mayor rapidez.

Se pueden utilizar varias estrategias para hacer viable socialmente una nueva narrativa. Una posibilidad interesante es hacer al cliente participar en comunidades más amplias; por ejemplo, enseñando a futuros clientes cómo conseguir superar el problema. Freeman, Epston y Lovobits (1997) sugieren que en lugar de un fichero de clientes, se tenga un fichero de problemas, con múltiples sugerencias de clientes anteriores sobre las formas de controlar los problemas. En este sentido, pueden usarse textos, dibujos, carteles publicitarios, esculturas, etc. Por ejemplo Madigan y Epston (1995, cf. Freeman, Epston y Lovobits, 1997) formaron una liga anti-anorexia, como forma de difundir la posición de ex-clientes con respecto al carácter opresor de las perturbaciones alimentarias y de los discursos culturales que las soportan.

En nuestra práctica hemos utilizado la creación de clubes específicos para la

ansiedad (Club “Contra el miedo a huir”) y para los problemas de comportamiento (Club “Los vencedores del mal comportamiento”), a los cuales se incorporan los niños al fin, o próximos al fin, del proceso terapéutico, dejando algo que documente la forma en que el problema fue superado. Además pedimos a los niños que puedan servir de apoyo a los próximos clientes con problemas semejantes (a través por ejemplo de reuniones, en que los padres y el niño puedan participar de su experiencia con clientes que van a comenzar el proceso terapéutico). Este proceso es obviamente un modo, bien de validar a los ex-clientes, bien de tranquilizar y motivar a los nuevos clientes.

Como destacan Winslade y Monk (1999) en estos procesos existe no sólo una preocupación por crear la difusión de un discurso de competencia (en lugar de un discurso de déficit) sino también de volver el poder terapéutico más horizontal. Al validar los sucesos de los clientes y al colocarlos en una posición de “consultores”, les constituimos a ellos como peritos (y no al terapeuta).

La identificación de resultados únicos no puede ser confundida con la negociación de los problemas o con cualquier tipo de “pensamiento positivo”. No se trata de negar el poder del problema sino de identificar momentos en que hay excepciones a la narrativa-problema.

De este modo es necesario ser cuidadoso en la identificación de resultados únicos, analizando primero el impacto del problema, dado que ignorarlo, enfatizando prematuramente momentos excepcionales, puede ser sentido como poco empático por el cliente.

Con el fin de ilustrar la aplicación del modelo de re-autoría, presentamos a continuación el análisis de un caso clínico.

## **SI LA DEPRESIÓN HABLASE...**

Ivo tiene 14 años y llegó a nuestra consulta porque los padres le encontraban deprimido debido a dificultades académicas. El proceso terapéutico transcurrió entre diciembre y Marzo, habiendo realizado 10 sesiones.

### **1ª sesión (con Ivo):**

Ivo comenzó describiendo el momento en que percibió que algo marchaba mal: cuando vio su primera nota de este año en matemáticas (12’5/20). Fue en octubre y sintió que ya no iba a conseguir entrar en medicina, como él deseaba. Ivo está en el 10º curso, en una clase “élite” (10ºB de un colegio que ordena a los alumnos por las calificaciones, lo que significa que su clase es la segunda mejor del colegio). En el 9º curso había tenido calificaciones entre medias y altas. Cambió de clase en la transición al 10º curso y dice que sus colegas actuales sólo piensan en estudiar, sólo hablan de estudios y “van al colegio sólo por la nota”. Este año cuando vio la nota de matemáticas pensó “¡hei...esto está muy mal!”.

Comenta que cuando va a los exámenes, ya va muy tenso, piensa que no va a

aprobar y se desahoga diciendo que “son los otros los que hacen que saque estas notas y esto se me queda en la cabeza”. Le pido que me explique mejor cómo es que los otros le impiden sacar buenas notas y me dice que “es la presión que hacen...deja un ambiente terrible dentro de la clase. Hacen amigos sólo por las notas”, e Ivo tiene pocos amigos en este colegio. Este escenario contrasta claramente con lo que ocurría en el 9º curso, en que los colegas formaban un grupo de amigos, en el que la competición no existía.

Con respecto a la posición de los padres, afirma además que nunca le molestaron mucho con los estudios, ni con lo que debería escoger profesionalmente.

Los padres, que inicialmente no valoraron las quejas de Ivo, le propusieron que se cambiara de colegio, lo que Ivo ve como la única solución posible. Es interesante ver como desde una perspectiva tradicional, podría surgir la tendencia a estimar esta solución como inadecuada, por ser reforzadora de la evitación. Sin embargo, pienso que si hubiésemos optado por esta estrategia estaríamos contribuyendo al debilitamiento de Ivo y de su familia. Esta posición se traduciría en una propensión a ver el problema como algo que corresponde a un déficit interno, ignorando su lógica contextual. Por otro lado, ésta fue una decisión difícil para la familia que, si fuese puesta en duda por alguien que se sitúa en una posición de “saber lo que es mejor para cliente”, podría llevar a la familia a dudar, en el futuro, de su capacidad de resolución de otros problemas.

En términos sintomáticos Ivo describe un conjunto extenso de problemas:

dificultad para dormir (“no quiero pensar en esto, me digo, y no consigo dormir”),

dificultades de concentración (cuando la presión le domina piensa “no voy a aprobar”),

falta de apetito y dolores abdominales cuando come,

ansiedad, más intensa cuando se acercan los exámenes (tensión, sudoración, temblores, taquicardia, dolor en el pecho, mareos),

tristeza, aislamiento (“cuando me consigo divertir pienso que debería estar en casa”), ideas suicidas (“a veces pienso que más valdría morir”),

dificultades para permanecer en el colegio (sobre todo en los días más “pesados” de presión y de clases), sólo le apetece marcharse,

cefaleas diarias.

Dada la amplitud de las quejas no estaba todavía claro en esta sesión por dónde podríamos comenzar a trabajar la externalización. Por un lado, la externalización debe ser lo más específica posible, por otro, externalizar todos los síntomas al mismo tiempo puede ser confuso para el terapeuta y para el cliente. Como se verá en seguida, optamos por una externalización genérica, que gradualmente se fue volviendo más específica.

## **2ª consulta (con los padres)**

La madre empieza explicando que se sentía preocupada desde el inicio del año, dada la política del colegio de agrupar a los alumnos en las clases según sus clasificaciones.

En los años anteriores Ivo nunca se había preocupado por los estudios, siendo descrito como un alumno medio. Este año, siempre que hablaba con los padres sobre los estudios lloraba, habiendo recurrido mucho al apoyo de éstos. Los padres reforzaban la idea de que, en este colegio, Ivo no tenía amigos, porque éstos estaban siempre preocupados con las notas.

Los amigos del año pasado formaban un grupo amplio (10 a 12 chicos), que después se dividió, debido al paso al 10º curso. De todos modos, los encuentros eran más frecuentes en días festivos y los padres no sabían si el grupo continuaba existiendo. Para Ivo hacer amigos no es algo fácil, pero su hermano (de 13 años) que era mucho más sociable, le facilitaba la entrada en los grupos,.

Ivo es descrito como un chico responsable, que funciona adecuadamente con sus amigos, autónomo y con una buena relación con su hermano. A pesar de esto, el hermano no había conseguido “arrastrarlo” fuera de la casa, aunque lo invitara a hacerlo frecuentemente.

Los padres ven claramente que el humor de Ivo no es el mismo – su única actividad es ver la televisión, e incluso entonces se le percibe triste.

Cuando empezaron a comprender el sufrimiento de Ivo, los padres le dieron a elegir si quería o no cambiarse de colegio. Frente a esta propuesta, Ivo manifestó a la madre su miedo de que después del cambio, todo fuera igual. Los padres tomaron la decisión de cambiarle después de constatar que los problemas empezaban a aumentar. Desde que esta decisión fue tomada se sintieron un poco menos tensos.

Con respecto a las escuelas de formación profesional, los padres dejaban la posibilidad abierta y las relativizaban diciendo que en el contexto educativo actual tiene sentido tener una gran abanico de opciones posibles.

## **3ª sesión (con Ivo)**

Para Ivo, en el centro de su malestar se encuentra una enorme tristeza.

Pedí a Ivo que clasificase la tristeza de cero a veinte en diferentes periodos de su vida:

Septiembre: 0

Ahora (Diciembre): 10-12

Cuando entra en el nuevo colegio en Enero: 5-6

Febrero: 0 ( y si saca 16 o más en los exámenes la “depresión” desaparecerá)

Es curioso como, a pesar que Ivo se encuentra deprimido, consigue anticipar resultados únicos en el futuro (reducción de la depresión en enero y eventual desaparición en febrero). Este aspecto es aún más curioso si pensamos en el miedo que Ivo tenía a que después de entrar en el nuevo colegio, todo se fuera a repetir. Así,

en lugar de desafiar el aparente carácter absolutista de su creencia de que la depresión sólo desaparecerá si tiene calificaciones iguales o superiores a 16 (sobre 20), utilizaremos esta convicción para construir escenarios narrativos alternativos. Aún así, es prematuro trabajar con resultados únicos – primero es necesario detallar la influencia del problema. Como veremos, ésta se organiza en torno a tres temas esenciales, la “depresión”, el “miedo” y la “culpa”, que seleccionaremos para comenzar la externalización.

Ivo refiere que el pico de tristeza tuvo lugar antes de que la decisión del cambio al otro colegio se hubiera concretado y que habría sido 17.

Confiesa su miedo de que la depresión pueda continuar siendo fuerte después de cambiar de colegio y que todo se repita de nuevo.

Le pregunto de quién es aliado este miedo y me dice que de la depresión. Para luchar contra él, intenta no pensar y decirse a sí mismo “si te adaptas todo va a ir bien”, sin obtener ningún resultado positivo. Otra estrategia que ha utilizado cuando comienza a ponerse muy tenso al prepararse para los exámenes es estudiar las asignaturas en las que no va a tener examen,. Comenta que esta forma de controlar el miedo y de demostrarse a sí mismo que es capaz de estudiar no siempre resulta porque comienza a pensar que debería estar estudiando otra asignatura. Tampoco le ayuda pensar, como a veces intenta, que ya estudió nueve años y siempre aprobó, porque la depresión le dice “hasta aquí fue fácil”. Al detallarnos lo que ha intentado hacer para luchar con su problema surge una estrategia más: distraerse (viendo TV o asomándose a la ventana a ver lo que pasa en la calle). Dice que esto le relaja, como si se tratase de un sueño. Curiosamente también siente esta sensación cuando está estudiando una asignatura diferente a la del examen. En esos momentos, cuando comienza a estar relajado, la depresión le dice: “deberías estar estudiando”. Le pregunté cómo le hacía sentir esto y su respuesta fue “culpable, triste y tenso”.

Intento percibir cómo se sentía cuando no estaba estudiando – “No resisto la depresión, me pongo a imaginar que las cosas salen mal”.

Y si salgo de casa la culpa ataca diciendo: “deberías estar estudiando, en vez de andar aquí divirtiéndote”.

Esta sesión en que detallamos extensamente la forma en que los problemas dominan la vida de Ivo, estuvo claramente dedicada a la externalización. Aún así, como vimos, él creó la posibilidad de que aparecieran diversos resultados únicos.

Así, a pesar de que la culpa le impide salir, el sábado salió porque era su cumpleaños y consiguió sentirse bien (resultado único). Le pregunté como lo había conseguido – “Me envalentoné y dije ‘¡el estudio se queda en casa!’ ”.

Por otro lado, intenté averiguar si existían otras opciones vocacionales, a parte de la medicina (el padre es médico, pero no me parece que hubiese ninguna presión explícita para que el hijo también fuese médico). Primero me pareció muy rígido con relación a esta carrera, pero después me confesó que conseguía imaginarse en investigación, en biología, química o farmacia. También consiguió pensar en un

futuro como abogado. De todos modos, su elección prioritaria era medicina.

Así, aparte del resultado único relacionado con la salida del sábado – que resultó en parte porque Ivo estaba cansado del dominio de la depresión sobre su vida -, surgieron también resultados únicos (de flexibilización) con relación a la elección profesional. A pesar de la depresión, que aparentemente vive de la “necesidad” de Ivo de licenciarse en medicina, consiguió imaginarse trabajando adecuadamente en otras profesiones.

Comenzaron pues a emerger nuevos escenarios y comenzó a vislumbrarse lentamente el acceso a una narrativa en la que la depresión no dominaba la vida de Ivo.

En varias ocasiones usamos la técnica de trabajar los dos y, al final, reunirnos los tres (quien traía a Ivo era el padre); esta era una forma importante de validar socialmente a Ivo y sus progresos. Así pues, al final de la consulta les pedí a los padres que entraran y conversamos los tres.

Acordamos que durante los festivos el estudio sería únicamente por la mañana y que, por la tarde, Ivo saldría de casa (sugerí que los padres ayudaran a luchar con la culpa y que no le dejaran quedarse en casa). Discutimos sobre cómo esta estructuración del tiempo era una forma de luchar contra la depresión y la culpa. Ivo confiesa que duda si conseguirá estudiar por la mañana y salir por la tarde...

Además acordamos que haría un registro de los mensajes de la depresión y de sus respuestas, para darnos cuenta, bien de los argumentos de la depresión, bien de la forma en que Ivo puede luchar con ellos. Sugerí que cuando no consiguiese dar una respuesta inmediata a la depresión, lo intentara de nuevo más tarde. Esta sugerencia de registrar los “mensajes” se deriva del comentario de Ivo sobre que una de las veces que consiguió vencer la depresión, esta semana, pensó “el estudio se queda en casa” – lo que evidencia claramente la confrontación de dos voces, la depresión e Ivo. Por otro lado, Ivo tiene una enorme facilidad de identificar la argumentación de la depresión. ¿Podremos usar esta competencia de Ivo para comenzar a controlar los efectos de la depresión?

#### **4ª sesión**

Comenzamos por leer los registros que hizo de la “voz de la depresión” y de sus respuestas y verificamos que, la mayoría de las veces, esta estrategia había funcionado reduciendo un poco el impacto de la depresión. El objetivo de esta estrategia no fue tanto el hacer “discusión racional” (c.f. O. Gonçalves, 1993) sino el movilizar a Ivo contra la depresión, posibilitándole de nuevo tener una “voz”, afirmar sus objetivos y luchar por sus sueños.

El sábado pasado estuvo distraído preparando la fiesta fin de año y la depresión tuvo un impacto reducido. El domingo, el nivel de depresión fue semejante, dado que estuvo con los amigos en una fiesta y el segundo día festivo consiguió jugar al fútbol con sus colegas. Dice que se siente mejor que la semana pasada. Trabajamos

sobre estos resultados únicos, intentando darnos cuenta qué era lo que le había permitido dominar la depresión. Concluimos que el hecho de haber estado ocupado y de haber convivido con los amigos le permitió sentirse mejor.

Por las mañanas también había conseguido estudiar, pero refiere que de vez en cuando la depresión ataca. En los momentos en que la depresión consigue dominarlo, le dice, por ejemplo: “deberías estar estudiando”; otra estrategia es cuando ve a alguien) con éxito (por ejemplo, a sus primos, le dice: “ves: los otros van hacia delante y tú vas para atrás”.

Le pregunto cuáles son sus armas y dice que la depresión usa la culpa y también el miedo. Le pregunto cuál es el objetivo de la depresión - “hacer que me quede en casa” - y cuál es su objetivo - “vencer a la depresión”. Intento constatar después si podrá haber alguna utilidad en la depresión, e Ivo considera que sí pero “sólo si fuera dominada porque me permitiría ver donde fallé”.

A pesar de continuar atentos a los resultados únicos, existe una preocupación en detallar la voz, los objetivos y la argumentación de la depresión. Esta elaboración permite separar mejor a Ivo de la depresión.

Intenté darme cuenta si había en el medio en que vive o en la forma en que la sociedad está organizada algo que refuerce la depresión. La respuesta de Ivo es casi inmediata y sorprendente por la lucidez: “la comparación con los otros y la idea de ‘tengo que...’”. La comparación con los otros refuerza la idea de que los otros aprueban y que él es un fracaso y el “tienes que...” alimenta la noción de “tengo que llegar allí...”.

Después de valorar esta elaboración, le dije que él había acabado de descubrir algo que un psicólogo americano defiende que está en la base del sufrimiento (el “tienes que”). Se quedó fascinado de cómo había sido tan simple llegar a una idea central de Ellis. Me pareció divertido con la idea...

Emerge de este modo el encuadramiento discursivo del problema. Lo que me parece interesante es que si esto mismo se le hubiera enseñado no hubiera tenido el mismo impacto y podría ser contrario a su interpretación de los hechos.

Le pregunté después cuál era su posición respecto a estas dos presuposiciones:

Comparación - “soy ‘poca cosa’... me motiva a hacer las cosas mejor, pero el exceso hace sentirme mal o triste”; “tienes que...” - “no concurda mucho, debería ser ‘esfuérmate para llegar a algo’.

Después le pregunté cómo es que la culpa y el miedo se alimentan de estas ideas: “la culpa cuando hay comparación, porque yo soy inferior, y porque la culpa es mía; el miedo por no conseguir lo que tengo que conseguir”.

Le sugiero entonces que pensásemos cómo sería él de médico si estos dos temas lo dominasen. Después de reflexionar un poco me dice: “¡sería un mal profesional, y mi vida continuaría desordenada!”. Le pido que imagine que tiene que escoger un psicólogo y que puede optar entre uno dominado por el “tengo que...” y otro que se esfuerza. La respuesta es curiosa - “al principio hubiera escogido el

de ‘tengo que’ pero ahora escogería el ‘esfuézzate para’, porque creo que estaría menos preocupado y ayudaría más”.

Le pido que elabore una lista de “consejos de amigo” que daría a alguien con su problema: “no tienes que...sino esfuézzate”; “no tienes que quedarte metido en casa”; “no tienes que compararte con los demás”.

Concluyo esta lista diciendo que “es más fácil decir que hacer”. A propósito de esto Ivo cuenta que cuando la depresión le domina, él dice: “no tengo ni idea”. Le pregunto si esto no es una forma de “tienes que” con relación a la depresión, es decir, si no es la depresión la que le hace usar sus armas, incluso cuando está combatiéndola. Responde diciendo que probablemente es más saludable pensar “esfuézzate para vencer la depresión”.

Acordamos, finalmente, que continuará escribiendo mensajes de la depresión y sus respuestas, pues sentía que esta estrategia era útil.

### 5ª sesión

Surgen nuevas victorias contra la depresión: se divierte mucho más en las salidas con sus amigos y consigue estudiar por la mañana.

Comenta que va a cambiarse a una clase en la que tiene tres antiguos colegas y que esto le da algún optimismo. Le pregunto si alguien se ha dado cuenta de estos cambios en él “pienso que mis padres han notado que estoy mejor, y mis amigos, cuando comencé a salir de nuevo con ellos dijeron ‘¡mira este!’ ”.

Afirma que fue agradable oír esta expresión puesto que era como si el “Ivo antiguo” (es decir, el Ivo sin problemas) estuviese de vuelta.

A parte de la constante validación por parte del padre, en las sesiones surge una validación por parte de los pares. Este proceso es de extrema importancia, puesto que según el enfoque de re-autoría, como comentamos anteriormente, las personas no existen en un vacío relacional, siendo la individualidad conceptualizada como consecuencia de las relaciones (c.f. Mcnamee y Gergen, 1999).

Pero, más interesante aún, al analizar la validación social del cambio, surgió una metafórización espontánea de Ivo en el pasado, sin la influencia de la depresión. Aprovechando la idea de que hubiera un Ivo antiguo, le pedí que clasificáramos de cero a veinte la dominancia de los siguientes temas:

	Ivo antiguo	Ivo preocupado	Ivo actual
Miedo	3	13	6
Depresión	3	12	10
Culpa	4	11	10
“Comparación”	12	16	12
“Tienes que...”	17	16	12

Me pareció curiosa esta clasificación, dado que Ivo puntúa muy bajo todas las emociones disfóricas y de forma muy elevada el “tienes que...”. Me explica que era el “tienes que...” lo que le hacía trabajar y que ahora esto le paraliza –“Nuca había pensado que esto me estaba pasando”. Es curioso como en este proceso el “tienes que” y la “comparación” emergen como especificaciones de identidad no problemática (el Ivo antiguo) que sustentan la actual identidad disfuncional. Así, tiene mucho sentido externalizar y cuestionar estas especificaciones, posibilitando la construcción de reglas de funcionamiento menos opresivas. Dentro de esta lógica, sin embargo, cuestionar no significa desafiar y sustituir, sino intentar con el cliente movilizar alternativas que tengan sentido desde su punto de vista (y no desde el punto de vista del terapeuta).

Discutimos cómo anticipaba el cambio al nuevo colegio, Ivo me revela su miedo a que todo sea como en el otro colegio, pero que a pesar de esto, tiene alguna esperanza.

Analizamos si, dada la tensión que le dominaba antes y durante los exámenes, le gustaría aprender estrategias de relajación. Ivo pensó que podría ser interesante controlar mejor la ansiedad por lo que decidimos hacer relajación en la próxima sesión. Puede parecer extraña la utilización de una estrategia “didáctica” después de insistir en que la terapia es co-constructiva. Aún así, no nos parece que la utilización de estrategias de relajación, si es negociada con el cliente, pueda constituirse como una especie de autoritarismo epistemológico. Después de entrenar la relajación en la consulta, invitamos a los clientes a usar su creatividad para intentar mejorar sus competencias de reducción de la tensión. La idea central, desde nuestro punto de vista, es no transformar la relajación en una rutina rígida, permitiendo a los clientes la exploración de otras formas idiosincrásicas de control de la ansiedad.

## **6ª sesión**

La semana transcurrió bien: Ivo se sentía preocupado el primer día antes de ir al colegio, pero le gustó la clase –“me sentí bien, había más barullo y no se habló de las notas”. A pesar de esto, el cambio le causó algunas dificultades para seguir la materia. Parece que la depresión utiliza esta dificultad para continuar dominándole diciendo: “las notas van a ser bajas”. En contrapartida, la culpa, con la idea de “deberías estar estudiando”, no había aparecido. El pensamiento de que las notas iban a ser bajas alimenta el miedo, que es ahora más fuerte que la culpa y la depresión.

Le pregunto como puede vencer y dominar el miedo – “tal vez después de los exámenes, si consiguiese sacar más de 15”. Intento percibir cuál es la proximidad a la que está del Ivo antiguo- y sugiere 14. Le pregunto qué falta para el 20 –“ acabar el 10º, 11º, 12º y la entrada en la facultad”. Me pregunto si esta idea no es el miedo a hablar disfrazado y me refiere que siente incluso “falta de confianza, que es un miedo hacia el futuro”. Esta idea de que la confianza podía no volver nunca más, fue

elaborada como la “voz” de la depresión; esto permite que Ivo se movilice contra ella, con sus recursos, tal como hizo con relación al malestar que generaba la depresión.

Analizamos si tenía algún sentido volver al “Ivo antiguo” o si teníamos que constituir un “Ivo nuevo”, más inmune a la competición. Esta idea tenía sentido para Ivo, que sugirió que tenía que aprovechar el “tengo que” a su favor, después de desaparecer el miedo. Se trataba pues de crear un espacio de reconstrucción de una nueva narrativa en la que Ivo pudiera desafiar los presupuestos que generan y alimentan la depresión.

Sugerí que fuese pensando cómo podría convertir en su aliado el “tengo que”, en lugar de ser aliado del miedo o de la depresión. Si desde una perspectiva racionalista, podría tener sentido intentar abandonar dicha especificación de identidad (el “tengo que”) desde un punto de vista narrativo tiene más sentido reaprovechar esta característica tan importante (responsable, como sugiere el cliente, de su éxito escolar en el pasado) para alcanzar los objetivos de Ivo. Veremos enseguida cómo ésta es, de hecho, una dimensión importante de la vida de Ivo.

## 7ª sesión

La semana transcurrió bien, ahora el miedo se mantenía y había aumentado un poco con la proximidad de los exámenes. Le pregunto lo que ocurriría si mágicamente consiguiésemos apagar el “tengo que” como si fuese el fichero de un ordenador – “el miedo desaparecía, comenzaba a tener notas peores y me esforzaba menos”. El ‘esfuézzate’ para mi no basta”. Como se puede constatar, no tiene ningún sentido, desde el punto de vista de Ivo, abandonar el “tengo que”; insistir en esta idea sería cometer un acto de violencia contra sus creencias y necesidades.

Esto no significa, sin embargo, que no se puedan detallar los efectos negativos de esta especificación. Así le pregunto si imagina cuáles son los orígenes del “tengo que”: “en el 5º y 6º cursos bajé en las notas y mis padres comenzaron a exigirme. La idea resultó bien del 7º al 9º curso, pero después fracasó”.

Para percibir si existía en su familia una presión para el “tengo que” intento comprender si él piensa que los padres funcionan en este registro y no en el de “esfuézzate” y de qué modo el “tengo que” es un buen terreno para la depresión. Sugiere que los padres funcionan más de acuerdo con el “esfuézzate” y que, en cuento se funciona con el “tengo que”, la depresión está siempre presente, “a la espera de una oportunidad en que haya habido un fracaso”. Piensa que desarrolló esta idea después de haber sacado notas bajas y que ahora, sin ella, la motivación desaparecía. Actualmente, si cambiase al “esfuézzate” esto daría origen a un falta de implicación en el estudio. Comenta que no piensa encontrar una tercera alternativa y piensa que esto ahora le deja desprotegido ante los nuevos ataques del miedo.

A pesar de esto, en esta sesión, se ha vuelto claro que era necesaria una

alternativa para el “tengo que”, para construir un “Ivo nuevo” sin la influencia de la depresión. No fue fácil superar la dicotomía entre el “tengo que” y el “esfuérate”, sin ser ninguno de estos polos el preferido de Ivo.

En esta sesión, la evolución del proceso terapéutico ocurrió en el sentido de pasar de la externalización del problema (depresión, miedo, culpa), a las especificaciones de identidad que sustentan el problema. Veremos en la próxima sesión cómo es posible encontrar y ampliar resultados únicos para estas especificaciones.

Al final de la sesión les pedía a los padres que se unieran a nosotros, para que conversásemos sobre la percepción que tienen de los cambios de Ivo. Curiosamente después de explicarles que el problema de Ivo es la dominancia del “tienes que”, el padre comenzó a contar cómo en su profesión es más importante el proceso que los resultados; esto en virtud de la evaluación continuada y de la gestión de la incertidumbre, inherente al ejercicio profesional de la medicina. Ivo escuchó atentamente al padre hablar de sus propias dudas, subrayando que la práctica de la medicina tiene tanto de arte como de ciencia.

## **8ª sesión**

Comenzamos la consulta discutiendo la reacción del padre en la última sesión e Ivo concluyó “pienso que mi padre puede haberme transmitido el ‘esfuérate’, pero como lo veo siempre sobrecargado puedo haberlo interpretado como ‘tienes que’ ”. Lo que ocurrió después del ciclo también puede haberme llevado a acreditar más el “tienes que”.

Comenta después que tuvo un examen de matemáticas y que fue “así-así”. Le pregunté cuál fue su actitud durante el examen: más “tienes que” o más “esfuérate”. Ivo refiere que sintió que llevaba bien el miedo y que estuvo “aquí y allí”, entre uno y otro. Cuando comenzaba a ponerse tenso se dejaba arrastrar por el “esfuérate”, pero si se quedaba allí por mucho tiempo comenzaba a ser dominado por la pereza. En ese momento se dejaba dominar por el “tienes que” y se ponía más tenso. Dice que, a pesar de pensar que había resultado bien, este “saltar” fue un poco confuso.

Comenzaba así a surgir en esta sesión, la posibilidad que buscábamos antes de una alternativa, siendo este episodio un importante resultado único en el que el cliente espontáneamente rechaza la idea de “tener que”. Le pregunté si era la primera vez que se daba cuenta de este diálogo entre uno y otro e Ivo dice que “sentía que dominaba en parte uno y otro y los utilicé para conseguir mis objetivos”. Sugerí que tal vez esta confusión tuviese algo que ver con el hecho de usar esta estrategia por primera vez y que con la práctica podría mejorar en su desempeño. Ivo piensa que sí y discutimos si al final no era esta la solución que estábamos buscando, dado que esto “evitaría un hacha permanente sobre tu cabeza que es el ‘tienes que’...”. Ivo encontró esta metáfora interesante y la utilizó para explicar lo que había ocurrido – “es como si hubiese un verdugo con un hacha, y siempre que está con el hacha baja, yo pongo la cabeza para hacerme trabajar, pero cuando él levanta el hacha, yo saco

la cabeza y sólo la pongo cuando baja de nuevo el hacha”.

Sentí que a pesar de que esta metáfora no era totalmente tranquilizadora, contenía un elemento de control e incluso de algún juego con “el verdugo”. Pensé que por lo menos Ivo había pasado a controlar al verdugo y a no estar totalmente sobre su dominio.

Le pregunté cómo le hacía sentir esta dominación –“siento que voy a superar esto y que no es sólo cambiar al que era antiguamente, es algo más que eso”. Le pedí que me explicara que era “algo más que eso” y él sugirió que “voy aprendiendo nuevos caminos y ahora sólo falta tener nuevos cimientos”; siento que ya los construí de madera ahora tengo que construirlos de cemento”. Para tener una idea de la fase en el que él se sentía en el proceso terapéutico, le pedí que se imaginara que la terapia era una marcha de 10 km. y que pensará en qué km. estaríamos ahora. Sugiere que estamos en el km. 10. Este escalamiento (“scalling”, c.f. Selekman, 1997) permite enfatizar la idea de proceso, posibilitando, por ejemplo, cuestionar al cliente sobre lo que falta para pasar del 7º al 8º (ya habíamos usado este proceso en la sesión 6ª, cuando le pregunté a qué distancia se encontraba del “Ivo antiguo”).

Discutimos cómo había sido el registro de los diálogos entre él y la depresión. Ivo afirma que comienza a sentir que este trabajo estaba perdiendo sentido porque comenzaba a contestar automáticamente a la depresión y al miedo y que escribir sólo tenía sentido cuando no lo conseguía hacer, dado que le obligaba a darles alguna respuesta. Sugerí que sólo lo hiciese cuando le apeteciese a sintiese que la depresión volvía a tener poder.

Por último le dije que tenía una curiosidad con relación a nuestro trabajo y que me gustaría saber si él, a veces, no sentía un poco extraño el lenguaje que utilizábamos, puesto que recurriamos a muchas metáforas e imágenes. La respuesta de Ivo fue sorprendente –“a veces sí, pero siento que funciona, me permite volver a casa y pensar sobre estas cosas”.

La importancia de esta sesión deriva de la posibilidad de haber identificado y elaborado resultados únicos para las especificaciones que sustentaban la narrativa problemática. La identificación de alternativas es lo que va a permitir a Ivo, no sólo superar la depresión, sino construir una nueva narrativa en la que el “tienes que” está controlado y al servicio de sus objetivos.

## **9ª sesión**

La semana transcurrió bien; en el examen de matemáticas Ivo obtuvo 15 e hizo además tres exámenes. En estos volvió a sentir que dominaba la ansiedad, jugando entre el “tienes que” y el “esfuérzate para”. Comenta que le gustaría reducir un poco más la tensión, pero que cree que es una cuestión de entrenamiento y de encontrar el equilibrio entre el “tienes que” y el “esfuérzate”. Le pregunto si la relajación le ha servido en esa reducción y afirma que sí, que cuando los exámenes se acercan la hace más frecuentemente y se siente más tranquilo.

Comenta que siente el miedo y la depresión controladas y que ahora estamos en el Km. 8. Le pregunto si lo que le permitió pasar de 7 a 8 fue el control que sintió en los exámenes -“creo que sí, porque además en física y química, esta clase iba al revés de la mía, ellos habían dado primero física y nosotros habíamos dado química”. Elogio su capacidad de reducir la tensión en una situación tan complicada e Ivo dice que, en épocas anteriores, nunca hubiera sido capaz de hacer un examen en que no hubiera dado la materia.

Sugerí que podríamos hacer 1 o 2 consultas más, para ver cómo se sentía, pero que de hecho íbamos a llegar al fin del proceso.

### **10ª sesión**

Estuve una vez más con Ivo y con sus padres, mes y medio después de la 9ª sesión. De forma general, los beneficios terapéuticos se mantenían. Le pregunté a Ivo cuáles habían sido las consecuencias de las dificultades por las que pasó. Ivo respondió que “hay un lado positivo y otro negativo. La parte positiva es que aprendí a luchar mejor con la depresión, y la negativa es que la confianza no está totalmente restablecida”. Intento saber si continuaba creyendo que para reconquistar la confianza era necesario tener siempre éxito, desde el 10º curso hasta la entrada en la Universidad: “no, pero no sé si bastará sólo el final de este año lectivo”. Además cree que ya no hay nada más que hacer, a no ser esperar que pase el tiempo para que la confianza se consolide de nuevo.

Intento saber además lo que había sido más importante para él a lo largo de nuestras 10 sesiones (¡que curiosamente Ivo, intentando adivinar el número de sesiones realizadas, sugirió haber hecho 20 sesiones!). La respuesta fue inmediata: la lucha contra la depresión y el miedo y haberse dado cuenta que el “tengo que” le iba a causar problemas. Con respecto al equilibrio que consiguió en torno a esta regla de funcionamiento, le pregunté si no pensaba que la solución a la oscilación entre el “tengo que” y el “esfuérzate” había sido espantosamente simple. La respuesta de Ivo fue de nuevo interesante: “pienso que fue simple y que ya la utilizaba, pero no me daba cuenta...”. Se reforzó de este modo, la importancia de la elaboración de resultados únicos y de las competencias de nuestros clientes. Si no hubiésemos fijado la atención de Ivo en esta posibilidad (i.e. resultado único), podríamos haber tenido dificultades en encontrar una solución.

Al final de la sesión, discutimos sobre el curso del proceso terapéutico con los padres, que tenían una posición semejante a la de Ivo respecto a los objetivos alcanzados.

En el cuadro 2 se puede observar la síntesis de los procesos terapéuticos que tuvieron lugar a lo largo de las 10 sesiones. Finalizaremos discutiendo algunos aspectos procesuales que nos parecen centrales en este caso.

Aunque, en las dos primeras sesiones, no fue clara la existencia de resultados únicos, surgió, desde luego, de un modo evidente para la familia y para Ivo, el

encuadramiento contextual de los problemas. En la sesión 3ª, se inició la externalización y fue ampliada y consolidada a través del análisis de la argumentación de la depresión y de sus efectos (miedo y culpa). A medida que la depresión iba siendo externalizada comenzaron a surgir importantes resultados únicos, los cuales no pararon de emerger a lo largo de todo el proceso terapéutico. Probablemente, este fue uno de los tres ingredientes que permitieron que un proceso tan breve produjera resultados satisfactorios. En la terapia narrativa, el cambio ocurre en un espacio discursivo en el que la conversación se centra en las competencias del cliente para superar (o eliminar, reformular, dominar) el problema. El segundo aspecto se asocia a la ausencia de necesidad de enseñar competencias al cliente. La única “competencia” que enseñamos a Ivo fue la relajación, habiendo tenido esta estrategia un impacto periférico en todo el proceso. Otra dimensión que seguramente contribuyó a la rapidez de la terapia fue la validación social del cambio. Los padres, los iguales, y el nuevo contexto escolar fueron importantes fuentes de apoyo en el ensayo de una nueva forma de funcionar.

En la sesión 4ª tuvo lugar un proceso que influyó marcadamente la terapia: la identificación de Ivo, de modo claro, de las raíces culturales y discursivas de sus problemas. Enfatizamos de nuevo, cómo la construcción de este encuadramiento, en lugar de llevar a una desculpabilización, activa al cliente en la búsqueda de alternativas más aceptables para él. A partir de aquí, se volvió posible externalizar estas especificaciones de identidad problemática. Es decir, en la terapia narrativa no sólo es posible externalizar los problemas, sino también los presupuestos que los sustentan. Curiosamente, estas especificaciones funcionaron de modo adaptativo durante varios años y fueron los cambios contextuales (de 9º al 10º curso) las que las volvieron inoperativas. Este aspecto ilustra el modo en que la fijación en una narrativa única (lo mismo da que sea de éxito) puede contribuir a su disfuncionalidad. Anteriormente nos referimos a este proceso como un exceso de “auto-conocimiento” (Gonçalves y Norris, 1996), por reducción de la complejidad narrativa (Gonçalves y Hermans, en prensa). Así, la terapia debe contribuir a la flexibilización de las narrativas de modo que evite nuevas reificaciones de las narrativas únicas.

Ivo percibía claramente que volver “al que era antes” (i.e. a su identidad previa a la emergencia de los problemas) podía no ser la forma más interesante de cambiar. Esta comprensión surgió a partir de la sesión 5ª, con la metáfora de “Ivo antiguo”. Esta metáfora abre la posibilidad de construir especificaciones más flexibles. Después de haber iniciado la externalización del “tienes que” (sesión 6), en la sesión 7ª comenzó a estar claro que no iba a ser posible, en lo deseable, cambiar por lo contrario (i.e. simplemente por la ausencia de problemas). Fue durante la sesión 8ª (y después en la 9ª) que la elaboración de un importante resultado único – la oscilación entre el “tienes que” y el “esfuérate” – posibilitó la identificación de una nueva regla de funcionamiento. El problema se vio así, en vez de anulado, reutilizado al servicio de los objetivos del cliente.

En síntesis, destacaríamos tres importantes dimensiones de la terapia de re-autoría, patentes en este caso clínico. (1) Su brevedad, que resulta del énfasis en las competencias, en detrimento de un discurso de déficit (c.f. Gergen, 1996); (2) la posibilidad de externalizar, no sólo los problemas, sino también las especificaciones culturales que los sustentan y (3) la posibilidad de que el problemas pueda, no ser eliminado, pero sí adquirir nuevas significaciones y ser reutilizado por el cliente, al servicio de sus objetivos.

Cuadro 2 – Síntesis de los procesos que ocurren a lo largo de la terapia.

Sesiones 1 y 2	<p>Evaluación de la extensión e intensidad de los problemas en la vida de Ivo y de su familia.</p> <p>Indicios de encuadramiento social de las problemas (clase élite, los colegas sólo piensan en las notas).</p> <p>Evitación desde el inicio de un lenguaje internalizador, incluso no teniendo claro como se va a organizar la externalización.</p>
Sesión 3	<p>Inicio de la externalización de los problemas (depresión, miedo, culpa) y relaciones entre ellas.</p> <p>Argumentos y voces de los problemas.</p> <p>Identificación de estrategias previas de movilización contra los problemas (por ejemplo, estudiar asignaturas diferentes de las que se va a examinar, decirse a sí mismo que ya estudió nueve años seguidos).</p> <p>Identificación, sin elaboración consecuente, de resultados únicos (eventual desaparición de la depresión en febrero, posibilidad de adaptarse a otra profesión aparte de medicina, reducción de la depresión el sábado anterior).</p> <p>Utilización de auto-registro para confrontar la voz de la depresión con la voz de Ivo.</p> <p>Creación, con ayuda de los padres, de tiempos de ocio.</p>
Sesión 4	<p>Nuevos resultados únicos (por ejemplo, preparación de la fiesta de fin de año, fiesta de fin de año).</p> <p>Elaboración de los resultados únicos, intentando comprender de qué modo emergieron.</p> <p>Continuación de la externalización (voz de la depresión, objetivos de la depresión <i>versus</i> objetivos de Ivo).</p> <p>Eventual re-aprovechamiento de la depresión, al servicio de los objetivos de Ivo (“puedo permitir ver dónde me equivoqué”).</p> <p>Encuadramiento discursivo y social – “comparación con los otros” y “tienes que...”</p> <p>Relación entre las especificaciones sociales y los problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Tengo que...” y “comparación con los otros” como especificaciones de la identidad problemática.</li> <li>- Posición actual de Ivo en relación a estas especificaciones y</li> </ul>

	<p>eventuales implicaciones futuras (“tengo que...” en el ejercicio profesional de la medicina).</p> <p>- Relativización de la lucha contra la depresión – “esfuérzate para vencerla” y no “tienes que vencerla”.</p>
Sesión 5	<p>Nuevos resultados únicos (por ejemplo, se divirtió mucho más con los amigos).</p> <p>Identificación de la validación social del cambio (padres y colegas).</p> <p>Emergencia de la metáfora de “Ivo antiguo” – contraste entre el Ivo antiguo, problemático y actual.</p> <p>“Tienes que...” y “comparación con los otros” como especificaciones de la identidad previa a la emergencia de los problemas.</p> <p>Relajación para combatir la tensión.</p>
Sesión 6	<p>Nuevos resultados únicos (por ejemplo, se sintió bien en el colegio).</p> <p>Externalización de la depresión (argumentos de la depresión).</p> <p>Externalización del miedo (miedo “volcado hacia el futuro”, reforzador de la depresión).</p> <p>Construcción de una nueva identidad (“Ivo nuevo”, más inmune a la competición) y externalización del “tienes que...”</p> <p>- Necesidad de construir una nueva posición frente al “tengo que...”.</p>
Sesión 7	<p>Encuadramiento familiar y en la historia de vida de Ivo del “tengo que...”</p> <p>Importancia actual del “tengo que...” para los objetivos de Ivo.</p> <p>Dificultad para superar la dicotomía “esfuérzate” / “tienes que...”, ambos con efectos positivos y negativos.</p> <p>Discusión con el padre sobre la gestión de incertidumbres en medicina.</p>
Sesión 8	<p>Análisis con Ivo de la posición del padre sobre el “tienes que...” y el “esfuérzate”.</p> <p>Resultado único, en la gestión de especificaciones de identidad – oscilación entre el “tienes que...” y el “esfuérzate”.</p> <p>Elaboración intensiva de este resultado único y análisis de la forma en que éste se puede constituir como una alternativa a la dicotomía anterior.</p> <p>Emergencia de un conjunto de metáforas (“verdugo”, cimientos de madera) y construcción de un “Ivo nuevo”.</p> <p>- Estos significados restablecen el sentido de control y de poder del cliente (control sobre el verdugo, construcción de cimientos más sólidos, de cemento, por el propio cliente).</p>
Sesión 9	<p>Nuevos resultados únicos (capacidad de control de la ansiedad y del miedo, resultados escolares positivos).</p> <p>Práctica de la oscilación entre el “tengo que...” y el “esfuérzate” como consolidación del “Ivo nuevo”.</p>

Sesión 10 Discusión sobre los objetivos propuestos y las estrategias que permitieron alcanzarlos.  
Finalización.

*En este artículo discutimos la aplicación del modelo narrativo de White y Epston (1990) con niños y adolescentes. Presentamos este modelo a partir de tres dimensiones centrales: el lenguaje externalizador, el encuadramiento discursivo de los problemas y la identificación y expansión de resultados únicos. Antes de presentar un caso clínico, analizaremos brevemente la posición de este modelo terapéutico con relación a las características de la relación terapéutica y a los procesos de evaluación clínica.*

Palabras clave: *Terapia narrativa, re-autoría, niños y adolescentes.*

Traducción: Sandra Cuadrado Nicoli

### Referencias bibliográficas

- BRUNER, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- FREEDMAN, J., & COMBS, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- FREEMAN, J., EPSTON, D. & LOBOVITS, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. New York: Norton.
- GERGEN, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- GERGEN, K. J., & GERGEN, M. M. (1988). Narrative and self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 21. San Diego: Academic Press.
- GONÇALVES, M. & HERMANS, H. J. (in press). Self-knowledge and self-complexity: A dialogical view. *Constructivism in the Human Sciences*.
- GONÇALVES, M. (1996). *Auto-conhecimento e acesso introspectivo: Do self reificado ao self narrativo*. Centro de Estudos de Educação e Psicologia (CEEP): Braga.
- GONÇALVES, M. M. & NORRIS, N. (1996). Auto-conhecimento na Era pós-moderna: Fim da tirania da Lei de Delfos? *Revista de Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 43-62.
- GONÇALVES, M., PINTO, H., & ARAÚJO, S. (1998). Perturbações de ansiedade em crianças: Uma experiência com um grupo de pais. *Revista de Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 327-352.
- GONÇALVES, O. F. (1993). *Terapias cognitivas*. Porto: Edições Afrontamento.
- GONÇALVES, O. F. (1995). Hermeneutics of the cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In R. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington, D.C.:APA.
- HERMANS, H. J. M. & HERMANS-JENSEN, E. (1995). *Self-narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- HERMANS, H. J. M. & KEMPEN, H. J. G. (1994). *Dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press, Inc..
- HOYT, M. (Ed.) (1994). *Constructive therapies I*. New York: Guilford.
- HOYT, M. (Ed.) (1996). *Constructive therapies II*. New York: Guilford.
- LOBOVITS, D. H. & FREEMAN, J. C. (1997). Destination grump station – getting off the grumo bus. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford.
- MCADAMS, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.

- MCNAMEE, S. & GERGEN, K. J. (Eds.) (1999). *Relational responsibility*. London: Sage.
- MONK, G., WINSLADE, J., CROCKET, K., & EPSTON, D. (1997). *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- NEIMEYER, R. A. & MAHONEY, M. J. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- PARRY, A. & DOAN, R. E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: Guilford.
- ROSEN, H. & KUEHLWEIN, K. T. (Eds.) (1996). *Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SARBIN, TH. (1986) (Ed.). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- SELEKMAN, M. D. (1997). *Solution-focused therapy with children*. New York: Guilford.
- SMITH, C. & NYLUND, D. (1997). *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- WINSLADE, J. & MONK, G. (1999). *Narrative counseling in schools*. California: Corvin Press.
- ZIMMERMAN, J. L. & DICKERSON, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. New York: Guilford.