

LA PERSPECTIVA NARRATIVA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Adrián Montesano

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.

Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

adrianmontesano@ub.edu

In this article we review the main interventions based on the narrative paradigm in the context of the systemic model. Firstly, we briefly recapitulate, at the risk of being overly simplistic, the evolution of family therapy describing how this process accompanies the development of narrative practice. Second, we focus on the description of Michael White's narrative therapy and his externalization procedure detailing every stage of the therapeutic process with clinical examples in order to give the reader a detailed view of common narrative interventions. A final section is allocated to describe the affinity between personal construct theory and narrative therapy highlighting its fruitfulness for the evolution of the systemic model.

Keywords: family therapy, narrative therapy, externalization, personal constructs, integration in psychotherapy

INTRODUCCIÓN

Antes de empezar creemos necesario hacer una breve aclaración acerca del apelativo *narrativa* al hablar sobre psicoterapia. Por terapia narrativa (TN) no se entiende un tipo particular de terapia con un procedimiento estándar y una metodología precisa y contrastada. Por el contrario, distintos modelos de intervención familiar e individual han incorporado la idea de la terapia como una actividad narrativa. Cada uno de ellos ha llegado a esta idea por diferentes caminos y ha aportado matices diferentes a la noción de terapia como un contexto de regulación intersubjetivo de narraciones. Todos ellos, independientemente de las técnicas que utilicen, tienen en común la visión del humano como un ser que busca el sentido de su experiencia a través de compartir historias acerca de quién es y quién no es, que piensa y que no piensa, que siente o no siente, que hace o deja de hacer. La evolución de las distintas escuelas hacia la perspectiva narrativa es tributaria de la evolución del pensamiento en las ciencias en general y guarda, a su vez, reverberaciones con

premisas constructivistas presentes en textos de la filosofía subjetivista. En nuestra opinión, la visión narrativa se enmarca dentro de la meta-teoría constructivista que concibe al ser humano como un *sujeto epistemológico* y postula que el conocimiento es un marco interpretativo y no el descubrimiento de la verdad (véase Feixas y Villegas, 2000 para una revisión). En el campo de la psicoterapia, es el modelo sistémico quien preconiza el desarrollo de una óptica narrativa de la práctica terapéutica pero en la actualidad son prácticamente incontables los modelos clínicos de diferentes orientaciones que han incorporado la narrativa en sus formulaciones teóricas. Una muestra significativa de ello es que en el congreso de la Society for Psychotherapy Research del 2012 había un bloque diario especialmente reservado para las presentaciones acerca de psicoterapia y narratividad.

1. La evolución del modelo sistémico

A lo largo de las 6 décadas de su existencia la terapia familiar sistémica ha evolucionado de diferentes maneras. Uno de los desarrollos más notables de su maduración consiste en la incorporación de la epistemología constructivista en las formulaciones teóricas de muchos de sus representantes más significativos (por ejemplo, Bateson, 1972, 1979; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 1987; Sluzki, 1992, 1996, 2012; Watzlawick, 1984). Como acabamos de señalar, el planteamiento básico del constructivismo radica en que el cómo se conoce determina lo que se conoce y por tanto el conocimiento del mundo es una construcción consensuada, un marco interpretativo compartido que, por el momento, resulta el más viable para explicar la realidad, lo cual tiene insalvables implicaciones para la práctica clínica. Se reconoce que Kelly (1955/1991) es el pionero del constructivismo en psicoterapia y Watzlawick es quien lo introduce en el modelo sistémico (véase Feixas y Villegas, 2000; para una revisión).

Tras su gestación, los primeros pasos en terapia familiar se encaminan hacia el estudio del plano pragmático de la comunicación, es decir, hacia las secuencias interaccionales de conductas y su relación con la sintomatología. Los terapeutas sistémicos, influidos por la Teoría General de Sistemas y la Cibernética y motivados en parte por la ruptura con otros modelos antecesores (e.g. psicoanálisis) que contaban con una larga tradición en la aproximación intrapsíquica, rehúsan del estudio de los procesos mentales internos implicados en la experiencia relacional. Asumen que los problemas psicopatológicos derivan del modo en que las personas interactúan dentro del sistema familiar. La terapia, por tanto, se circunscribe a las interacciones, las conductas observables que se producen entre personas que pertenecen a un contexto determinado. Así, se busca el cambio a través de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas sobre la dinámica de la familia, alejándose, intencionadamente, de la terapia basada en el insight. La pregunta de “por qué” se sustituye por la de “para qué”. Sin duda, en la década de los 60 estos planteamientos suponen una auténtica renovación del ejercicio de la

terapia y dan luz a aquellos terapeutas insatisfechos con los modelos predominantes de la época.

Las siguientes generaciones de terapeutas familiares, sin embargo, conceden mayor importancia a la exploración del significado, el discurso narrativo y los procesos de cambio ligados a la identidad. Aunque los propios autores comunicacionalistas de Palo Alto de la denominada etapa pragmática, también podrían ser entendidos desde la perspectiva posmoderna. La obra de Watzlawick es un claro ejemplo de ello, en este sentido no puede ser más revelador el título de uno de sus libros fundamentales *¿Es real la realidad?* (1979). En cualquier caso, aunque la evolución constructivista no es lineal ni aglutina al conjunto de las propuestas teóricas surgidas, gran parte de los terapeutas sistémicos (sobre todo en EE.UU y el norte de Europa) cambian su foco de interés hacia los procesos mentales relegados antaño a la caja negra. Así la definición de terapia evoluciona y se concibe como un proceso epistemológico en el que la (re)construcción del conocimiento en un contexto relacional constituye el eje del cambio.

Desde este punto de vista renovado, el síntoma ya no se considera solamente como una expresión de la estructura y los patrones de interacción familiar sino que además se atribuye un papel crucial a la *mitología* familiar, entendida como una red de narrativas compartidas que alberga las creencias, afectos, legados, rituales y polaridades semánticas respecto a los cuales cada miembro es a su vez agente (contribuye a su construcción) y receptor (se posiciona y es influido por ellas; e.g. Dallos, 1996, 2006; Linares, 1996; Linares y Campo, 2000; Ugazio, 1998). La metáfora sobre los circuitos cibernéticos de feedback es trascendida y surge el interés sobre los circuitos intersubjetivos de diálogo y co-construcción. En palabras de Sluzki (1996) quienes maniobran con una visión cibernética más ortodoxa, operan bajo el supuesto de que “los problemas son comportamientos que forman parte de secuencias de procesos interpersonales que contribuyen a mantenerlos (...) los problemas estructurales (...) de la familia y del entorno social significativo constituyen el problema” (pág. 143). Mientras que los clínicos influidos por el nuevo salto epistemológico operan bajo el supuesto de que:

“el problema reside en la **descripción** del problema, y que, consecuentemente, el cambio consiste en describir los problemas de manera diferente, generando diferentes acuerdos y diferentes consecuencias. El foco de atención ya no es el individuo, o la familia, o la red como tal, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la narrativa, esa historia que se despliega, en el caso de las terapias, como respuesta a la pregunta ¿Qué los trae por aquí? o ¿A qué atribuyen este problema?” (pág. 145).

Esta nueva tendencia se caracteriza por un interés creciente en la construcción social del conocimiento y la realidad. Hoffman (1985, 1988), como ya anunciamos en otro lugar (Feixas, Muñoz, Compañ, Montesano, 2012), define este cambio

como un *movimiento pendular* puesto que estas premisas epistemológicas ya están en las formulaciones originales sobre el modelo ecológico de la mente de Bateson, quien impulsa definitivamente el nacimiento del modelo sistémico. Botella y Figueras (2006) señalan como muestra significativa de esta pendularidad el monográfico de *Family Process* del año 1982 (la revista más importante del modelo sistémico) que apela a la necesidad de una revisión epistemológica que reinterprete la postura constructivista de la obra de Bateson.

En aquel momento, el estudio de la intersubjetividad y los procesos de construcción del significado implicados en la experiencia relacional cobran vital importancia. La influencia también decisiva de la cibernética de segundo orden (Von Foester, 1981) descarta la idea de una aproximación objetivista, libre de influencias, del terapeuta en el contexto clínico. Se cuestiona la noción de autoridad del terapeuta. Este, es incluido como una voz más dentro de la red de discursos ligados al problema. Lo observado no es independiente del observador. Una premisa sencilla que exige la emergencia de modelos que contemplen el estudio de la complejidad, la pluralidad y la multidimensionalidad en la teorización sobre el ser humano y las relaciones entre los individuos de un sistema. El trabajo de Andersen (1991) sobre el equipo reflexivo es un punto de referencia fundamental de esta línea evolutiva al incorporar al espacio terapéutico una multiplicidad reverberante de visiones. Muchos otros autores desarrollan su trabajo bajo el influjo de la nueva forma de entender el cambio del modelo sistémico desarrollando recursos conversacionales de gran trascendencia (e.g. Anderson y Goolishian, 1988, 1990). De especial interés en el plano conversacional es el desarrollo de la entrevista circular del grupo de Milán (e.g. Tomm, 1985) por su precisa forma de dibujar secuencias interaccionales coloreadas de matices de significado relacional.

La conversación entre los interlocutores del contexto terapéutico (y también el extra-terapéutico) adquiere suma importancia, se enriquece con el uso de nuevas metáforas de cambio dotando el flujo conversacional de una carga significativa de connotaciones semánticas. El lenguaje adquiere un protagonismo insólito y se le confiere un *poder constitutivo*. Muchas de las propuestas teóricas subscriben la idea de que es en el lenguaje donde reside el centro de poder. A través de él puede generarse un contexto de libertad en el que proyectar futuros alternativos, explorar bifurcaciones y sus implicaciones, y multiplicar las posibilidades vitales de las personas y familias que consultan por un problema. Las posturas más radicales cuestionan incluso la noción de “sistema” al que definen como un subproducto del poder constitutivo del lenguaje. Es en este punto que el foco sobre la narrativa y los procesos de construcción de significado, vehiculizados por el lenguaje y la interacción social, así como la concepción del terapeuta como un co-constructor de alternativas liberadoras, aúna las posturas de una parte significativa de los representantes del modelo sistémico de finales de la década de los ochenta y principio de los noventa.

El contexto social en estos años está marcado por la caída del muro de Berlín y el triunfo de la economía neoliberal basada en el mercado y el capital. A su vez, el desarrollo tecnológico y la globalización modifican radicalmente la forma en que las personas se comunican y se relacionan. La psicología clínica, movida por los acontecimientos socio-económicos, sufre lo que algunos autores han denominado la fiscalización de la psicoterapia (Beyebach y Herrero de Vega, 2006). Las principales aseguradoras de EEUU redefinen las condiciones contextuales y económicas de la praxis terapéutica. Los terapeutas se ven abocados a reformular las bases de sus modelos. Ya no pueden tomar decisiones libremente acerca de las características idóneas de sus intervenciones y se ven obligados a modificar, para garantizar su continuidad, el setting terapéutico y a demostrar la eficacia de la terapia no tanto en términos clínicos sino más bien bajo las exigencias del balance coste-beneficio, tan próximo a la postura positivista. Hecho que, desafortunadamente, contribuye flagrantemente a intensificar la guerra entre modelos. Aunque como señalan Beyebach y Herrero de la Vega (2006), a pesar de la restricción de libertad que supone la fiscalización de la psicoterapia, hay que reconocer que genera algunos cambios positivos, como la reducción del tiempo de los tratamientos y el estudio riguroso de los métodos psicoterapéuticos y sus componentes. No obstante, estas exigencias presionan a los terapeutas y gestores de dispositivos de asistencia clínica a inclinar la balanza hacia el paradigma positivista preponderante en el modo de vida occidental. Los clínicos de modelos afines a este paradigma, como el conductista o los “objetivistas”, ven en este momento la oportunidad para desarrollar su supremacía frente a otros modelos que ven como apremiante su necesidad de renovarse.

Aunque los acontecimientos socioeconómicos favorecen el positivismo, la semilla del cambio epistemológico ya está dando, irrevocablemente, sus frutos en el panorama intelectual de las ciencias duras como la física, la química o las matemáticas y también, aunque con cierto retraso, en las ciencias sociales y las artes. En esta época acontece el llamado giro constructivista en el ámbito de la psicoterapia (Feixas y Villegas, 2000; Villegas y Pacheco, 2006) y es en el impulso de este salto epistemológico que algunos sistémicos empiezan a trabajar utilizando intervenciones narrativas. Así, junto con otros psicólogos y psicoterapeutas cognitivos influidos también por el movimiento constructivista y el construccionismo social, l empiezan a dar forma a la óptica narrativa en psicoterapia. Nótese que no se trata de un incremento del arsenal técnico disponible, sino que bajo el influjo del pensamiento posmodernista cambia la unidad psicológica objeto de evaluación y tratamiento. Tanto las aportaciones de los autores más teóricos (Hoffman, 1985, 1988; Tomm, 1985) como aquellas realizadas por los autores de vertiente más clínica (Sluzki, 1983, 1985) convergen en la necesidad de un giro hacia lo narrativo, lo discursivo. Desde ese momento, el concepto de narrativa en psicoterapia tiene una difusión extraordinaria, se aplica a una multitud de contextos y se diseñan una

gran cantidad de intervenciones y técnicas específicas. La obra de Carlos Sluzki (e.g. 1992) y la de Michael White (e.g. White, 1991; White y Epston, 1990) se convierten en textos de referencia puesto que gozan de una gran repercusión a nivel mundial y sirven de inspiración para muchos autores posteriores que han hecho aportaciones al paradigma narrativo.

En efecto, es en la década de los noventa que las terapias centradas en las narrativas empiezan a imponerse y extenderse rápidamente. La influencia del construccionismo social propuesto por Gergen (1985) en los terapeutas sistémicos inspira la creación de modelos basados en la metáfora del texto. El impacto de este enfoque es recogido por Bertrando y Toffanetti (2004) cuando señalan que, en 1996, Peter Steinglass, director editorial de la revista *Family Process* afirma: “Las aproximaciones narrativas de la terapia familiar han capturado la imaginación y el interés en nuestro campo, lo que se refleja en el hecho de que los escritos sobre estos temas constituyen el grupo más consistente de los artículos publicados en nuestra revista en este periodo” (pág. 403).

Las ideas del enfoque narrativo son utilizadas por autores provenientes de tradiciones diversas como la estratégica (Eron y Lund, 1996), la terapia familiar y de pareja (Sluzki, 1992; Zimmerman y Dickerson, 1994; Penn y Frankfurt, 1994; Papp e Imber-Black, 1996), la consultoría familiar en medicina general (Weingarten, Weingarten y Worten, 1997), la medicina narrativa (Greenhallgh y Hurwitz, 1998) la investigación sobre la intervención terapéutica (Dallos, 2006; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos, 2011; Kogan y Gale, 1997) o incluso las relaciones públicas (Vasquez, 1993). No obstante, las reacciones ante tales acontecimientos están cargadas de contrastes en el campo de la terapia familiar. Los más ortodoxos apuestan por continuar con las intervenciones típicas sobre el sistema desde el punto de vista de la cibernética de primer orden. Otros son partidarios de la integración de los conceptos sugeridos por los narrativos con las formas más tradicionales de terapia familiar y piensan que esta postura supone un enriquecimiento mutuo y un incremento de la capacidad heurística de la práctica terapéutica. Algunos otros, más proclives al objetivismo, niegan la importancia del enfoque calificándolo, en ocasiones, de superfluo y ajeno a los objetivos fundamentales de la terapia familiar. Bertrando y Toffanetti indican que “White y sus seguidores imponen la narrativa con vehemencia, desencadenando el más radical rechazo de los modelos de terapia familiar que les han precedido” (2004, pág. 321). Quizás la crítica fundamental fue plasmada por Minuchin (1988) cuando plantea la pregunta: “¿Dónde está la familia en la terapia familiar narrativa?”. El discurso crítico plantea que la unidad de observación y de máximo interés de la TN, aun sosteniéndose en los postulados del construccionismo social, es el individuo más que la familia u otros sistemas más amplios. Es categorizado como un enfoque del interior al exterior en tanto que se centra principalmente en las experiencias subjetivas y la identidad de la persona, y atiende las repercusiones relacionales en un segundo momento, casi por añadidura.

Más allá del debate interno de la terapia familiar, otros autores se han posicionado con respecto al concepto de narrativa y su relación con la psicoterapia. Por ejemplo, en el panorama nacional, Fernández-Liria (Fernández Liria, 2001; Fernández Liria y Rodríguez-Vega, 2012) y García-Martínez (2012) son partidarios de entender la narrativa como un concepto de integración en psicoterapia capaz de aglutinar las posiciones teóricas y prácticas de múltiples orientaciones como la psicoanalítica (Luborsky), la experiencial (Greenberg) o la cognitiva (Russell, Gonçalves) e incluso el estudio de la personalidad (McAdams, Singer). A diferencia de otros conceptos como por ejemplo la “distorsión cognitiva” que tiene implicaciones muy precisas acerca del funcionamiento mental y, por ende, acerca del tratamiento, el término narrativa resulta tan inespecífico como sintético para representar la unidad objeto de interés de la psicoterapia. Tal vez es por esta capacidad abarcadora que ha alcanzado una difusión transteórica capaz de contentar las sensibilidades de múltiples modelos terapéuticos.

En nuestra opinión, el péndulo dibujado por Hoffman continúa en la actualidad pero, observado longitudinalmente, parece describir el movimiento del péndulo esférico de León Foucault diseñado para demostrar el movimiento de rotación de la tierra. Este péndulo, por su diseño, tiene la particularidad de describir dos movimientos simultáneos: el primero, más rápido, oscila de adelante a atrás, como cualquier péndulo, de un polo a otro. El segundo, más lento, demuestra que los primeros son en realidad microprocesos que describen un movimiento circular más amplio. Tras 60 años de terapia familiar parece que el modelo sistémico tiende a la integración oscilando circularmente, como el péndulo de Foucault, entre conductas y significados, procesos internos y discursos sociales, intrasubjetividad e intersubjetividad, individuo y sistema, estructura y proceso, prescripción y conversación, dinámica y mitología. Asumiendo que cada parte es útil y cuestionable al mismo tiempo.

2. Más allá de la pendularidad

Es indiscutible que el modelo sistémico ha realizado grandes aportaciones a la psicoterapia desde sus inicios. El impacto de los conceptos sistémicos en las ciencias sociales ha sido categorizado como un cambio paradigmático puesto que supone un cuestionamiento radical de los modelos lineales y deterministas del comportamiento. Y bien que es verdad que su interés sobre el contexto en que viven e interactúan las personas asienta un nivel de análisis insoslayable para el entendimiento de la complejidad de la conducta humana. Más allá de la causalidad lineal, desarrolla el estudio del humano bajo la concepción de un ser-en-relación, del individuo como parte de un contexto relacional vivo con mecanismos pragmáticos reguladores y connotaciones semánticas definitorias que se articulan en torno al vínculo emocional. Lejos de haber agotado sus aportaciones teóricas y prácticas, el (ya no tan) joven modelo sistémico sigue en continua evolución a pesar de (o gracias

a) las discrepancias de matices entre los distintos autores. Toda evolución requiere de una diferenciación y por tanto no es extraño que surjan opiniones divergentes. Los desarrollos de los distintos autores buscan su propia identidad y necesitan de la diferencia para establecerse frente a sus coetáneos en un proceso de validación por contraste (Procter, 2012). Mas en realidad, la propagación de las nuevas orientaciones depende tanto de su capacidad heurística como de su nivel de integración de los conocimientos precedentes. Podría considerarse que el lento proceso de la evolución del pensamiento se asemeja a una espiral en la que el conocimiento acumulado pasa a ser el centro del nuevo círculo emergente. Las distintas propuestas surgidas bajo el signo de la óptica narrativa no siempre cumplen estos preceptos pero muchos autores si han apostado por la integración en sus formulaciones contribuyendo a girar sobre la espiral del conocimiento.

Desde un punto de vista histórico, surgen inevitablemente dos preguntas con respecto al futuro del modelo sistémico. Por un lado, cabe preguntarse cuáles son los retos que deberá afrontar y qué desarrollos teóricos irán asociados. No es una pregunta sencilla de contestar, y su desarrollo excede el propósito de este texto. Aunque creemos oportuno señalar que algunos autores (e.g. Linares, 2003) han augurado que en el futuro la terapia familiar debería integrar de forma más profusa al individuo en sus planteamientos de manera que ocupe un mayor espacio tanto en las reflexiones teóricas como en la práctica clínica. Por tanto, en las futuras propuestas deberían incorporarse conceptos de índole individual que resultan del todo básicos para el ejercicio de la psicoterapia como por ejemplo la dimensión emocional del ser humano (como ya hiciera Virginia Satir en los albores del modelo sistémico), el estudio de la personalidad así como los factores involucrados en los fenómenos psicopatológicos a los cuales la sistémica ha dado la espalda durante tanto tiempo. Esto implicaría, sin salvedad alguna, que los autores del modelo sistémico aumentarían el grado de integración con otros modelos terapéuticos de corte individual. Un ejemplo de ello puede ser la propuesta de Valeria Ugazio (1998) sobre las polaridades semánticas, o la integración de Rudi Dallos de la TN, la teoría del apego y el modelo sistémico (Dallos, 2006) o el modelo de Harry Procter (2012) acerca del sistema de constructos familiares y los niveles de construcción interpersonal, del que hablaremos un poco más en el último apartado. Recientemente, Canevaro (2012) ha publicado un libro en el que aborda la terapia individual desde el punto de vista sistémico aunque ya existían precedentes en este sentido (e.g. Boscolo y Bertrando, 1996).

La segunda pregunta, más importante para el tema que nos ocupa, podría formularse de la siguiente manera: ¿Cuáles son las principales contribuciones que ha realizado el giro narrativo y que formarán parte del acervo teórico-práctico de la nueva generación del modelo sistémico y qué aspectos han sido criticados? Plantearse esta cuestión implica, en parte, asumir que el impulso renovador generado por los planteamientos constructivistas está llegando a su fin y que, en un

tiempo más o menos próximo, históricamente hablando, el modelo sistémico asistirá a un nuevo giro teórico. Pero es difícil delimitar este asunto cuando se está navegando todavía en las aguas del movimiento posmodernista. En cualquier caso, parece atisbarse por parte de una facción de terapeutas sistémicos cierto descontento acerca del radical papel que se le otorga al lenguaje como único motor de la construcción de realidades. Nadie cuestiona la poderosa influencia de la cultura en la narrativa individual, pero sí la postura epicéntrica que obvia la influencia de otros factores no epifenoménicos como por ejemplo la estructura y la organización familiar o el apego y la afectividad. Lo que genera cierta disconformidad es la visión del humano que se desprende ya que parece disolverse eclipsado por la ubicuidad de los discursos sociales y el poder soberano del lenguaje y la cultura. En este sentido, resulta controvertida la visión del self como algo volátil, gaseoso, indiferenciado del resto de narrativas, un sí mismo desprovisto de aspectos identitarios nucleares con anclajes a la experiencia relacional vivida como plantea, por nombrar sólo una, la escuela trigeneracionalista liderada por Bowen. En general, se cuestionan las propuestas posmodernas que no son capaces de integrar conceptos básicos de los modelos que les han precedido. Pero, pese a las voces críticas, parece claro que el posmodernismo, en sus distintas vertientes, ha calado en los supuestos básicos y procedimientos del modelo sistémico al menos en cuatro sentidos:

1. En el rechazo de la postura objetivista del terapeuta. El observador es parte integrante de lo observado y como tal, el terapeuta forma parte de la red de narrativas generadas en torno a un problema determinado. El terapeuta no es poseedor de la verdad, ni busca corregir las desviaciones a la norma, sino que se erige como un experto facilitador en la generación de nuevos mundos posibles y nuevas narrativas. Fruto de ello, se fomenta extensamente el estudio de los factores del terapeuta implicados en el cambio.
2. En la asunción de la complejidad como marco de referencia en el que articular cualquier propuesta teórica. Hecho que implica cierta flexibilidad mental y apertura conceptual a la creciente heterogeneidad de las fórmulas familiares y culturales a las que la terapia familiar tiene que dar respuesta.
3. En las múltiples alternativas técnicas generadas fruto del interés sobre el significado como son las preguntas circulares, las intervenciones basadas en la reflexividad (como el equipo reflexivo) o la externalización.
4. En el interés por la subjetividad del individuo, la identidad y los procesos de cambio ligados a ella. La causalidad lineal y la circular se compatibilizan en vez de contraponerse. El foco sobre el mundo de los significados expande considerablemente las posibilidades terapéuticas pues estos no son nunca únicos, siempre están abiertos a la transacción y pueden ser discutidos, re-definidos y re-valorizados.

LA TERAPIA NARRATIVA DE MICHAEL WHITE

Como hemos señalado en el apartado precedente, Michael White y el grupo del Dulwich Centre en Adelaide, Australia (véase www.dulwichcentre.com.au), fueron pioneros en la utilización de intervenciones narrativas en terapia familiar sistémica. White desarrolló un modelo terapéutico basado en la construcción de relatos alternativos (White, 1991, 2000; White y Epston, 1990). Utilizó la analogía del texto como metáfora explicativa del funcionamiento de la terapia. Desde su punto de vista, los clientes re-escriben sus historias vitales en el transcurso del proceso terapéutico generando una historia alternativa, que más tarde denominaría historia preferida, en la que el problema deja de tener sentido y la persona reorienta su vida. El desarrollo de su modelo tuvo tres grandes influencias. La primera fue la obra de Bateson de la que White heredó su postura epistemológica esencial. La segunda fue la obra del historiador Michael Foucault que supuso una fuente de inspiración casi inagotable que utilizó para conceptualizar cómo los sistemas de conocimiento de la cultura occidental afectan al individuo, lo cosifican y subyugan sus potencialidades. La tercera fueron las obras de Bruner y Vygotsky de las que tomó prestada, entre otras cosas, la visión constructivista del aprendizaje, como los conceptos de zona de desarrollo próximo y el andamiaje, que le servirían de guía para crear mapas de cómo articular las conversaciones terapéuticas (White, 2007).

Aunque White murió en el 2008, su legado sigue en plena expansión. La TN de Adelaide es, en la actualidad, uno de los grupos más activos y comprometidos con el trabajo comunitario y las cuestiones políticas relacionadas con la terapia. Tratan de dar respuesta a los efectos de la injusticia social, la pobreza, la marginación y el racismo. Han aplicado sus prácticas a colectivos desfavorecidos de Australia, como la comunidad aborigen, y de otros países de Europa, América, África y Asia. El enfoque está basado en el construccionismo social y se considera uno de los modelos más representativos de las denominadas terapias breves. En este sentido, guarda muchas similitudes con la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer (1985; 1988). La TN de White ha suscitado un gran interés en la comunidad de psicoterapeutas y se han transferido muchas de sus aportaciones a otros marcos de referencia. Aunque el arsenal de procedimientos narrativos generados por este grupo es muy amplio, la intervención terapéutica central y que mayor repercusión ha tenido en la terapia familiar es la externalización. En este apartado describiremos en detalle el método terapéutico generado por la escuela de Michael White. Comenzaremos definiendo la externalización y los mecanismos implicados en su eficacia terapéutica. A continuación expondremos brevemente algunas consideraciones básicas que el modelo adopta acerca de la patología y el cambio para ilustrar después las formas de utilizar este procedimiento a través de ejemplos clínicos.

1. ¿Qué es la externalización?

Considere el lector las siguientes preguntas en una situación clínica:

¿Cómo llamas a esa sucia materia que te mete en problemas? ¿Alguna vez has sufrido como esta “Ruín caca” te traicionaba y te manchaba los pantalones mientras jugabas? ¿Cómo se las ingenia esta “ruín caca” para molestarte a ti y a tu familia? ¿Hubo ocasiones en las que derrotaste a “la caca” y la pusiste en su lugar en vez de dejar que ella te derrotara? ¿Hubo ocasiones en que “la caca”, al hacer que su hijo se ensuciara, los incitó a gritarle y sin embargo ustedes fueron capaces de declinar tal invitación y ofrecieron, en cambio, comprensión?

Estas preguntas que pueden parecer extrañas para el lector que no esté familiarizado con la TN son ejemplos prototípicos de la particularidad conversacional que tiene este modelo. A principios de la década de los ochenta White descubre a través de la práctica clínica algo que tiene un efecto muy positivo en las familias que le consultaban. Trabajando con niños con problemas de encopresis, observó que la probabilidad de que la terapia tuviera éxito aumentaba de forma exponencial si invitaba a sus clientes a hablar del problema como algo ajeno y separado de su identidad. Llamar “Ruín Caca” al problema de la encopresis le permitía poner en el mismo bando al niño y sus padres, y aunar sus esfuerzos en la lucha contra las amenazas del problema, lo cual desbloqueaba la dinámica relacional y aceleraba notablemente el proceso terapéutico. A partir de este descubrimiento, White centra sus esfuerzos en desarrollar un método terapéutico conversacional focalizado en separar el problema de la identidad de las personas para liberarlas de los efectos opresivos que ejercen sobre ellas. Este cambio de posición abre un espacio psicológico para la (re)construcción de una imagen de competencia del self y fomenta la internalización de una posición de agencia personal (re-authoring) a través de la cual las personas pueden sentirse dueñas de sus vidas (Tomm, 1994). A este trabajo terapéutico sobre las narrativas de identidad se denomina *externalización*.

Algunos autores han categorizado este procedimiento como una técnica innovadora que favorece el proceso de la terapia a través del *cambio atribucional* del problema a factores externos. También puede entenderse como un caso particular del *uso de metáforas* en terapia. Las metáforas, incluida la externalización, aumentan la eficacia de la comunicación puesto que sintetizan, a menudo de forma gráfica, una gran cantidad de información la cual se torna más fácil de recordar y de manejar (Beyebach, 1995). En este sentido la externalización, además de liberar la identidad, reduce el problema a un tamaño mucho más manejable.

No obstante, los seguidores más próximos a la postura socioconstruccionista de base de la TN advierten que la externalización no es una técnica, sino un procedimiento que engloba todo el proceso terapéutico y entraña una *cosmovisión*, es decir, una forma particular de entender la terapia, las relaciones y el mundo. White declaró su preferencia a utilizar la acepción “prácticas narrativas” frente a “técnicas narrativas” bajo el argumento de que la segunda denota un ejercicio de

poder del terapeuta sobre el cliente mientras que la primera resulta más coherente con la posición política paritaria en la que enmarca su modelo. Una visión alternativa la ofrecen Beyebach y Rodríguez Morejón (1994) al decir que asumen la acepción de “técnica de la externalización” porque de esta manera se subraya la idea de que es un procedimiento transferible a otros marcos conceptuales distintos a los de White y su contexto particular. La postura de White no obstante, lejos de ser radical, es circunscrita en su contexto concreto y aunque cuestiona el concepto de terapia no renuncia a él.²

En cualquiera de los casos lo que resulta imprescindible entender es que el proceso de externalización es progresivo, no se trata de una reformulación estática del problema en un momento dado de la terapia. Más bien se trata de un intercambio co-constructivo en el que la disección identitaria del problema se lleva a cabo a través de diferentes estrategias narrativas a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tomm, al hablar sobre la externalización, destaca que “este proceso es particularmente curativo porque constituye un eficaz antídoto contra un proceso patologizante, inadvertido pero omnipresente dentro de la interacción humana: el rótulo negativo” (1994, pág. 12). Los diagnósticos y las etiquetas, “las palabras que una vez fueron mágicas” como anunciaba De Shazer (1994) tienen la habilidad de funcionar como profecías autocumplidoras que mantienen, cuando no exacerbaban, los problemas y sus consecuencias. A pesar de la evolución de la mayoría de los modelos terapéuticos hacia posturas menos patologizantes y más respetuosas con los clientes, sus valores y sus vidas, muchas de las características contextuales de los centros e instituciones donde se ejerce la práctica asistencial fomentan la internalización de los problemas. No sólo la cultura popular tiende a asumir que cuando alguien tiene un problema, *la persona es el problema*, sino que, lo que es peor, este punto de vista es alimentado también por los mensajes que dan los agentes de salud (médicos de cabecera, especialistas, trabajadores sociales, asistentes, psicólogos, etc.) acerca de la naturaleza del problema. Gracias a estos mensajes, que a menudo se transmiten a través de un informe oficial, una persona se convierte en “esquizofrénica”, en “depresiva”, o en “ansiosa”, lo cual desanima enormemente a la persona a cambiar puesto que resulta del todo extenuante luchar contra lo que uno mismo “es”. La TN de White en cambio tiene como lema fundamental que *el problema es el problema*. A través de la externalización, trata de pasar de la *persona problematizada a la personalización del problema*, de modo que libere a la persona de los efectos alienantes de una narrativa personal saturada por el problema y pueda luchar contra un ente separado que trata de amargarle la vida.

Desde otros modelos también han observado los beneficios de separar la persona del problema. Por ejemplo, el riguroso y fructífero modelo de Emoción Expresada (Leff y Vaughn, 1985) ha demostrado que las actitudes que adoptan los familiares ante una enfermedad o un trastorno psicológico tienen un impacto determinante en su pronóstico. Aquellos familiares que atribuyen los síntomas (y

las consecuencias que se derivan de ellos) a las intenciones de la persona, muestran una emoción expresada alta (en forma de crítica u hostilidad) e influyen desfavorablemente en el curso de la enfermedad. Mientras que los familiares de baja emoción expresada no se comportan de forma crítica, hostil o sobreimplicada, sino que separan la persona y sus capacidades de los efectos que un trastorno o una enfermedad mental grave ejerce sobre la persona y desarrollan estrategias relacionales que disminuyen significativamente la posibilidad de que sufra una recaída. En realidad en el modelo de emoción expresada se favorece que la persona y sus familiares reconozcan que hacen frente a una enfermedad auténtica de la que el paciente es víctima, lo que le resta responsabilidad sobre la conducta sintomática y las consecuencias a ella asociadas. Durante la terapia se puede ayudar a las familias a hacer esta distinción para que regulen sus actitudes. En este sentido se externalizan los síntomas de las intenciones de la persona. No obstante, para entender este modelo hay que tener en cuenta que surge del trabajo con familias de personas que sufren una esquizofrenia y que los síntomas positivos, y más aún los negativos, repercuten notablemente en la convivencia familiar. La adherencia al tratamiento farmacológico resulta esencial y se basan por tanto en que la *conciencia de enfermedad* es una clave para un buen pronóstico.

Las estrategias de uno y otro modelo no son incompatibles, al revés, resulta significativo que ambos coincidan en el gran efecto terapéutico que produce el distinguir entre persona y problema. Este reposicionamiento tiene claras ventajas con respecto a las dimensiones de “responsabilidad” versus “no responsabilidad” y “control” versus “no control” que una persona o una familia adopta frente a un problema determinado. Como señala Beyebach (Beyebach y Herrero de la Vega, 2006) el procedimiento de la externalización “constituye una salida elegante a una de las importantes encrucijadas de toda psicoterapia: la de superar la disyuntiva responsabilidad con culpabilidad vs. Desculpabilización con falta de control” (pág. 287). White (White y Epston, 1990) describe su propio trabajo como un abordaje que ayuda significativamente a las familias porque tiene efectos positivos en cuanto a una serie de aspectos esenciales:

1. Disminuye los infructuosos conflictos personales acerca de quién es el responsable del problema.
2. Contrarresta la sensación de fracaso personal cuando el problema continúa a pesar de los intentos por solucionarlo.
3. Genera las condiciones adecuadas para que los miembros de una familia cooperen entre sí.
4. Abre un espacio de diálogo en el que las personas pueden generar nuevas vías de acción y proyectos vitales libres de la influencia del problema.
5. Supone un diálogo y no un monólogo sobre el problema, puesto que éste no es ni la persona ni su relación con la familia, sino la relación de la persona y la familia con el problema.

Cuadro 1. Diferencias entre conversaciones internalizantes y externalizadoras (Adaptado de Morgan, 2000)

Internalizante	Externalizante
Ve a la persona como el problema	Ve el problema como el problema. Se localiza fuera de la persona y su identidad
Importancia de que la persona se identifique como "enferma"	Reconocer que se enfrenta un problema
Cultura del déficit: Hablar del problema y sus características	Cultura de las fortalezas: hablar de los recursos y virtudes de la persona
Único núcleo central del self	Diferentes niveles en la construcción de la identidad. Yo polifónico
Poca relevancia del contexto en el problema	Maximizar la influencia del contexto
Categorización del individuo en función de la normalidad y etiquetación	Celebrar la diferencia y desafiar las nociones de normalidad
La enfermedad como parte de la identidad. Línea de intervención: Cómo vivir con la enfermedad	Liberar del impacto de tales prácticas y dar cabida a nuevos si mismos
Los profesionales son los expertos y los pacientes aprenden	Las personas son expertas en sus propias vidas y los profesionales en formas de ayudar
Persona pasiva recibe el tratamiento	Persona activa en su cambio, alentar el sentimiento de agencia personal

Para que una conversación tenga estos efectos liberadores, el terapeuta tiene que tener en mente ciertos mapas conceptuales que le guíen en el proceso de externalizar. En el cuadro 1 se presentan algunas de las diferencias básicas entre conversaciones externalizadoras e internalizantes con respecto al problema.

2. Consideraciones acerca de la patología

White (1994), influido por la corriente construccionista, desestima el interés de la nosología psiquiátrica y el diagnóstico basado en criterios estadísticos. Más aún, considera que esta ciencia y su red de significados forman parte de los discursos sociales opresivos que generan y mantienen la patología. Entiende que los trastornos psicológicos son consecuencia de los efectos opresivos y alienantes que las creencias y discursos sociales tienen en las narrativas personales. Los problemas devienen cuando las personas de un contexto social determinado tratan de ser como *se supone que se debe ser*. Las narrativas sociales se tornan parasitarias para la identidad de las personas cuando éstas luchan para que su cuerpo, sus pensamientos, sus conductas, sus emociones y sus relaciones se ajusten a los patrones socialmente aceptables.

White (1994) se apoya en las ideas de Foucault (1979, 1980) para explicar los mecanismos a través de los cuales los cánones y los discursos sociales dominantes son transmitidos entre los interlocutores de un contexto social determinado. Es por medio de la tecnología del poder moderno, basada en el juicio normalizador, que los discursos sociales oprimen y limitan a las personas. La idea básica radica en que las formas modernas de poder contribuyen a la problematización y la sumisión del individuo a un marco interpretativo que deja de ser viable para el funcionamiento satisfactorio de su vida y sus relaciones. White denominó *narración dominante como conocimiento dominante y unidad de poder* al efecto que ejercen sobre el individuo los cánones y normas sociales. La metáfora del panóptico como mecanismo de control social resume la esencia de estas ideas que proclaman que todos somos portadores potenciales del “virus” del discurso social dominante y todos somos susceptibles de ser “infectados” puesto que el juicio normalizante adopta una estructura jerárquica ascendente. En el cuadro 2 se contrasta el modelo de poder tradicional con el moderno, propio de nuestra época, para señalar cómo las creencias sociales dominantes ejercen su influencia sobre las personas y sus vidas.

Cuadro 2. Diferencias entre el poder tradicional y el moderno
 (Adaptado de White, 2000).

	Poder Tradicional	Poder Moderno
Mecanismo de control	Control social a través del juicio moral ejercido por representantes e instituciones del estado	Sistema de juicio normalizante ejercido por personas paritarias en la evaluación de sus vidas y las de los demás
Quién ostenta el poder	Está ubicado en un centro definido y responde a los intereses particulares de los monopolizadores	Ubicado en circuitos de alianzas y coaliciones cambiantes con intereses similares. Es difuso, no se localiza con claridad
Figura representativa	Jerarquía piramidal: de arriba hacia abajo	Panóptico: Se desarrolla y refina a nivel local
Participación	La gente está a las afueras y son objetos del poder. El poder es impuesto	La gente participa activamente en la construcción de sus vidas de acuerdo con los cánones
Acciones	Oprime, reprime, limita, prohíbe, impone, coarta	Agrupar a la gente para la vigilancia y establecimiento de lo normativo
Tecnología del poder	Empleo de símbolos de poder, ceremonias, castigo público. Busca generar temor	Basada en el continuum normalidad/ anormalidad, tablas de desempeño, fórmulas para la categorización de las personas, etc.

Frente al conocimiento dominante Foucault habló de cierto tipo de conocimientos minoritarios que se producen a nivel local y que no encuentran espacio para

expandirse a los que denominó conocimientos subyugados. A partir de estas ideas, White terminó de articular la dimensión *narrativa dominante versus narrativa alternativa* que es, en definitiva, el constructo nuclear alrededor del cual gravita el resto de su teoría.

3. Consideraciones acerca del cambio

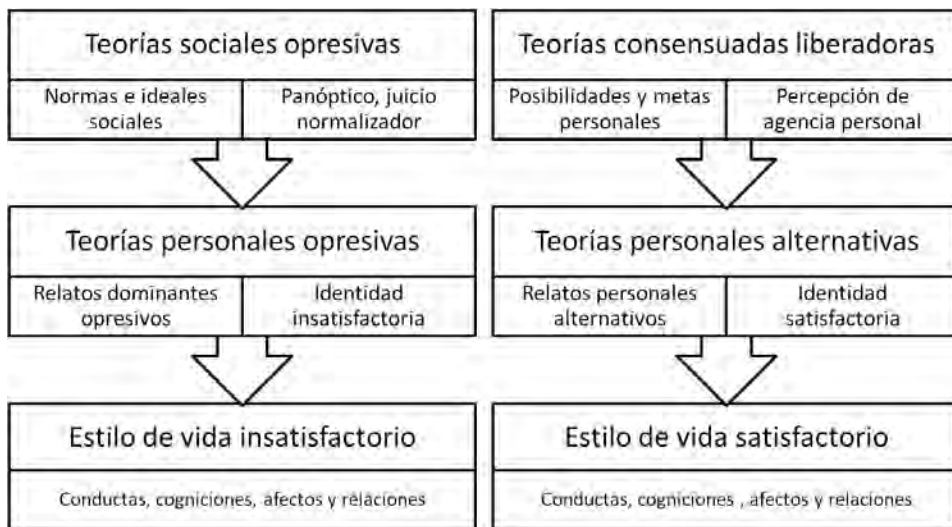
Como hemos visto, el foco de atención principal de la TN lo constituye la relación del individuo con su entorno. Concede un papel central al lenguaje puesto que concibe al hombre como un narrador de historias que a través de los relatos da orden, coherencia y significado a la experiencia vital. El terapeuta asume la responsabilidad de proveer una conversación especial que permita generar el cambio. De forma general, el proceso terapéutico podría resumirse en tres fases:

1. El terapeuta realiza un acoplamiento con el cliente o la familia para **detectar la narrativa dominante** saturada por el problema. Así el terapeuta debe captar los mandatos y modelos sociales de los que derivan los patrones narrativos habituales en sus discursos.
2. En la segunda fase el terapeuta trata de **deconstruir** las narrativas relacionadas con el estilo de vida insatisfactorio. Es aquí donde el proceso de externalización adquiere mayor intensidad. El terapeuta centra sus esfuerzos en comenzar a separar la identidad de los clientes de la asignada por los diagnósticos psiquiátricos y los cánones sociales.
3. En la tercera fase, una vez se ha deconstruido la narrativa dominante que sometía a la persona a un estilo de vida insatisfactorio, la terapia se centra en **construir narrativas alternativas** que contradigan al relato opresivo dominante y que recuperen dimensiones de competencia y satisfacción personal. La terapia suele culminarse con la aplicación de técnicas específicas como cartas o rituales diversos, como veremos más adelante.

Un aspecto crucial a tener en cuenta es que se trata de un programa basado en cambios mínimos, es decir, se prima la dirección de los avances que va haciendo la persona sobre la frecuencia o intensidad de los mismos. En este sentido las "recaídas" son re-definidas como bajones propios de la adaptación al nuevo estilo de vida. La estrategia terapéutica básica consiste en amplificar lo positivo y maximizar los cambios por mínimos que puedan parecer. Esta perspectiva confluye sincrónicamente con la terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer (1982, 1985, 1988) aunque, al parecer, no se influyeron mutuamente. El proceso de la terapia breve de de Shazer se concentra en indagar cuidadosamente sobre los sucesos positivos de la vida de sus clientes, se focaliza principalmente en la parte constructiva del proceso esbozado arriba. Para ello, resulta fundamental que los clientes descubran lo positivo que ya están haciendo y que recuperen el control sobre sus vidas. En la actualidad muchos terapeutas integran ambos modelos de terapia en su práctica clínica.

Antes de detallar el proceso de externalización mostramos, a modo de síntesis de lo expuesto hasta ahora, un esquema de cómo la TN entiende la patología y cuál es la alternativa terapéutica que propone (figura 1).

Figura 1. Esquema del modelo de Terapia Narrativa de White



4. El proceso de externalización

La utilidad del procedimiento de externalización, al igual que cualquier otra técnica, depende en gran medida de la manera en que se haya definido el setting terapéutico, de las características de la familia con la que se esté trabajando, del momento del proceso terapéutico en que se encuentre la intervención, del contexto institucional en el que trabaje el terapeuta, de sus habilidades conversacionales, de la aceptación por parte de la familia del trabajo metafórico, etc. No puede pasar desapercibido que este procedimiento es claramente de carácter interactivo, que se basa en co-construir a través del diálogo historias alternativas que favorezcan la disolución de los problemas. El éxito de la técnica, por tanto, no radica en el modo en que el terapeuta aplica el procedimiento sino en la interacción entre la familia y el terapeuta y las narrativas resultantes de la conversación entre los mismos.

Veamos más en detalle y de forma secuencial cómo se lleva a cabo el proceso de externalización. Una primera decisión que se tiene que tomar es **qué va a ser externalizado**. En este sentido es el cliente el que tiene que proponer la metáfora externalizante. El terapeuta, por su parte, debe decidir sobre qué aspecto del problema o de la vida del cliente va a sugerir el trabajo de externalización. Por ejemplo, en un caso de depresión, un cliente señalaba que de forma especialmente significativa le abrumaban pensamientos sobre un futuro desesperanzador. Todos estos pensamientos seguían una lógica del tipo “y si no consigo dinero”, “y si mi

pareja me deja”, “y si tengo un problema de salud” y le paralizaban a la hora de tomar decisiones con respecto a su vida de pareja y su vida en general. El equipo terapéutico consideró externalizar estos pensamientos a los que el cliente decidió bautizar como “*los malditos Y sis*”. A partir de esta mínima metaforización, el cliente pudo observar la influencia que ejercían sobre su vida cotidiana y pudo, con ayuda de su pareja, aprender a ponerlos en su lugar de manera que resultasen menos molestos para su vida a medida que avanzó la terapia. Es importante tener en cuenta que la definición externalizante del problema puede fluctuar a lo largo del proceso. Así por ejemplo, una persona con problemas de adicción a la cocaína, puede empezar luchando contra el “*maldito veneno*” que intoxica sus ganas de vivir o el “*gusano hambriento*” que sustenta las ganas de consumo, para pasar a luchar después contra la “*traicionera impulsividad*” que le juega malas pasadas a la hora de tomar decisiones. En otras ocasiones, el problema externalizado originalmente se mantiene a lo largo de todo el proceso. En otras ocasiones es la propia familia la que viene con una visión externalizadora. Aun en estos dos últimos casos, la externalización suele sufrir una transformación paralela al avance de la terapia. Especialmente cuando se utiliza un recurso analógico para la externalización es aconsejable marcar los avances en el propio objeto utilizado. Por ejemplo, un cliente utilizó una figura de arcilla en forma de mano para externalizar la inseguridad (que le aprisionaba y le impedía hacer cosas), a medida que avanzó la terapia, el terapeuta le sugirió que fuese arrancando dedos a la figura como símbolo de la pérdida de poder del problema.

Frecuentemente lo que se decide externalizar tiene que ver con algún aspecto negativo del problema por el que la familia ha solicitado el tratamiento. El sentido común invita a que el criterio preferente sea el considerar qué elemento o elementos de la situación actual preocupan más a la familia y qué aspectos internalizados están bloqueando la posibilidad del cambio. No hay que olvidar que el objetivo primordial de la danza identitaria entre lo internalizado y lo externalizado es ofrecer posibilidades viables para la resolución del problema. En cierto sentido, la elección sobre lo qué va a ser externalizado focaliza la conversación terapéutica en torno a uno o varios aspectos que marcarán el curso de la terapia. Beyebach (e.g. Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994; Beyebach, 2006) basándose en su amplia experiencia clínica en modelos breves de terapia familiar, enumera una serie de indicaciones para el uso de la externalización en función de la situación clínica y de las características del cliente (véase cuadro 3).

Otra consideración importante es que lo que es susceptible de ser externalizado no son sólo los aspectos negativos ligados a la sintomatología de un trastorno. También pueden ser externalizadas las creencias que van ligadas al mantenimiento del problema. En este sentido podría decirse que existen dos modalidades de externalización: la primera consiste en hablar del problema o el síntoma como si fuera un personaje externo. En la segunda, el problema se relaciona con ciertas

**Cuadro 3. Recomendaciones en el uso de la externalización
(Adaptado de Beyebach y Rodríguez Morejón 1994).**

Situación Clínica	Objetivo y efecto buscado
Clientes que se muestran pasivos, resignados o incapaces para hacer frente a una situación.	Aumentar la responsabilidad sin culpabilizar.
El cliente está paralizado por los sentimientos de culpa.	Desplazar la culpa y recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema.
La Familia está enfrentada por el problema.	Reestructurar las posiciones de la familia frente a un enemigo común.
El cliente muestra una fuerte internalización del diagnóstico.	Aplacar las connotaciones peyorativas del diagnóstico.
El cliente sostiene creencias fuertemente arraigadas que mantienen el problema.	Cuestionar las creencias de los clientes sin que se sientan atacados.
El cliente se expresa de forma ambigua y poco concreta.	Ayudar a establecer un punto de referencia concreto al que poder hacer alusiones.

creencias o modelos sociales que gobiernan el estilo de vida del cliente sin que este lo haya notado. Considérese por ejemplo el caso de una pareja en la que uno de sus miembros padece una enfermedad física crónica como el cáncer. Las parejas que pasan por una experiencia como esta suelen ver amenaza su estabilidad familiar y conyugal puesto que la aparición de la enfermedad y su cronicidad implican cambios en los roles y en la estructura familiar (Navarro, 2004).

En el caso de David y Sandra, el cáncer había inundado la totalidad de sus vidas. David llevaba enfermo más de dos años y a pesar de que la posibilidad de morir a causa del tumor era bastante baja, las consecuencias del tratamiento con quimioterapia habían socavado sus capacidades funcionales tanto a nivel laboral como familiar. Ambos miembros de la pareja se sentían consternados por la pérdida de la normalidad que había supuesto la aparición del cáncer. Tal era la consternación que la relación entre ambos giraba completamente en torno a la enfermedad. David, quejumbroso por los dolores y las molestias, y Sandra, sumida en su rol de cuidadora, habían transformado su relación de pareja hasta convertirla casi en una relación de enfermera y paciente. Ninguno de los dos estaba satisfecho con la situación, pero el no poder ventilar estos sentimientos por miedo a herirse mutuamente, provocaba que la insatisfacción se tradujera en un mayor distanciamiento emocional entre los miembros de la pareja e incluso facilitaba la aparición de síntomas de tipo depresivo en Sandra. En este caso resultaba del todo adecuada una intervención terapéutica que ayudase a poner la enfermedad en su lugar. Para ello, combinamos ambas

modalidades de externalización en la terapia. Por un lado se metaforizó la enfermedad como “un diablillo caprichoso” que daba órdenes y que no entendía de las necesidades de la pareja. Este movimiento permitió unir a la pareja contra la enfermedad y que ambos pudieran expresar qué necesidades estaban siendo desatendidas por culpa del caprichoso diablillo. En un momento más avanzado de la terapia se analizaron las creencias de Sandra acerca de su rol de cuidadora. Se externalizó la creencia de “la mujer como sostén de la familia” lo que permitió analizar e identificar los requerimientos abusivos de este rol y que ganara tiempo y espacio para otras necesidades relevantes en su vida.

Por último, señalar que aunque la externalización sea un procedimiento aplicable a una gran variedad de situaciones y condiciones clínicas tiene algunas excepciones en su uso. Como señalan Payne (2002) y el propio White (White y Epston, 1990) no debe utilizarse en casos de abuso y maltrato como el abuso sexual, la violencia de género, las violaciones, el bullying, etc., cuando se trabaja con el agresor. Ante tal situación el terapeuta tenderá, en todo caso, a externalizar las creencias y actitudes que fundamentan la agresión para desmontar el discurso que justifique la violencia.

4.1 De la problematización de la persona a la personificación del problema

Una vez tomada la decisión de qué va a ser externalizado es momento para **ponerle un nombre**. Habitualmente este nombre va asociado a la manera en que las personas definen el problema cuando llegan a la consulta. En la práctica clínica se observa que cada familia y cada miembro tiene una forma específica de formular el problema por el que consultan. Es importante que el terapeuta muestre sensibilidad hacia las características específicas de cada situación de manera que la redefinición del problema resulte creíble, asumible y próxima a la experiencia particular de la familia.

Una forma típica de negociar el nombre con el cliente o la familia de lo que se va a externalizar es indagar sobre la definición del problema y alentar a que ellos mismos lo concreten, a través de la imaginación, en un nombre que lo represente. En este primer movimiento táctico comienza la personificación del problema al que después habrá que dotar de connotaciones específicas. A continuación transcribimos una secuencia conversacional en la que se pone de manifiesto esta fase del proceso. En este caso, un joven con problemas de adicción a la cocaína y el cannabis definía el problema como un impulso irrefrenable que le llevaba al mismo sitio una y otra vez.

Terapeuta: ¿Cómo definirías ese impulso que no puedes frenar?

Carlos: pues... no se... como eso, un impulso, no lo sé. Pues que me llama y no puedo dejar de escucharlo... es una mierda... luego me arrepiento.

Terapeuta: entiendo... ¿Entonces quieres decir que de alguna manera hay

una voz que te invita a seguir ese camino que siempre te lleva al mismo sitio?

Carlos: Sí, algo así. Pero cuando escucho esa voz... es que no escucho otra sabes, se me va la pinza.

Terapeuta: ¿Y cómo llamarías tú a esta especie de voz?

Carlos: no te entiendo ¿Que cómo se llama?

Terapeuta: Sí, para que podamos entendernos tú y yo, si fuese una persona y tuvieras que ponerle un nombre ¿Cómo la llamarías?

Carlos: Pues... no sé (pausa.) La verdad que te come la olla. Si fuese una persona se llamaría Mr. Comecocos.

Terapeuta: (risas) ¡Qué bueno! Parece que Mr. Comecocos es un auténtico experto en convencerte de que hagas cosas que no quieres.

Carlos: Ya te digo ¡Menudo listillo!

En este ejemplo se ve como el joven acepta rápidamente la propuesta que le hace el terapeuta, pero esto, obviamente, no siempre ocurre así. En ocasiones habrá que desistir de la técnica o buscar otro foco si se atasca el proceso o no resulta útil para la familia. Si bien hemos dicho que existen básicamente dos modalidades de externalización, las técnicas para personificar el problema son múltiples y las metáforas resultantes infinitas. Las posibilidades tácticas están al servicio de la imaginación y la creatividad del terapeuta. Cuando por algún motivo la persona tiene dificultades para encontrar un nombre, resulta de gran utilidad introducir un elemento analógico, como la mano de arcilla que hemos comentado antes. De esta manera, se ayuda a definir la externalización. El terapeuta puede mandar la tarea al cliente de que traiga al próximo encuentro algún objeto que represente el problema. Esto mismo puede hacerse a través de dibujos. La utilización de dibujos para comenzar la externalización resulta especialmente eficaz en el trabajo con niños y adolescentes y sus familias. En el caso del joven del ejemplo anterior, se le pidió que realizara un dibujo que representase a Mr. Comecocos (figura 2). Una vez realizado el dibujo se le pidió que describiese las características de este personaje. Escribió lo siguiente:

“Despreocupado, liante, malo, descontrolado”.

“Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él.”

La descripción de las características del problema, como en el caso de Mr. Comecocos, forma parte de la siguiente fase del modelo que White denomina **preguntas de influencia del problema sobre la persona**. Consiste en describir cómo el problema influye en la vida de las personas en todas las esferas: conductual, emocional, física, relacional. Pueden ser preguntas del tipo ¿Qué te hace pensar, sentir, hacer y cómo te lleva a relacionarte (el personaje o creencia que sea)?

Resulta conveniente atribuir al personaje los aspectos negativos que se derivan

Figura 2. Dibujo de externalización



del problema y atribuir lo positivo a la persona. En este sentido, utilizar *expresiones personificadoras* y un *lenguaje de guerra* resulta de gran utilidad (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). Ejemplos prototípicos de ello pueden ser: “*los malditos ‘Y sis’ están tratando de hundirte*”, “*la colonización de los ‘Y sis’*”, “*parece que Mr. Comecocos sabe cómo vencerte*”, “*la tiranía de la ruin caca*”, “*la batalla contra el gusano hambriento*”, “*el pulso contra el diablillo caprichoso*”, “*la opresora mano de la inseguridad*” o “*el sometimiento a los mandatos de la visión*”

de la mujer como sostén de la familia”.

Todas estas intervenciones tienen el don de generar una distancia cada vez mayor entre la persona y el problema. Del mismo modo que en el modelo dialógico del self se generan diálogos entre las distintas voces interiores (Hermans y Dimaggio, 2004), resulta muy útil contraponer la voz del problema con la voz de la persona y la familia, intensificando las diferencias entre ambos y polarizando los atributos positivos y negativos en uno y otro bando (Beyebach y Rodríguez Morejón, 1994). Y si la situación lo requiere se puede optar también por externalizar algún atributo positivo con la finalidad de hacerlo más consciente y engrandecerlo.

En el caso de niños y adolescentes (aunque también es aplicable en adultos) resulta muy eficaz continuar con los dibujos iniciales generando una historia en torno a ellos que describa el tipo de relación que se mantiene con el problema tanto en el pasado como en el presente y especialmente en el futuro. Continuar esta historia y compartirla con la familia ayuda a que tengan un lenguaje común, sentido como propio y relacionado con su experiencia, para hacer frente al problema, recuperar el control sobre el mismo y descubrir cuál puede ser la vía alternativa para recuperar una vida satisfactoria. En la figura 3 se presenta una viñeta dibujada en la tercera sesión por el joven que luchaba contra la influencia de Mr. Comecocos.

4.2 La nueva narrativa de la historia preferida

Una vez que se ha descrito de una manera más o menos detallada la influencia que ejerce el problema sobre la vida de la persona y sus relaciones, se invierte el sentido de la entrevista y comienza una segunda tanda de **preguntas acerca de la influencia de las personas sobre el problema**. El objetivo fundamental consiste en identificar episodios concretos en los que el cliente y sus familiares no dejaron que el problema externalizado o las creencias y modelos opresivos del contexto social pautaran sus vidas por completo. Es decir, hay que incluir en la nueva narrativa episodios de la experiencia que contradigan la antigua narrativa. Es lo que White denominó **acontecimientos extraordinarios**.³

Por lo general no resulta sencillo que las personas identifiquen este tipo de hechos en el flujo de su experiencia. Menos aún cuando la narrativa está muy saturada por el problema. Esta fase exige un auténtico ejercicio de virtuosismo exploratorio por parte del terapeuta para ayudar al cliente y a sus familiares a que identifiquen acontecimientos extraordinarios. Estos pueden rastrearse en el pasado remoto o el inmediato, o incluso en el espacio entre sesiones. También pueden buscarse en la experiencia presente, estos son los que tienen lugar durante el transcurso de la sesión. Pero también pueden identificarse en el futuro mediante preguntas relativas a las intenciones o planes que tiene la persona para hacer frente a los problemas. La descripción pormenorizada de la fase anterior, de la influencia del problema sobre la vida de la familia, facilita encontrar matices en la experiencia del cliente que contradiga la narrativa dominante. El terapeuta debe estar receptivo

Figura 3. Presente, pasado y futuro de la relación con Mr. Comecocos



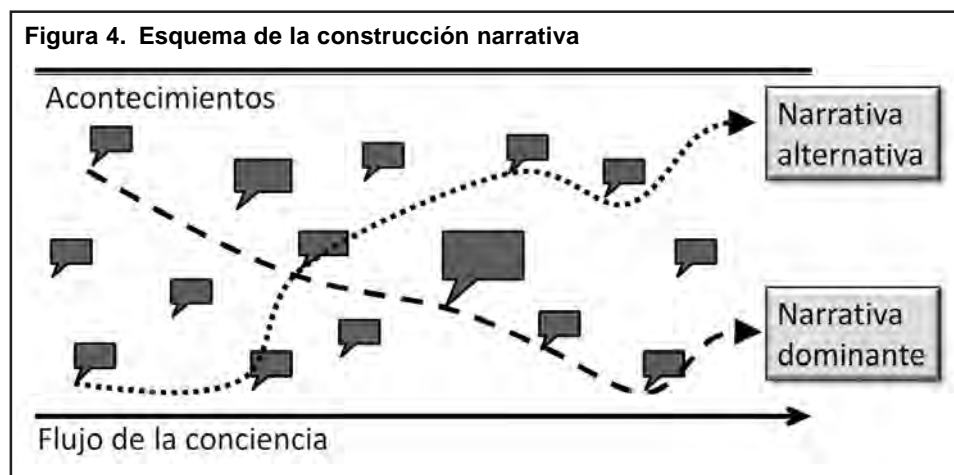
a cualquier señal que marque una diferencia para poder amplificarla a través de preguntas destinadas a construir nuevos significados. La táctica para generar una narrativa alternativa consiste pues en encontrar puntos de entrada en la historia de la persona que permitan construir nuevos significados que sostengan una identidad libre del problema y que potencien un sentido de agencia personal.

Como estrategia fundamental para generar nuevos significados White (1994)

toma prestada de Bruner (1986) la distinción entre el **panorama de acción** y el **panorama de conciencia**. El primero hace referencia a los hechos, las conductas y pensamientos que tienen lugar en un nivel factual de la experiencia. El segundo, en cambio, es el lugar donde yace el mundo del significado y las implicaciones que tienen esos hechos, conductas y pensamientos para la persona y su sentido vital. Cuando se localiza un acontecimiento extraordinario se pueden formular preguntas relativas al panorama de acción tales como: ¿Cómo has conseguido enfrentarte eficazmente al problema? ¿Qué hiciste o qué pensaste para que esos episodios tuvieran lugar? ¿Qué te dijiste a ti mismo para actuar así? ¿Qué abono el terreno para que aflorara esa idea? ¿Qué hiciste para mantener esa idea hasta el final?

Las preguntas relativas al panorama de conciencia en cambio buscan aclarar el significado que tiene para la persona tales acontecimientos, por ejemplo: ¿Qué indica esto acerca de tus cualidades como persona? ¿Qué estás descubriendo de ti ahora que antes estaba oculto por (creencia/ personaje)? ¿Por qué es importante para ti que sea de otra manera? ¿De qué forma va a repercutir esto en tu relación con el problema? ¿Y con tu familia? ¿Qué crees que dirá de ti tu mejor amigo cuando sepa acerca de esto? ¿Qué otras personas que te conocen llegarían a la misma conclusión que tú?

Cuantos más acontecimientos extraordinarios puedan localizarse más fácil resultará tejer la nueva narrativa. Sin embargo, tal y como señala White sólo con identificar uno es suficiente si resulta suficientemente significativo para la persona. Lo más habitual es que se localicen varios en distintos momentos temporales de la historia de la persona. Es tarea del terapeuta facilitar que la persona establezca las conexiones necesarias para dotar de coherencia a la historia alternativa resultante (figura 4). En cierto sentido, el mero hecho de preguntar acerca de acontecimientos extraordinarios puede suscitar que sucedan al focalizar la experiencia consciente de la persona en búsqueda y captura de la diferencia.



En TN los terapeutas adoptan una actitud de doble escucha. Permanecen muy atentos a la narrativa que la familia trae a la sesión pero al mismo tiempo se concentran en percibir qué significados se esconden en lo no dicho o no narrado. Es lo que White denominó **lo ausente pero implícito** (White, 2000). Este concepto hace referencia a que la categorización de una experiencia en torno a un significado se hace en base a una diferencia, sólo puede hacerse por contraste a lo que no es. Por ejemplo, sólo puede conocerse la desesperación si la persona tiene un conocimiento acerca de la esperanza. Una historia de soledad habla también de experiencias de conexión con los otros. En este sentido White propone que toda atribución de significado a una experiencia esta en relación a un opuesto que a menudo no es expresado pero que se encuentra latente en la narrativa. En su terminología, siempre hay un punto de resistencia frente a las prácticas de poder del discurso dominante.

Si aplicamos esta idea al marco de la terapia, la familia no sólo nos habla de lo que es el problema sino también de lo que el problema no es. El significado emergente de la línea de implicación de lo opuesto supone un punto de salida a la narrativa constrictiva del problema pues lo ausente pero implícito ofrece múltiples vías para describir el tipo de relación que la familia o cliente mantiene con el problema. Como guía para la conversación el terapeuta puede preguntarse a sí mismo en qué significados latentes se apoya la narrativa saturada por el problema y en qué forma pueden conectarse con la historia alternativa. El terapeuta debe tratar de hacer visible los significados que no son evidentes pero que están por implicación o contraste en la narrativa presentada. Normalmente estos significados entrañan valores importantes de la persona y esperanzas vitales que han sido quebrantadas o subyugadas por la aparición del problema. Carey (2006) propone algunos ejemplos de preguntas que ponen de manifiesto estos valores en una persona que expresa dolor emocional como resultado de una experiencia traumática: ¿Qué dice este dolor acerca de tus creencias importantes sobre la vida que han sido subyugadas o violadas? ¿De qué dan testimonio estas lágrimas acerca de lo que es preciado para ti? ¿Qué conocimientos importantes del mundo han sido insultados, degradados, transgredidos o pisoteados?

En nuestro ejemplo del joven muchacho que luchaba contra Mr. Comecocos también se puede inferir lo ausente pero implícito. Como está descrito más arriba, el joven describió al personaje como “*despreocupado, liante, malo, descontrolado. Mr. Comecocos pasa de todo, es un despreocupado que entra en mi vida para liarme y entrar en su mundo, me aísla. Es un mundo descontrolado y malo que rige él*”. En estas líneas se puede leer claramente una alternativa al problema basada en la historia de alguien preocupado, responsable, bueno, con capacidad de control y conectado con los demás. Los significados opuestos a la expresión narrativa del problema tienen que ser contrastados con el cliente y sus familiares y observar de qué manera estas características se manifiestan en las acciones que llevan a cabo y cómo se conectan con sus valores personales.

Como puede observarse existen múltiples vías de entrada para construir la historia preferida. La idea básica radica en facilitar que las personas reflexionen sobre su experiencia, descubran nuevos valores, redescubran viejas esperanzas y adquieran compromisos con ellas mismas que les guíen hacia una vida mejor. White (2007) sistematizó ciertos recursos conversacionales para orientar la narrativa en el proceso terapéutico. Incorporó las metáforas del andamiaje y la zona de desarrollo próximo, creadas por Vygotsky (1962) y desarrolladas por Bruner (1990) para estructurar la práctica de conversaciones terapéuticas. A través de estos recursos el terapeuta puede ayudar al cliente a pasar de lo *conocido y familiar* de la narrativa del problema a lo *no conocido pero posible de conocer* de la historia preferida. Estos desarrollos teóricos están detallados en una de las últimas obras antes de su muerte. En ella White (2007) describe una serie de mapas basados en el andamiaje para guiar la conversación terapéutica de manera que facilite la consecución de distintos objetivos en la emergencia de la historia preferida. Remitimos al lector interesado en profundizar a dicha obra que, de momento, solo está disponible en inglés.

4.3 Mantener y enriquecer la nueva narrativa

En el primer paso del proceso se le da un nombre al problema que permita objetivarlo como algo externo. Seguidamente se explora sobre dos aspectos cruciales. Primero cómo el problema influye en la vida de las personas y después la manera en que las personas influyen sobre el problema. A partir de los acontecimientos extraordinarios y del significado ausente pero implícito se comienza a tejer una historia diferente a la inicial. Pero es evidente que la historia, nunca mejor dicho, no ha hecho más que empezar.

La pregunta más habitual que formulan los alumnos cuando están realizando un entrenamiento en un modelo breve como la TN suele referirse a cómo se logra un compromiso para el cambio cuando el problema del cliente o la familia tiene cierta gravedad o bien cuando muestran reticencias para continuar con la todavía incipiente historia alternativa. Por ejemplo, en el marco de las drogodependencias se observa a menudo que la persona puede haber aceptado el trabajo de externalización sobre la conducta adictiva y haber identificado acontecimientos extraordinarios en los que ha conseguido el control sobre su vida y, sin embargo, no sentirse en disposición para continuar con la terapia o para cesar el consumo y seguir dando pasos en el proceso de cambio. La propuesta de White para este tipo de situaciones consiste en plantear al cliente o la familia un **dilema** que hay que resolver. Al plantear el dilema se contraponen dos situaciones opuestas respecto a las cuales el cliente ha de tomar una decisión. En un extremo del dilema, se plantea la posibilidad de seguir con o aumentar la sumisión al personaje o modelo que haya sido externalizado. En el otro, se sitúa la posibilidad de continuar con la libertad personal experimentada en los acontecimientos extraordinarios. Cuando se realiza este movimiento conviene concretizar a través de preguntas los efectos y consecuencias

de ambas posturas. Se preguntaría por ejemplo, ¿Cómo deberías hacer para aumentar tu sumisión a (personaje/ creencia)? ¿Qué tendría que pasar para que el (personaje/ creencia) ganara más terreno? Con el objetivo de esclarecer qué cosas harían que el problema fuese a peor. Como contrapartida se recuerda el futuro positivo dibujado por los desenlaces inesperados, se evalúan los inconvenientes que conlleva el realizar pasos en esta dirección y se explicitan las estrategias y recursos que tiene la persona para afrontarlos. La decisión queda a la voluntad de la persona.

Como ya hemos señalado en un apartado anterior, se trata de un programa basado en cambios mínimos por lo que llegados a este punto del proceso el foco terapéutico se centra en amplificar cualquier cambio que se haya dado por mínimo que sea. La estrategia a seguir durante esta fase de la terapia consiste en identificar los **episodios satisfactorios** de la experiencia de la familia y entretrejerlos con la imagen de cambio generada a partir de los desenlaces inesperados. Ejemplos de preguntas en esta línea son: ¿Qué ha ido mejor desde la entrevista anterior? ¿Qué hiciste para conseguir que esto sucediera? ¿Qué más personas se dieron cuenta de este logro? ¿Qué cosas diferentes crees que vieron en ti? ¿Cómo reaccionaron ellos cuando lo notaron? ¿En qué te ayudó (personas significativas)?

En esta misma línea resulta de gran ayuda para el cliente realizar preguntas que identifiquen las posibilidades relacionadas con los **sí mismos posibles positivos** que emergen de la nueva narrativa. En concordancia con la terapia centrada en soluciones, en estas preguntas es importante dar por supuesto que el cambio ocurrirá. Realizar este tipo de preguntas cuando procede no sólo favorece el timing del cambio sino que además ayuda a la persona a tener una imagen muy clara y definida de lo que es el cambio. Por ejemplo: ¿Qué vas a hacer, pensar, sentir *cuando* esto pase? ¿Quién *será* el primero en advertir los cambios? ¿Cómo *va a reaccionar* (persona significativa) cuando se dé cuenta de ello? ¿*Cuándo* esta persona reaccione así, cómo *vas a reaccionar* tú? ¿Qué pasará *cuando* mantengas este cambio?

Como se habrá dado cuenta el lector, los verbos y las conjunciones de las preguntas eluden deliberadamente el uso del condicional para remarcar la idea de que el cambio tendrá lugar. Es importante que el terapeuta tenga esto en mente a la hora de elaborar su discurso. Una tercera vía de acción consiste en realizar preguntas acerca del futuro próximo. Estas pueden ir dirigidas a dos tipos de objetivos. Las primeras van dirigidas a determinar cuáles son las **posibilidades extraordinarias** que el cliente puede conseguir: ¿Qué cosas te ves capaz de conseguir de aquí a seis meses con esta nueva imagen de ti mismo? ¿Cómo te vas a sentir cuando veas que has dado este paso? ¿Qué pasos estas dando ya que van en esta dirección?

La otra serie de preguntas sobre el futuro tienen por objetivo identificar y seleccionar audiencias adecuadas que ayuden y mantengan la nueva identidad de la persona. Son las llamadas **preguntas de difusión extraordinaria o de circulación**. Ejemplo de ellas pueden ser: ¿Quiénes han percibido estos cambios? ¿A quienes les comunicaremos las buenas noticias primero? ¿Cómo les harás saber lo

que has logrado? ¿Cómo van a pensar y reaccionar cuando lo sepan? ¿Qué será diferente en tu relación con ellos?

Como habrá observado el lector, se trata, en definitiva, de enardecer la libertad de las personas frente a la constricción vital impuesta por el problema. La estrategia general consiste en situar al cliente en una posición de mayor control sobre los acontecimientos de su vida, clarificar las posibilidades positivas que brotan de la nueva posición y vincular estas experiencias con una nueva identidad teniendo muy presente el contexto relacional de la persona o familia consultante. Es esencial que la renovación identitaria resultado del cambio vital se vea confirmada y enaltecida por la red de relaciones significativas de la persona. La TN, prolífica en el diseño de estrategias para tal fin, acostumbra a ritualizar el cierre de la terapia en base a intervenciones que apelen a la audiencia de voces externas (e internas) implicadas en la trama resultante de la lucha entre las dos historias: la saturada por el problema y la preferida. La explicación de estos procedimientos nos conduce ineludiblemente al siguiente apartado.

5. Cómo finalizar la terapia

La TN busca que las personas re-escriban sus vidas a lo largo del proceso terapéutico. En consonancia con la nueva historia vital generada, la persona experimenta un cambio identitario, denominado en la jerga de la TN **migración de identidad**. White (1986) buscó una metáfora que reflejase este proceso de transición identitaria para definir la terapia. Encontraron que la noción de *Rito de pasaje* o *Rito de paso* descrita por van Gennep era una analogía muy adecuada para enmarcar el tipo de trabajo terapéutico que habían configurado.

El rito de pasaje es definido por van Gennep como un fenómeno universal que se realiza a través de rituales diversos en función de la cultura en que se dé y que está destinado a facilitar las transiciones de la vida social, de un estatus a otro o de una identidad a otra. El rito de paso concluye con la reincorporación de la persona a su mundo social y familiar pero en una posición diferente. A su vez, promueve la participación de las personas significativas del entorno en la celebración y el reconocimiento de que la persona alcanzó un status mejor que el anterior.

Aplicar esta conceptualización a la práctica terapéutica permite alejarse de la noción clásica del fin de la terapia como pérdida y de suscribir el proceso a los límites de la privacidad y la exclusividad de la relación cliente terapeuta. Por el contrario, para completar la migración identitaria será necesario que se proclame, mediante declaraciones que sostengan la idea de que la persona logró realizar la transición con éxito, un reconocimiento social de la nueva posición de la persona.

White y Epston (1990) propusieron diferentes formas de ritualizar el pasaje a la nueva reincorporación y contrastaron con sus clientes y familias consultantes cuáles habían resultado más útiles. Se percataron de que lo más relevante era disponer de una audiencia capaz de dar cuenta del cambio acontecido y de legitimar

la nueva posición de la persona. Fruto de esta revisión concretaron cuatro vías diferentes de llevar a cabo este objetivo:

1. Notificar por escrito el cambio logrado a las personas más importantes de la vida de la persona.
2. Realizar declaraciones personales y redactar cartas o documentos que dejen constancia del nuevo estilo de vida.
3. Celebrar los cambios con algún ritual en presencia de las personas significativas.
4. Consultar al cliente en calidad de experto quien se convierte en asesor del terapeuta.

El cierre narrativo puede revestir múltiples formas y no siempre implica la disolución total del problema. Pero siempre conlleva una re-descripción de la situación problemática y un enriquecimiento narrativo en términos de flexibilidad y coherencia.

5.1 Cartas, documentos y declaraciones personales

El punto 1 y 2 hacen referencia a la utilización de material escrito en psicoterapia. Este es un tema muy amplio puesto que el uso de la escritura por parte del terapeuta o de la familia se ha aplicado a una infinidad de situaciones. Es un medio técnico que no conoce límites y cuya aplicabilidad tiene tantas facetas como terapeutas lo utilicen. No obstante en este sub-apartado vamos a considerar sólo algunos de los procedimientos más habituales que facilitan el final de la terapia. Un trabajo muy sistemático sobre el uso de cartas en terapia familiar puede encontrarse, para quien quiera profundizar, en Linares, Pubill y Ramos (2005). Desde el modelo de TN se le da mucha importancia a cómo la tecnología de poder a través del lenguaje escrito define y moldea a las personas. Por ejemplo, el expediente de un estudiante es un vehículo de la valía de la persona y determinará en parte el acceso a oportunidades laborales. En el caso de los informes psiquiátricos el impacto en la definición de la identidad de la persona es mucho mayor. Con más frecuencia de lo conveniente en la práctica clínica se dan situaciones en las que una persona desenfunda una carpeta llena de informes médicos y psiquiátricos para contarle al infortunado terapeuta la retahíla de conclusiones que los expertos han hecho sobre la persona y su problema. Es por ello que la TN muestra gran interés en *contradocumentar* y describir las capacidades de la persona, su competencia y su lugar en la comunidad a través de cartas, certificados y declaraciones personales.

Una de las técnicas de contradocumentación más famosas en TN es la utilización de *certificados* que den testimonio de los nuevos relatos. Preferentemente se utilizan con niños y adolescentes pero pueden adaptarse muy fácilmente al mundo de los adultos. Tremendamente ingeniosos son los certificados diseñados por White y Epston (1990), por ejemplo: Certificado de Domador de Monstruos y Cazador de Fantasmas, Certificado de Victoria sobre el Pipi Traicionero, Certifica-

do de control sobre la Ruin Caca, Certificado de huida de las Rabetas, los cuales son emitidos por instituciones tan pintorescas como la Asociación Australiana de Domadores de Monstruos y Cazadores de Fantasmas o la Sociedad Internacional de Vencedores del Miedo. Estos certificados se entregan normalmente en el marco de una celebración. En la figura 5 presentamos un ejemplo de un diploma entregado a un niño que había superado un problema de impulsividad.

Figura 5. Certificado de Domador de Caballos Salvajes



Las *cartas* es el otro gran bloque de producciones escritas utilizadas en el transcurso de la terapia. Utilizar cartas como cierre narrativo incrementa la eficacia de la comunicación así como la divulgación de los cambios logrados. Utilizaremos, a modo de ejemplo, la carta dirigida a una pareja fuertemente polarizada que decidió finalizar la terapia prematuramente y que encontró continuación a través del envío de la siguiente carta:

Estimada Pareja:

Queríamos escribiros unas palabras que puedan servir de recuerdo del trabajo que habéis realizado durante estos cinco meses. Lo primero de todo felicitaros porque después de muchos años en los que habéis estado jugando en bandos contrarios a consecuencia del sometimiento a la dictadura de la rivalidad, habéis tomado la decisión de volver a caminar uno al lado del otro y empezar a funcionar como un equipo.

Pareciera que habéis empezado a entender la importancia que esto tiene

para el bienestar emocional y la salud individual y de pareja y habéis empezado a ganar terreno a los mandatos de la rivalidad. Os confesaremos que hubo momentos en los que nos preocupaba que no entendierais los riesgos que comportaba jugar en equipos rivales. En la terapia observamos que, bajo el influjo de la consentida rivalidad, tú, Dorotea, dedicabas gran parte de tu atención en señalar lo que Teófilo “no hacía” y tú, Teófilo, aprendiste a responder “escapando”. Así se consolidó el círculo vicioso en el que os quedasteis atrapados: “a mayor crítica, mayor escapismo y viceversa”.

Tanto sufrimiento cuando lo que en realidad los dos estabais buscando todo este tiempo era el reconocimiento, el cariño y el amor del otro. En nuestra opinión, hacéis bien en desoír lo que la rivalidad tiene preparado para vosotros. Durante la terapia habéis realizado algunos pasos en esta dirección:

- 1. Habéis empezado a hablar y compartir las cosas que os preocupan e interesan.*
- 2. Habéis retomado salidas, viajes, actividades, etc... que han sido y son placenteras para vosotros.*
- 3. Habéis empezado a tomar decisiones conjuntamente llegando a acuerdos en los que cada uno tiene que ceder y poner algo de su parte. Os animamos a seguir avanzando en esta dirección: tú Teófilo a seguir amplificando tus señales de cariño y de reconocimiento hacia Dorotea y tú, Dorotea, a continuar poniendo más confianza en Teófilo. Ambos tenéis que valorar los gestos de buena voluntad que cada uno hace hacia el otro, pues es la manera en que podéis desplazar a la obstinada rivalidad. Os deseamos mucha suerte y una buena continuación en la búsqueda del bienestar.*

El Equipo Terapéutico

5.2 Celebración de los cambios

Celebrar los cambios a través de rituales tiene un gran efecto terapéutico. La conveniencia de incluir rituales al final de la terapia (o durante el proceso) viene marcada por el valor cultural simbólico que poseen y por su capacidad para estrechar lazos y legitimar transiciones en la posición e identidad de las personas (García-Martínez, 2012). Sirva como ejemplo el resumen del siguiente caso clínico al que hemos titulado Bruno y La muerte del León.

Bruno era un joven que a pesar de contar con sólo 23 años de edad tenía una larga historia de consumo de cocaína que comenzó cuando era un adolescente pre púber. Cuando llegó a nuestra consulta nos sorprendió su determinación en querer abandonar ese estilo de vida y comenzamos un trabajo terapéutico individual y familiar que se extendería por un periodo de once meses. Durante los primeros

meses la terapia tuvo sus idas y venidas con respecto al mantenimiento de la abstinencia, pero la determinación de Bruno era tal que no le importaba cuantas veces tenía que levantarse y volver a hacer frente a la “fiera salvaje” que le arrastraba al viejo estilo de vida. Al principio la familia estaba dividida con respecto al problema. El padre culpaba al hijo de todas sus fechorías y había desistido de la idea de ayudar, la madre, en cambio, trataba de compensar la actitud del padre con una marcada sobreprotección e indulgencia. Como resultado Bruno actuaba a sus anchas sin que nadie pudiese poner límites y, lo que era peor, contenerle cuando la fiera salvaje empujaba a Bruno hacia la desesperación. Tras unas sesiones conjuntas los padres consiguieron alinearse y ayudar a Bruno poniéndole límites donde él no era aún capaz de controlarse y ofreciendo contención en los momentos de mayor dificultad. Durante los últimos siete meses de la terapia, Bruno mantuvo la abstinencia total con relativa facilidad y nos dedicamos a trabajar sobre otros aspectos de su vida que habían sido desatendidos por satisfacer las necesidades que le imponía la fiera salvaje. Pasados estos meses el equipo terapéutico decidió dar por finalizada la terapia y se convocó a toda la familia para una última sesión especial. En esta sesión se invitó a Bruno y a sus padres a comentar qué cambios valoraban más y cómo habían sido capaces de hacerlos. Los padres reconocieron el esfuerzo de Bruno y éste el de sus padres, sin embargo seguía siendo señalado como el chico problemático que, en esencia, no había cambiado, sólo había aprendido a controlarse más. Esta actitud exigente había sido útil durante una parte del proceso, pero en estos momentos resultaba del todo contraproducente puesto que bloqueaba la consolidación de la historia alternativa de Bruno. El equipo terapéutico consideró necesario ayudar a la familia a completar la migración de identidad y se transmitió el siguiente mensaje para facilitar la etapa de reincorporación del rito de pasaje:

Estimada familia, hemos estado luchando conjuntamente durante once largos meses contra una fiera salvaje, un león, que había destrozado las cualidades tan fascinantes que posee vuestro hijo y que son un reflejo de los valores que vosotros como padres le habéis sabido transmitir. Entendemos que la fiereza del león resulta muy amenazante para vosotros por todas las cosas que habéis tenido que pasar. Sin embargo creemos con total firmeza que Bruno ha sabido dar caza a la fiera salvaje y ha terminado con el peligro que antes acechaba constantemente. Seguro que habéis escuchado la historia de los Masais en África. Los niños de esta tribu llegados a una edad deben cazar un león para demostrar su valor como guerreros. Para ello deben adentrarse en la selva y seguir el rastro de un macho hasta darle caza. Una vez que vuelve a la tribu, se realiza una gran celebración a partir de la cual el niño deja de serlo para siempre y pasa a ser un hombre más de la tribu. Pues pensamos que eso es justo lo que ha sucedido en vuestra familia. Bruno, no sin la ayuda de vuestras enseñanzas, ha conseguido matar al León, y está deseoso de volver a casa para ser

un hombre más de vuestra tribu. Es por eso que creemos que es injusto para todos vosotros no celebrar vuestra victoria y que os privéis de disfrutar del fin de la guerra, por mucho que en la selva haya más leones. Así que os animamos encarecidamente a que celebréis vuestra victoria con todas aquellas personas que significan algo para vosotros sin escatimar en gestos que expresen el amor que sabemos que os procesáis los unos a los otros. Habéis matado al León, es tiempo para celebraciones ¿Cómo podríais empezar?

Tras una breve pausa padre e hijo se levantaron dubitativamente de sus sillas y se dieron un abrazo que llevaba esperando casi una década. Seis meses después en la sesión de seguimiento nos contaban que todavía seguían celebrándolo.

5.3 Archivos de resistencia

En el seminario que impartió Michael White en Bilbao dos años antes de su fallecimiento, manifestó su entusiasmo con respecto al proyecto que desde hacía unos años estaban llevando a cabo: la creación y almacenamiento de archivos de resistencia. Estos archivos están creados por una comunidad amplia de clientes que acceden a participar activamente a través de su experiencia en la resolución de problemas similares a los que ellos tuvieron. La participación puede darse en varios niveles. Pueden ser invitados, si ellos así lo desean, a asistir a sesiones de terapia en las que tendrán el rol de asesores de los clientes que están consultando en la actualidad. También pueden ser invitados como conferenciantes para que den cuenta de su experiencia ante un auditorio interesado. Lo más frecuente es que aporten un testimonio personalizado bien sea por escrito, filmado, pintado, en forma de canción, etc. acerca de cómo se resolvió el problema o qué cosas ayudaron a que la relación de la persona con el problema cambiara hacia una interacción más dócil. Estos son almacenados en un archivo o biblioteca para que puedan ser utilizados por otras personas que pasen por problemas similares. Ejemplos de estos archivos de resistencia pueden consultarse en la página web de la Asociación Española de Terapia Narrativa (ww.aeten.es).

5.4 El cliente como experto

Como se ha señalado más arriba, desde la TN se entiende que cualquier ser humano siempre tiene un punto de resistencia hacia los problemas y discursos sociales de poder. Las personas que se rebelan contra una versión de su historia personal restrictiva o escindida, poseen un conocimiento especial que puede ir más allá de su historia singular. La idea de que estas personas compartan sus conocimientos acerca de los problemas y el modo de resolverlos disuelve el protagonismo del terapeuta en la construcción de la historia alternativa y relega su posición a un facilitador de contextos y relaciones que generen los ingredientes necesarios para que las personas se sobrepongan en la lucha con el problema y sus aliados.

Esta postura *down* del terapeuta también se utiliza como forma de cerrar la terapia. El movimiento consiste en invitar a la familia a una última sesión especial en la que se le consulta en calidad de experta. En la conversación el terapeuta está interesado en aprender sobre la familia y los conocimientos especiales que ha desarrollado en la resolución del problema. Se les preguntan cosas como: ¿Cómo encontraron las estrategias que han sido útiles para solucionar el problema? ¿Cuáles son las nuevas teorías personales que respaldan los cambios conseguidos? ¿Y qué lugar ocupan ahora en su vida? ¿Qué podrían contar a otras personas que atraviesan situaciones similares con la finalidad de ayudarles a resolver los problemas? ¿Qué les diría a las familias acerca de cómo implicarse en la lucha contra los problemas? ¿Qué cosas importantes de su historia particular más allá del problema le gustaría compartir con el resto del mundo? ¿Qué mensaje le gustaría transmitir a los profesionales que trabajan con personas que enfrentan este tipo de problemas?

TERAPIA NARRATIVA Y CONSTRUCTOS PERSONALES

1. Sistema de Constructos Familiares

Como hemos señalado en la introducción, George Kelly fue pionero en adoptar una postura constructivista en psicoterapia. Ajeno a la revolución que seguiría en los años posteriores, se adelantó a su época con su Teoría de Constructos Personales (TCP; 1955/1991) en la que sienta las bases de una psicología que concibe al humano como un ser activo en la transacción con la experiencia vital, constructor de significados, en continua interacción con el mundo que le rodea. En la formulación original de la TCP, la elaboración de constructos se circunscribe al individuo, pero su marco conceptual permite asumir fácilmente el origen social de los mismos. Afortunadamente, Procter (1985, 1991, 2005, 2012) y otros autores (e.g., Feixas, 1990a, 1990b, 1991, 1992a, 1992b) llevaron a cabo este desarrollo ampliando los corolarios de la teoría Kelliana para incluir la profundidad del nivel sistémico en la comprensión de la conducta. En la noción de Sistema de Constructos Familiares (SCF) se sintetiza la integración, bajo la meta-teoría constructivista, del modelo sistémico con la teoría de Kelly (véase Feixas, 1995). De forma similar a lo que hemos denominado mitología familiar en la introducción, el enfoque del SCF propone que los miembros de una familia comparten (en mayor o menor medida) un espacio psicológico en el que negocian una realidad común. Cada miembro adopta una *posición* con respecto a los constructos que conforman el SCF. Este posicionamiento no es estático sino que comienza con la pareja y varía a lo largo del ciclo vital familiar. En este sentido, Ugazio (1998) ha realizado un importante trabajo en el que ha descrito de forma sistemática qué polaridades semánticas familiares (una noción original de Ugazio pero equivalente a la de constructo familiar a los efectos de este artículo) son más frecuentes en diversos trastornos del espectro neurótico. Para esta autora, “cada organización psicopatológica se desa-

rolla dentro de un contexto familiar caracterizado por una polaridad semántica específica [...] el desarrollo de cada psicopatología depende de la posición particular que el individuo y las personas significativas para él adopten respecto a la polaridad crítica” (pág. 33). Señala por ejemplo que en los trastornos fóbicos la polaridad principal se centra usualmente en torno a la semántica de la libertad mientras que la anorexia se enmarca dentro de la semántica del poder (victorioso/perdedor). Otros autores (Montesano, 2009) han explorado cómo en la distimia la semántica de la fortaleza (fuerte/ débil) adquiere especial protagonismo.

A partir de la noción de SCF, Procter (2012) ha diseñado recientemente varias versiones de rejillas cualitativas aplicables tanto en la investigación como en la práctica que permiten mapear los procesos de construcción interpersonal en el contexto familiar. Investigaciones preliminares han mostrado que estas rejillas tienen una gran validez para capturar tanto los procesos de construcción como la dinámica de interacción y que su utilización en el marco de una terapia permite sintetizar de forma gráfica y sencilla la narrativa familiar-individual (Procter, comunicación personal). La técnica permite no sólo dinamizar la comunicación entre terapeuta y familia sino que, lo que es más importante, alienta el entendimiento mutuo entre los familiares, factor clave para el éxito de la terapia. Consideramos que este es un terreno muy fértil para el modelo sistémico y su reto de integrar lo relacional con lo individual, precisamente porque permite utilizar el mismo marco interpretativo para describir los procesos de construcción de los sistemas personales y de los sistemas familiares (Feixas, 1995). Además, la integración de estos modelos resulta viable para describir de forma sistemática procesos y contenidos de los fenómenos psicopatológicos, el segundo de los ejes de evolución de la sistémica.

2. Los científicos cuentan historias

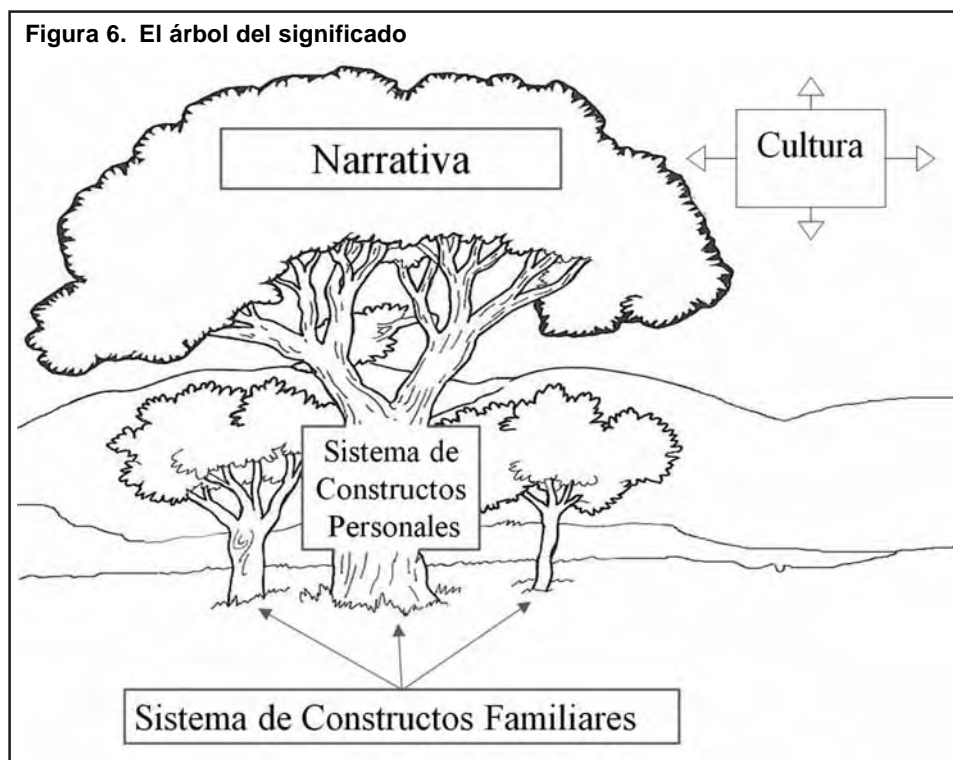
Del mismo modo que la TN entiende que la narración expresa los procesos psicológicos del ser humano, la TCP se apoya en la noción de constructo personal para reflejar la naturaleza del funcionamiento mental. Kelly utiliza la metáfora del ser humano como un científico que elabora teorías, realiza hipótesis y predicciones de futuro en base a sus constructos. A diferencia de la ciencia formal, los humanos utilizamos constructos personales, de naturaleza idiosincrática y a menudo de forma implícita para anticipar los acontecimientos y dar sentido a la experiencia vital (véase Botella y Feixas, 1998). Como señala Procter (2009) el concepto de constructo personal engloba diversos significados: entraña la dimensión perceptual, emocional, conductual y relacional de la experiencia. Separar dichas dimensiones, como es tradición en psicología, se aleja de la vivencia holística que tienen las personas de su experiencia cotidiana y plantea muchos problemas teóricos (véase Feixas, 2003). En cambio, tanto la narrativa como los constructos personales, representan de forma mucho más precisa la extraordinaria complejidad de la experiencia vital. En realidad, ambas unidades de análisis guardan muchas seme-

janzas entre sí y existen muchos puentes entre los desarrollos teóricos y las aplicaciones prácticas de ambos puntos de vista. De hecho, en un sentido amplio, podría incluso considerarse que la única diferencia radica en la forma de puntualizar su metáfora fundamental. La TCP centra más su atención en los procesos intrapsíquicos de la construcción de la experiencia (el hombre como científico), mientras que la TN, de base construccionista, prima los procesos sociales, el discurso y la influencia de las ideologías (el hombre como contador de historias). Pero ambas perspectivas se rigen por la predilección hacia la subjetividad, los procesos ligados a la construcción de la identidad y asumen que es en la experiencia relacional donde se generan y negocian los significados. Mair (1989), un investigador de la TCP fuertemente sensibilizado con el poder de las historias (stories), reescribe el principio fundamental de la TCP de la siguiente manera: “Los procesos de las personas están canalizados psicológicamente por las historias que viven y las historias que cuentan” (pág. 5). A pesar de su compatibilidad no pueden obviarse, sin embargo, las diferencias epistemológicas entre los enfoques constructivistas y los construccionistas. El lector interesado puede disfrutar de un atractivo debate en el volumen 24 del *Journal of Constructivist Psychology* (Brent, 2011) suscitado a raíz de la publicación de uno de los últimos libros de Gergen (2009).

Nuestro interés aquí es esbozar algunos de los puentes entre la TCP y la TN. Nos sumamos a la visión de Procter (2009) cuando afirma que los constructos conforman la trama fundamental de una narración. Para él un constructo “es como el asa de una maleta. Dentro de la maleta reside una (o varias) historias que pueden abrirse o expandirse en mayor o menor medida” (pág. 4). Desde este punto de vista, la narrativa es la aplicación de uno o varios constructos en una secuencia temporal en la que distintos personajes o (partes de uno mismo) se definen y se posicionan en torno a uno u otro polo de la(s) dimensión(es) de significado descrita(s) por dichos constructos. Por ejemplo, un relato de un episodio breve puede contener un constructo incidental, mientras que una narrativa elaborada sobre la vida de la persona podría reflejar el sistema nuclear de construcción. Los constructos subsumen historias en tanto que generan una determinada narrativa o seleccionan qué narrativas son pertinentes a una dimensión de significado concreta. La narrativa y los constructos mantienen por tanto una relación dinámica, la narrativa refleja los constructos en relación y los constructos revelan la síntesis de la narrativa. En este sentido, un sistema de constructos puede generar una extraordinaria riqueza de escenarios narrativos. Pero también puede que la narración, como ocurre con la narrativa sintomática, devenga repetitiva, aplicando una y otra vez los mismos constructos sobre la experiencia vital. Podríamos entender, por tanto, que la narrativa dominante parasitaria descrita por la TN refleja uno o varios constructos centrales que oprimen a la persona y que hacen que la construcción de la experiencia se constriña a esas coordenadas. Cuestionar, flexibilizar o introducir nuevos constructos es el modo de generar una historia alternativa. A su vez, las historias son

la manera principal de ayudar a otra persona a revisar o añadir nuevos constructos a su repertorio (Procter, 2009).

Ya hemos esbozado antes como los constructos personales entroncan con el SCF. Si a ello le añadimos la dimensión narrativa del discurso en el plano interaccional, obtenemos una imagen más precisa de la arquitectura de los sistemas de construcción de significado. Esta podría semejarse a la estructura de un árbol. La narrativa, como las hojas de los árboles, interacciona con el medio, respirando historias, transformando la energía del sol en alimento para sí y en oxígeno para el mundo. El follaje brota de las ramas como la narrativa surge de los constructos personales. Cuando brota una nueva hoja, la rama también se transforma. Y a medida que las ramas crecen permiten aumentar la riqueza y los matices del colorido del follaje. A veces estas ramas son más visibles y explícitas, otras no. Unas son más fuertes que otras, más o menos independientes, pero todas confluyen sobre un tronco primigenio que cumple, con mayor o menor éxito, una función sustentadora. Además, al igual que cada árbol tiene unas características específicas que son tributarias del contexto en el que crece, todo sistema de significado se circunscribe a la cultura en la que se genera (véase figura 6).



Considerando todas estas conexiones entre las unidades básicas de análisis de

la TCP y la TN, no es extraño que ambos enfoques converjan en muchos aspectos de sus procedimientos terapéuticos. Seguro que el lector ya ha percibido la analogía entre lo que White denominó lo ausente pero implícito y la naturaleza bipolar de los constructos descritos por Kelly. White se basa en la noción batesoniana de que el conocimiento es la captación de una diferencia y que, por tanto, todo significado esta en relación a un opuesto. Pero Kelly ya había teorizado acerca de esta forma de entender la generación del conocimiento. Para él, un constructo es la unidad mínima de conocimiento del individuo que consiste en la captación de una diferencia (y una similitud). Definió los constructos como dimensiones bipolares de significado que tiene un individuo para entender y anticipar su experiencia. En consecuencia, la terapia de ambos modelos alienta a los terapeutas a modular la intervención en torno a los contrastes de significado que el cliente o la familia expresan (explícita o implícitamente) en su narrativa. A menudo en este contraste se encuentra la base sobre la que articular el cambio.

En cuanto a la praxis, no puede pasarse por alto tampoco la similitud intencional de la terapia de rol fijo propuesta por Kelly y la creación de una historia alternativa a partir de excepciones de la TN. Desde ambas estrategias, se desafía a la persona a aventurarse en la empresa de experimentar nuevas formas de hacer, sentir y pensar acerca de los sucesos vitales a partir de una propuesta alternativa pero coherente con los valores personales y familiares. Las similitudes técnicas no sólo se ciñen a estos aspectos generales sino que también pueden observarse en cuestiones más específicas de la intervención. Por ejemplo, ambos enfoques procuran conectar siempre la acción con el significado a través de preguntas que permitan la reflexión (e.g., escalamiento, diagrama circular, panoramas de acción y de conciencia). Por otra parte, como se ha descrito más arriba White propuso manejar situaciones de resistencia en terapia presentando un dilema al cliente o la familia. Desde la TCP existe toda una línea de investigación aplicada en la que se ha constatado la importancia de los dilemas implicativos en distintos grupos clínicos (véase Feixas, Saúl y Ávila, 2009; Feixas y Saúl, 2005). A grosso modo, podemos definir los dilemas implicativos como un tipo de conflicto cognitivo en el que la construcción del síntoma está asociada a aspectos identitarios de la persona. A diferencia de la TN, la TCP ofrece procedimientos específicos de evaluación, detección e intervención sobre los dilemas y ha generado una notable cantidad de investigaciones empíricas al respecto (www.usal.es/tcp). Se ha encontrado que tanto la existencia como la proporción de dilemas en el sistema de constructos se asocian con la severidad de los síntomas (e.g., Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ y Pucurull, en prensa) y que el éxito de la terapia, con independencia del modelo, correlaciona con la resolución de dichos dilemas (e.g., Feixas, Saúl, Winter y Watson, 2008).

En definitiva, tanto la TCP como la TN invierten sus esfuerzos en construir elementos teóricos y procedimientos prácticos que den cuenta de cómo los seres

humanos crean sistemas de significado para dar sentido y actuar en el mundo. Conciben al individuo como un contador de historias (Mair, 1989), co-autor de los guiones de su vida (Mahoney, 1988), que construye su mundo en y a través de una red de relatos o narrativas múltiples (Sluzki, 1992). Tanto la TCP como la TN y el modelo sistémico, además de compartir la epistemología constructivista, asumen posturas similares con respecto a diversas cuestiones clínicas como la influencia de la etiquetación como mecanismo mantenedor de la patología, la visión de las situaciones de no cambio como coherentes con la estructura y organización del sistema (individual/ familiar) y no fundadas en la personalidad o en dobles intenciones, la centralidad del lenguaje y la visión de la terapia como un proceso de (re)construcción de significados.

REFLEXIONES FINALES

En poco más de medio siglo de evolución, el campo de la salud mental ha sufrido grandes transformaciones. En el año 1949 el psiquiatra Egas Moniz recibía el premio nobel en medicina por el valor terapéutico del procedimiento de la lobotomía en la psicosis. Muchas cosas han cambiado desde aquel hito histórico. La psicología clínica se ha expandido mundialmente y ha asistido a un vasto desarrollo, no siempre lineal, que ha generado un número de modelos y procedimientos inabarcable. Aun así la historia resulta, a veces, paradójica. Es probable que en la actualidad los investigadores de las neuronas especulares, también llamadas neuronas espejo, opten al premio nobel y sin embargo, durante más de medio siglo diversos autores, especialmente del modelo sistémico, habían anunciado y detallado, sin tener en cuenta la biología subyacente, los fenómenos a los que hacen referencia.

Como hemos visto la sistémica sentó las bases de una concepción relacional del ser humano y del desarrollo de la identidad. En las últimas décadas ha incorporado a su repertorio teórico el concepto de narrativa. No sólo ha sido el modelo sistémico, sino que muchos otros de corte individual han adoptado la perspectiva narrativa para dar cuenta de los fenómenos objeto de su interés. De este modo, las terapias se muestran más sensibles a la experiencia particular de cada cliente o familia, lo que supone una ganancia para los modelos terapéuticos al uso y sus consultantes. Sin embargo aunque la narrativa ha alcanzado una difusión transteórica capaz de contentar las sensibilidades de múltiples modelos terapéuticos, resulta insuficiente para explicar cierto tipo de procesos psicológicos, como por ejemplo los significados implícitos que se encuentran en un nivel no consciente y que, por tanto, no se muestran en la narrativa (como se hace patente en el trabajo clínico con la hipnosis). El marco interpretativo de la TCP, en cambio, es capaz de abarcar tanto la dimensión discursiva como la implícita de los significados y dispone de herramientas sistemáticas para su evaluación. La TN podría beneficiarse ostensiblemente de integrar tales procedimientos en su modelo.

Otra ventaja, sin duda, de la evolución de los modelos de intervención hacia la narratividad tiene que ver con que están más orientados hacia el futuro y menos hacia el pasado, sin obviarlos. La meta-teoría constructivista apela a los modelos terapéuticos a vivir en el mundo de las posibilidades. Es decir, los flexibiliza y les permite pasar de la rigidez estructural de los modelos esencialistas (rasgos, genes, etc.) al mundo de los significados. En consecuencia, se expanden considerablemente las posibilidades terapéuticas pues, como sabe el lector, los significados no son nunca únicos, siempre pueden ser discutidos, redefinidos y revalorizados. La TN está especializada en diseñar procedimientos para tal fin. Visto desde la actualidad, parece mentira que nadie se hubiera dado cuenta antes de los beneficios de externalizar el problema. El procedimiento de externalización tiene el poder de las ideas simples y la profundidad de las teorías bien articuladas. Pero tampoco es una panacea. En el contexto terapéutico, la externalización puede ayudar notablemente a focalizar y acelerar el proceso pero debe abandonarse cuando no se obtiene la respuesta esperada o la familia no acepta la redefinición. En cualquier caso, el legado de la TN de White no sólo se basa en este procedimiento. Por ejemplo, han popularizado el uso de cartas y documentos escritos como herramientas terapéuticas de gran valor. En realidad, los terapeutas narrativos son auténticos arquitectos del arte de preguntar, son artífices de miles de preguntas interesantes cuya relevancia clínica va más allá del marco donde fueron creadas. En nuestra opinión, son creadores de una auténtica tecnología de resolución de problemas que sobrepasa con creces la rigidez que adolece, en muchas ocasiones, el programa clásico de entrenamiento en solución de problemas que tan amplia difusión ha tenido en la literatura psicológica.

Desde nuestro punto de vista los modelos de intervención psicológica necesitan reformularse para adaptarse a un mundo cuyas estructuras sociales cambian cada vez más rápido. Ya hemos apuntado que una vía de desarrollo para el modelo sistémico es la integración con psicoterapias de corte individual. Sin embargo, este movimiento debería ser bidireccional, las terapias individuales no deberían seguir obviando la importancia del contexto relacional en sus procedimientos. Consideramos que la TN encarna una de las alternativas más viables para esta evolución y que tiene mucho que aportar a este respecto. Pero para ello se necesita, sin duda alguna, mayor volumen y rigurosidad en la investigación sobre los procedimientos y constructos teóricos del modelo que tan útiles resultan en la práctica clínica.

Por lo general, y a excepción de algunos autores (e.g., Gonçalves et al., 2011), se ha renunciado (en ocasiones por considerar que está en contra de los postulados construccionistas) a vincular la teoría de la TN con el mundo de la investigación. En nuestra opinión, la rigurosidad en la investigación no está reñida con la TN, sólo hace falta adoptar el marco interpretativo adecuado. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos puede ser un marco muy útil para dar cuenta de la fenomenología y la casuística relacionada con los problemas de salud mental en

términos de significado (e.g., Montesano, Feixas y Varlotta, 2009). Sin embargo, también es cierto que esto resulta del todo imposible sin el apoyo financiero de las instituciones macro que distribuyen los recursos. La prestigiosa revista *Nature* (2012) ha tildado recientemente de “escandalosa” la falta de apoyo para los estudios de mejora de las terapias psicológicas. Reconocen que los tratamientos psicológicos tienen el potencial de marcar una diferencia substancial en el tratamiento de pacientes pero que la financiación destinada a su estudio es muy escasa en comparación a los recursos destinados al descubrimiento de fármacos. Esta carencia de inversión es especialmente problemática en el caso de las terapias de corte constructivista. Creemos que es importante que, a pesar del escaso apoyo financiero e institucional, se sigan generando propuestas de investigación que ayuden a difundir estos modelos por los canales a los que de momento no ha tenido acceso. De este modo sería posible que, en las próximas décadas, la tensión entre la “narrativa dominante” de lo biológico y los “conocimientos subyugados” de los modelos psicoterapéuticos narrativos y constructivistas se resuelva a favor de una postura más integrativa y surja una “narrativa alternativa” más fructífera y útil al servicio de los usuarios de la red de recursos asistenciales en salud mental.

En el presente texto se revisan las principales intervenciones basadas en el paradigma narrativo en el contexto del modelo sistémico. En primer lugar recopilamos de forma somera, aún a riesgo de resultar excesivamente simplistas, la evolución del modelo sistémico para describir la manera en que este proceso acompaña el desarrollo de la óptica narrativa. En segundo lugar, nos centramos en la descripción del modelo de terapia narrativa de Michael White y el procedimiento de externalización, deteniéndonos en los principales pasos del proceso terapéutico e ilustrando cada fase con ejemplos clínicos con el objeto de dar al lector una visión detallada de las intervenciones narrativas al uso. Un último apartado está dedicado a reseñar la afinidad entre la teoría de constructos personales y las intervenciones narrativas destacando su relevancia para el futuro desarrollo del modelo sistémico.

Palabras clave: terapia familiar, terapia narrativa, externalización, constructos personales, integración en psicoterapia

Agradecimientos

Queremos agradecer enormemente al Dr. Guillem Feixas sus sugerencias de incalculable valor tanto a nivel conceptual como de redacción en la preparación de este manuscrito.

Notas:

- 1 Las posturas constructivistas y construccionistas comparten la idea de que el conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente del observador. Sin embargo, ambas posturas difieren en algunos aspectos clave de su formulación. Mientras que para el constructivismo el conocimiento reside en el sujeto, para el construccionismo reside en las relaciones sociales y el lenguaje. Estas diferencias ya han sido recogidas en otros textos y exceden el propósito de nuestro trabajo. Por ello remitimos al lector interesado en profundizar a los textos de Luis Botella y Sara Figueras (2006) y Guillem Feixas y Manel Villegas (2000).
- 2 White explica su postura al respecto en una entrevista con Andrew Wood: “*es mucho lo que podemos hacer para que el contexto terapéutico sea más igualitario. No obstante, creo que es un error suponer que la terapia pueda ser siempre totalmente igualitaria, porque la verdadera estructura de este contexto determina lo que podríamos llamar una diferenciación de poder. Para que esta distinción se esfumara y para poder creer que la terapia puede llegar a ser totalmente igualitaria, los terapeutas tendrían que ignorar las particulares responsabilidades morales y éticas vinculadas con la posición que ellos ocupan*”. (White, 1994; pág. 227).
- 3 El término en inglés es “unique outcome”. La palabra inglesa unique se traduce literalmente como único pero es una palabra que, a diferencia del español, se usa con muy poca frecuencia porque tiene el matiz de señalar algo realmente extraordinario.

Referencias bibliográficas

- ANDERSEN, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: W.W. Norton & Co.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Evolving Ideas about the Implications for Theory and Practice. *Family Process*, 27, 371- 393.
- ANDERSON, H., & GOOLISHIAN, H. (1990). Beyond Cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's Further Thoughts on Second Order Family Therapy. *Family Process*, 29, 157-163.
- BATESON, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- BERTRANDO, P., & TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- BEYEBACH M. (1995). Uso de metáforas en terapia familiar. En J. Navarro y M. Beyebach, (Eds.) *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Paidós.
- BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- BEYEBACH, M., & HERRERO DE LA VEGA, M. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág 269-299). Barcelona: edebé.
- BEYEBACH, M., & RODRIGUEZ MOREJÓN, A. (1994). Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas. En Varios, *La formación en terapia familiar* (281-306). Vitoria: Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar.
- BOSCOLO, L., & BERTRANDO, P. (1996). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., & PENN, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York, NY: BasicBooks.
- BOTELLA, L., & FEIXAS, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- BOTELLA, L., & FIGUERAS, S. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág 15-70). Barcelona: edebé.
- BRENT, D. S. (Ed.). (2011). Exploring and critiquing Ken Gergen's Book Relational Being. [special issue]. *Journal of Constructivist psychology*, 24 (4).
- BRUNER, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press. (Edición en castellano: *La realidad mental y los mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 1988).

- BRUNER, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press. (Edición en castellano: *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial, 1991).
- CANEVARO, A. (2012). *Terapia Individual sistémica con familiares significativos*. Madrid: Morata.
- CAREY, M., WALTHER, S., & RUSSELL, S. (2006). *The absent but implicit a map to support therapeutic enquiry*. Workshop notes, Dulwich center: Adelaida.
- DALLOS, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares: Terapia y cambio*. Barcelona: Paidós.
- DALLOS, R. (2006). *Attachment narrative therapy: Integrating systemic, narrative, and attachment approaches*. Maidenhead: Open University Press.
- DE SHAZER, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- DE SHAZER, S. (1988). *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- DE SHAZER, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- ERON, J., & LUND, T. (1996). *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- FEIXAS, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology*, 4, 4-35.
- FEIXAS, G. (1990b). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 1-20.
- FEIXAS, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 91-120.
- FEIXAS, G. (1992a). Family constructs govern interaction: An integrative view. *PsycCRITIQUE*, 37(9), 915-916.
- FEIXAS, G. (1992b). Personal construct approaches to family therapy. In R. A. Neimeyer, & G. J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology, vol. 2*. (pp. 215-255). US: Elsevier Science/JAI Press.
- FEIXAS, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. In R. A. Neimeyer, & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp.305-337). Washington, DC US: American Psychological Association.
- FEIXAS, G. (2003). Una perspectiva constructivista de la cognición: Implicaciones para las terapias cognitivas. *Revista de Psicoterapia*, 56, 107-112.
- FEIXAS, G., MONTESANO, A., ERAZO-CAICEDO, M. I., COMPAÑ, V., & PUCURULL, O. (in press). Implicative Dilemmas and Symptom Severity in Depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology*.
- FEIXAS, G., MUÑOZ, D., COMPAÑ, V., & MONTESANO, A. (2012). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Material Docente. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/31584>
- FEIXAS, G., SAÚL, L. A., & ÁVILA, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 141-169.
- FEIXAS, G., SAÚL, L. WINTER, D., & WATSON, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26, 243-255.
- FEIXAS, G., & SAÚL, L. A. (2005). La cognición: Tratamientos constructivistas. En B. Rojí y L. A. Saúl (Comp.), *Introducción a las psicoterapias experienciales y constructivistas* (págs. 427-470). Madrid: UNED.
- FEIXAS, G., & VILLEGAS, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3ª ed. revisada)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FRENÁNDEZ LIRIA, A. (2001). Una confluencia en las narrativas. En A. Fernandez-Liria y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Desclée de Brouwer: Bilbao.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A., & RODRIGUEZ VEGA, B. (2012). *Terapia narrativa basada en la atención plena para la depresión*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- FOUCAULT, M. (1979). *Discipline and punish: the birth of the prison*. Middlesex: peregrine books.
- FOUCAULT, M. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings*. New York: pantheon Books.
- GARCÍA-MARTÍNEZ, J. (2012). *Técnicas narrativas en psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- GERGEN, K. (2009). *Relational Being: Beyond Self and Community*. New York: Oxford University Press.
- GERGEN, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- GONÇALVES, M. M., RIBEIRO, P. A., MENDES, I., MATOS, M., & SANTOS, A. (2011). Tracking Novelties in Psychotherapy Process Research: The Innovative Moments Coding System. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509.

- GREENHALGH, T., & HURWITZ B. (1998). *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- HERMANS, H., & DIMAGGIO, G. (Eds.) (2004). *The dialogical self in Psychotherapy*. Nueva york: Brunner Routledge.
- HOFFMAN, L. (1985). Beyond power and control: Toward a "second-order" family systems therapy. *Family systems Medicine*, 3, 381-396.
- HOFFMAN, L. (1988). A constructivist position for family therapy. *Theirish Journal Of Psychology*, 9, 110-129.
- KELLY, G. A. (1955/ 1991). *The Psychology of personal constructs*. Norton/London, Routledge, New York.
- KOGAN, S. M., & GALE, J. E. (1997). Decentering therapy: textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36, 101-126.
- LEFF, J. P., & VAUGHN, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guildford Press.
- LINARES, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- LINARES, J. L., PUBILL, M. J., & RAMOS, R. (2005). *Las cartas terapéuticas. Una técnica narrativa en terapia familiar*. Barcelona: Herder.
- LINARES, J. L., & CAMPO, C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- LINARES, J.L. (2003). ¿Acaba la historia en el posmodernismo? Hacia una terapia familiar Ultramoderna. *Redes*, 11, 31-47.
- MAHONEY, M. J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1- 35.
- MAIR, M. (1989). Kelly, Bannister, and a story-telling psychology. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 1- 14.
- MINUCHIN, S. (1988). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-403.
- MONTESANO, A. (2009). *Identidad y narrativa en la distimia: análisis de contenido de constructos personales*. Trabajo de investigación no publicado. Universidad autónoma de Barcelona. Barcelona.
- MONTESANO, A., FEIXAS, G., & VARLOTTA, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 371-379.
- MORGAN, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- NAVARRO, J. (2004). *Enfermedad y Familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- NATURE: Therapy Deficit: studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. [Editorial]. (2012). *Nature*, 489, 473-474. doi:10.1038/489473b
- PAPP, P., & IMBER-BLACK, E. (1996). Family themes: transmission and transformation, *Family Process*, 35, 5-20.
- PAYNE, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- PENN, P., & FRANKFUT, M. W. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-231.
- PROCTER, H. G. (2009). The construct. In Butler, R. (ED.) *On reflection: emphasising the personal in Personal Construct Theory*, Wiley: Chichester.
- PROCTER, H. G. (1985). A construct approach to family therapy and systems intervention, in Button, E. *Personal Construct Theory and Mental Health*. Beckenham: Croom Helm.
- PROCTER, H. G. (2005). Techniques of Personal Construct Family Therapy. In D. Winter and L. Viney (eds.) *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research*. Whurr, London.
- PROCTER, H. G. (2012). Developments in Personal and Relational Construct Psychology: Qualitative Grids and the Levels of Interpersonal Constructing. Unpublished manuscript.
- PROCTER, H.G. (1991). Psicología de los constructos familiares. *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 73-90.
- SLUZKI, C. (1983). Process, structure and context: Toward an integrated view of the systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-476.
- SLUZKI, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1, 53-59.
- SLUZKI, C. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- SLUZKI, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- SLUZKI, C. (2012). *La presencia de la ausencia. Terapia con familias y fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- STEINGLASS, P. (1996). Editorial: Family therapy's future, *Family Process*, 35, 403-405.
- TOMM, K. (1985). Circular Interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan model*. New York: Grune & Stratton.

- TOMM, K. (1994). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica*. (págs. 9-19). Barcelona: Gedisa.
- UGAZIO, V. (1998). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*. Barcelona: Paidós, 2000.
- VASQUEZ, G.M. (1993). A Homo Narrans Paradigm for Public Relations: Combining Bormann's Symbolic Convergence Theory and Grunig's Situational Theory of Publics. *Journal of Public Relations Research*, 5, 201-216.
- VILLEGAS, M., & PACHECO, M. (2006). Psicología y pensamiento posmoderno. En L. Botella (Ed.) *Construcciones, narrativas y relaciones: aportaciones constructivistas y construccionistas a la psicoterapia* (pág. 159-191). Barcelona: edebé.
- VON FOESTER, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, CA: Intersystems Publications.
- VIGOTSKY, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press and Wiley.
- WATZLAWICK, P. (1984). *The invented reality*. New York: Norton. (Trad. cast.: *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa, 1989).
- WATZLAWICK, P. (1979). *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder.
- WEINGARTEN, K., & WORTEN, M. E. (1997). A narrative approach to understanding the illness experiences of a mother and daughter, *Family Systems and Health*, 15, 41-54.
- WHITE, M. (1986). *Ritual of inclusion: An approach to extreme uncontrolled behaviour in children and young adolescents*. Dulwich Centre Review.
- WHITE, M. (1991). La externalización del problema y la reescritura de vidas y relaciones. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 31-59.
- WHITE, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- WHITE, M. (2000). *Reflections on narrative practice*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Co.
- WHITE, M., & EPSTON, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton. [Traducción al castellano: 1993 *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.]
- ZIMMERMAN, J. L., & DICKERSON, V. C. (1994). Using a narrative metaphor: Implications for theory and clinical practice, *Family process*, 33, 233-245.