

UNA REFLEXIÓN SOBRE LA TERAPIA NARRATIVA EN CONTEXTO DE FORMACIÓN Y APLICACIÓN

A REFLECTION ABOUT NARRATIVE THERAPY TRAINING AND APPLICATION CONTEXT

Ps. Rodrigo Mardones Ibacache¹

Ps. Andrés Albornoz Carrillo²

RESUMEN

El devenir de la psicoterapia ha mostrado importantes avances en su quehacer. Los marcos teóricos referenciales exigen de los nuevos terapeutas una comprensión más global del ser humano, compartiendo con otras disciplinas datos, categorías y estrategias de acción. En este sentido, siendo la terapia un espacio de encuentro dialogal entre dos personas, las competencias o habilidades que permiten humanizar el proceso terapéutico siguen siendo de gran valoración por los usuarios de la psicoterapia. Se propone aquí un método que permita a los que se inician en el trabajo clínico adquirir esas competencias que facilitan su quehacer.

Palabras claves: Terapia narrativa – deconstrucción - Sitz im leben - habilidades terapéuticas transversales - propuesta pedagógica.

ABSTRACT

The future of psychotherapy has shown significant progress in their work. Theoretical references require of the new therapists a more comprehensive understanding of the human being, sharing with other disciplines, data, categories and action strategies. In this sense, being therapy a dialogic meeting between two people, the skills or abilities to humanize the therapeutic process

¹ Universidad Santo Tomás Concepción, Chile

² Centro de Salud Familiar Campanario Yungay, Chile

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

are still highly valued by users of psychotherapy. It is proposed a method that allows beginners in clinical work to acquire those skills that facilitate their work.

Key Words: narrative therapy- deconstruction- Sitz im leben- transversal therapeutical skills-pedagogical proposal.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo está inspirado en la experiencia como terapeutas, en el desarrollo de procesos clínicos, como también en la relación de trabajo con otros colegas dedicados al mismo quehacer.

Su fundamento está en ese espacio de intimidad, en que cada terapeuta experimenta los debates propios sobre las ideas que emergen en el proceso de trabajo con otro, y la forma de expresar esas ideas. Es decir, ese espacio entre lo que sabemos que tendríamos que proponer o sugerir y el “cómo lo hago”.

Desde esta perspectiva, nos preguntamos, por cuánta teoría es necesario aprender versus las competencias transversales de las que deberíamos asirnos, que nos permitan desempeñar una terapia a la medida del cliente, respetuosa, honesta, pero a la vez con un elenco de recursos que posibiliten un apoyo efectivo al proceso de la terapia.

Nos proponemos entonces, escribir desde nuestro contexto vital como clínicos, presentando una propuesta exploratoria de formación de terapeutas, que se inicia con un breve paneo histórico de cómo ha sido la evolución de la psicoterapia desde Milton Erickson hasta la Terapia Narrativa. Para destacar conceptos claves en este modelo, como las técnicas conversacionales y el proceso de deconstrucción, presentando para esta última, algunas consideraciones posibles de incorporar desde disciplinas con mayor tradición en la hermenéutica.

Finalmente, pretendemos ofrecer los resultados de entrevistas aplicadas a clientes, que tienen como objetivo descubrir aquellos aspectos que valoran sobre la persona del terapeuta como

facilitadores del proceso psicoterapéutico y una dinámica pedagógica que permita entrenar clínicos en habilidades para escuchar relatos, deconstruirlos y elicitare relatos alternativos.

II. RESEÑA HISTÓRICA Y REFLEXIÓN SOBRE CONCEPTOS

1. Desde el principio de utilización a los relatos alternativos

En la década del cincuenta, Milton Erickson advertía sobre aquellos procesos terapéuticos donde el cliente era lo suficientemente prescindible para el tratamiento de su patología, resultando central su queja y sintomatología para el desarrollo de una terapia (O' Hanlon, 1995).

Señaló aquellos fenómenos que él describía y que se llamaron más tarde como “contratransferencia de la teoría” (Duncan, Hubble y Miller, 2003), situación en la cual el paciente y su problema eran enmarcados por el terapeuta dentro de su propio modelo epistemológico. De modo tal, que todo lo que el cliente pudiera expresar de sí mismo, era traducido por el clínico como un elemento más que confirmaba el diagnóstico y la vez su propia teoría del problema.

Erickson atisbó tempranamente, que estas opciones terapéuticas llevaban al camino de la imposibilidad del cambio en el cliente, situación que él se explica desde los problemas que el terapeuta debe sortear a la hora de hacer terapia y no como un fenómeno que se entiende desde el cliente. Sin embargo, los modelos clásicos y dominantes de la psicoterapia resolvieron atribuir la explicación de la imposibilidad al cliente como resistente al cambio (Gómez y Gómez, 1994).

A este respecto, Erickson plantea un principio innovador, se le conoce como el *Principio de Utilización* (Erickson, citado en Pacheco, 1996), que consiste en que todo lo que el cliente expresa y experimenta como persona y su contexto puede ser utilizado a su favor en el proceso de terapia. De esta forma, Erickson da un paso al lado de las corrientes terapéuticas que promueven los procesos estandarizados, para proponer su estilo de terapia a la “medida del cliente”.

Acentúa así la individualidad de los procesos terapéuticos, desde la singularidad de cada consultante. Es decir, que cada terapia debe ser distinta debido que cada cliente difiere en sus experiencias, contextos, recursos y desafíos que dispone.

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

Más tarde, en lo que fueron el origen de las terapias y pensamiento sistémico-cibernético, desde las conferencias Macy al MRI, se trabajó intensamente en investigar cómo es que las personas cambian y cómo es que los problemas persisten en el tiempo. De este modo, las propuestas terapéuticas sistémicas, centraron su mirada en las formas cómo los clientes desarrollan patrones rígidos de relación con la situación que los aquejaba, especialmente desde las soluciones con las que intentaban resolver sus problemas (Prochaska, Norcross, y DiClemente, 1994; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1995)

Posteriormente, con el deseo de elaborar procesos terapéuticos breves y que consideren los recursos experienciales del cliente cómo útiles y necesarios para el proceso terapéutico, se elabora una *Terapia Centrada en la Solución* (De Shazer, et al. 1986).

Estos terapeutas señalaron que para la efectividad de la terapia, era importante en el setting clínico hablar y destacar aquellas situaciones en las que el problema original no estaba presente. Es decir, el terapeuta está llamado a facilitar la identificación de las excepciones del problema, a partir del desarrollo de esquemas conversacionales que permitan al mismo consultante identificar o descubrir aquellas soluciones exitosas o incluso, darse cuenta que el problema descrito no ha impactado de la misma forma en todas las áreas de su vida. En síntesis, había espacios en la experiencia vital en que el problema no existía o no había contaminado aún.

Más tarde, y lo que hoy se conoce como *Terapia Narrativa* (White, y Epston, 1993), busca desarrollar específicamente un espacio terapéutico en donde sea posible compartir un relato que permita entender la historia personal del cliente, conocer los dominios de esta historia y hacer emerger desde el mismo relato aquellos aspectos alternativos propios pero desconocidos en la *narrativa dominante*.

Los narrativos invitan a poner la mirada en aquello que se dice en sesión, en el cómo la persona se relaciona con su problema, lo elabora y es capaz de compartirlo en un relato estructurado. O sea, cuando el cliente habla de su problema, aquel relato tiene una espontaneidad teñida o bien saturada por el problema.

El desafío de la terapia en este sentido, está puesto en el proceso de deconstrucción del relato central, para dar lugar a la emergencia de un nuevo relato de tipo alternativo, rescatando elementos de la experiencia que, por la saturación del problema, no están disponibles en el foco de atención del cliente.

Es decir, hay más elementos que el cliente expresa en su discurso, pero que no son valorados como experiencia, probablemente porque no han sido visualizados por él y, por lo tanto, no están integrados dentro de su identidad o como parte de su construcción del yo. En este sentido, tal vez esta sea la consistencia del problema. El establecimiento de un relato selectivo, sesgado y monolítico, que no deja espacio a aquellos elementos de la experiencia que le permite a la persona abrirse a otros recursos que hacen parte de su ser.

El terapeuta debe tener una atención especial a lo que el paciente expresa en su descripción del problema, en lo que él reporta como queja, en las soluciones que ha intentado y que sostienen el problema, en las excepciones, en el relato en sí, y en la posibilidad de deconstruir dicha narración, para integrar otros aspectos de la experiencia que hacen parte del cliente, tan genuinamente como los aspectos problemáticos. Esta estrategia no es sólo conversacional sino también hermenéutica, puesto que el terapeuta debe pesquisar aquellos elementos que componen la experiencia humana descrita por el cliente en su narración y proponer una nueva explicación y relato de la misma.

2. Las narraciones como una posición en la vida

Nos parece que la narrativa es un elemento que no debe perderse de vista. El relato que el paciente trae a sesión ha sido creado en algún momento, cargado de supuestos y categorías con sentidos propios, que podrían surgir de la experiencia frustrante de no poder resolver un problema y que impactan directamente en la identidad del consultante (Tarragona, 2003).

Lo que hemos observado además, es que este relato a veces ha sido compartido con otras personas y se ha ido alimentando de las opiniones, categorías, sentidos e incluso silencios de los otros interlocutores. Al mismo tiempo, esta narración da sentido al yo.

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

De esta forma, ese relato o narración adquiere un origen (no una causa), hay un punto en que las personas cierran su relato y se quedan con autodefiniciones, o definiciones del problema que lo establecen como monolíticos.

Este fenómeno, no tiene un nombre en la psicología. Por esta razón, tomamos prestado desde la Teología un concepto conocido como “Sitz im leben”.

“Sitz im Leben” es una frase alemana que puede traducirse como "posición en la vida". Es decir, que no hay texto sin contexto.

El concepto fue acoplado por el teólogo protestante alemán Hermann Gunkel (1910).

En palabras sencillas, el *Sitz* intenta responder para qué fueron escritos textos o pasajes bíblicos.

Es importante considerar la situación en la vida que origina el texto, para respetar en la interpretación su contexto original. (Simian-Yofre, 1998; Bultmann, 2000).

Aunque el *Sitz im leben*, describe una condición propia de los relatos escritos y con una antigüedad significativa, creemos que es posible comprender el fenómeno que indaga en el contexto experiencial y relacional que origina el relato dominante o saturado del problema, en tanto que el concepto de deconstrucción, tomado de Jacques Derrida (1967), se aplicaba originalmente para relatos o narraciones literarias, culturales, históricos, políticos, religiosos.

Sin embargo, puede ser usado para describir el proceso en que un relato oral individual se estructura y complementa de categorizaciones y/o sentidos que no tienen de suyo un fundamento directo con la realidad. O al menos, surge de la diferencia entre el relato y lo que de suyo es la experiencia.

3. Un dilema del terapeuta narrativo

De este modo, al dilema que puede asistir el clínico a la hora de trabajar con la narración de un cliente, se constituye desde aspectos básicos como querer establecer veracidad, o sea una relación

de correspondencia directa entre el relato central y los acontecimientos, o bien, realizar una lectura de la narración con el foco puesto en los síntomas que pudieran evidenciarse.

Sin embargo, aquellos clínicos que han logrado superar estos estadios del ejercicio terapéutico y que adscriben a enfoques sistémicos y/o narrativos, pudieran experimentar dificultades para comprender cuál es la columna argumental del relato del paciente, sin caer en elementos más accesorios de la narración. Especialmente cuando los propios sesgos o experiencias personales generan sensibilidades especiales de tolerancia o no acerca de situaciones que se dan en la vida. O sesgos que provienen de las creencias o estructuras valóricas propias del clínico.

La pregunta entonces es cómo entrenarse para justamente atender al relato completo sin dar por obvio elementos que lo componen y que pudieran expresarse sutilmente o incluso sugestivamente, especialmente cuando los detalles son aquellos elementos que dan vigor a la narración. Cómo entrenarse para lograr elicitar procesos de deconstrucción a partir de las narraciones que se han acordado deconstruir con el cliente.

Es más, cómo entrenarse para hacer de la terapia un proceso de construcción de un nuevo *sitz im leben* que origine un relato alternativo preferido, que complemente las experiencia vital del cliente, su idea de mundo e impacte en su propia identidad.

III. EXPLORACIÓN DE ELEMENTOS A CONSIDERAR EN TERAPIA

Con el deseo de discutir y proponer desafíos para el desarrollo del accionar terapéutico, decidimos previamente tomar algunos datos de nuestros clientes en un breve ensayo de investigación.

El objetivo es destacar información respecto a algunas percepciones, ideas, creencias, maniobras, capacidades u otros recursos del terapeuta presentes en una terapia. Esto con el fin de abrir vacíos de conocimiento, discusión, y a la vez acciones en pro del desarrollo de nuestras capacidades como terapeutas.

A continuación se presenta un resumen metodológico del trabajo

CUADRO 1. Resumen de Aspectos Metodológicos del Trabajo

Participantes	: 6 usuarios de diferentes sexos, edades y problemáticas, que están o estuvieron participando de un proceso psicoterapéutico en el centro de atención primaria CESFAM Campanario (sector rural de la comuna de Yungay).
Objetivos	: General: <ul style="list-style-type: none">- Describir, identificar y clasificar algunos elementos puestos en la terapia considerando el accionar del terapeuta. Específicos: <ul style="list-style-type: none">- Describir algunos elementos presentes en la escucha que el terapeuta realiza de la narrativa del cliente.- Describir algunos elementos presentes en los comentarios y devoluciones que el terapeuta realiza al respecto del relato del cliente.- Describir algunas ideas o creencias del cliente en relación al buen abordaje terapéutico.- Describir algunas ideas o creencias del cliente acerca de la efectividad del terapeuta.
Diseño	: Cualitativo.
Método	: Teoría Fundamentada.
Técnica Producción de Datos	: Entrevistas Semi- Estructuradas (preguntas tipo según objetivos).
Estrategia de Análisis de Datos	: <ol style="list-style-type: none">1. Vaciamiento de la información en rejilla de datos (Rejilla de vaciado anexo 1).2. Codificación Abierta (Conceptualización del discurso).3. Codificación Axial (Abstracción de categorías).4. Codificación Selectiva (Desarrollo de nuevas categorías).

RESULTADOS DEL TRABAJO

Lo que el cliente valora del terapeuta

A partir de la información entregada por los clientes, fue posible abstraer ciertos elementos del relato que en su ordenamiento y clasificación fueron configurando categorías relativas a las habilidades transversales del terapeuta.

A continuación se presenta un cuadro que ejemplifica los resultados de este trabajo.

CUADRO 2. Resumen de los Resultados

CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN Y SIGNIFICADO	EJEMPLO S VIÑETAS CLÍNICAS
Habilidad de expresión	Refiere a las capacidades que tiene el terapeuta para entender, explicar claramente, interpretar, conceptualizar y sintetizar los relatos del cliente. Es más, esto sujeto al usos apropiado del tono de vos y los reflejos empático.	<i>(E.2 - P.2) “Me hace sentir bien cuando usted me dice cosas desde otra perspectiva, que haga darme cuenta de los errores, por ejemplo: cuando me cuenta historias, cuando me cuenta experiencias propias y de otras personas, eso me hace sentir bien, pues me acuerdo de mi madrina, me gusta sacar enseñanza de las historia. También me gusta cuando me dice lo que me está pasando, cuando me explica.”</i>
Habilidad emocionales	Refiere a las capacidad del terapeuta para mantener la calma, motivación, interés y preocupación por el cliente, utilización del humor	<i>(E3. P.4) “Es bueno, Presta de atención, mostrar interés por hacer bien las cosas, preocupación en el paciente”.</i> <i>(E6. – P.4) “Que me traten afectuosamente, cálido, y buen humor. No me gustaría la prepotencia”.</i>
Habilidad del ser humano.	Refiere a las capacidades relacionadas con la actitud de apoyo, respeto y aceptación hacia la persona que aqueja un problema.	<i>(E.3 - P.1) “No me incomoda, siento el apoyo hacia mi trabajo, amabilidad, ósea como un amigo, como una conversación natural donde pueda decir las cosas que hacer”.</i> <i>(E.5 – P.3) ” R5. Una actitud más humana y más empática, que no me haga sentir tanto como paciente, mas como persona”.</i>

Habilidades técnicas	Refiere a la capacidad que tiene el terapeuta para resolver mediante aprendizajes técnicos ciertas instancias en la terapia (elaboración y uso de tareas, metáforas, manejo de cierres, etc.).	<i>(E.2 - P.4) “Es bueno que tuviese algo entretenido un juego u otra cosa, que usted utilice ciertos juegos terapéuticos”.</i> <i>(E.4 – P.1) “Me sentía bien, por el apoyo que me dieron, las actividades (historias y dibujos, actividades recreativas extraprogramáticas), su atención”.</i>
Habilidades perceptuales	Refiere a la capacidad de mantener el foco de atención y escucha activa durante el relato.	<i>(E. 5 – P.1) “Te hace sentir cómodo el hecho de que te salude, mirada de ojos, que te preste atención como persona más que como paciente”.</i> <i>“Me incomoda mucho cuando el psicólogo escribe mientras uno habla, me da la sensación que está analizando todo”.</i>

Discusión de los resultados

A partir de la información obtenida, es posible afirmar que es de gran importancia considerar aquellas habilidades comunicacionales del terapeuta tanto en el ámbito verbal como no verbal, en tanto reciben una valoración significativa en lo que respecta al bienestar del cliente en el proceso terapéutico.

La experiencia de este estudio resulta ser de gran utilidad, puesto que entran en juego habilidades que quizás no presentan una directa relación con elementos puramente técnicos, sino mas bien en el cómo el terapeuta expresa la intervención esperada, desde una consideración tan básica cómo prestar atención visual, escuchar, buen humor, ser amable, respetuoso, entre otros.

Sin embargo, tampoco se debe confundir con aspectos puramente accesorios o emotivos, puesto que también el cliente recepciona de buena forma las distintas maniobras conversacionales que el terapeuta despliega para profundizar en la exploración del problema, así como en claves de solución, en la búsqueda de ampliar la narrativa hacia relatos alternativos del problema.

Ciertas habilidades que involucren las capacidades de interpretación, de síntesis y explicación considerando el marco referencial del cliente, parecen también ser características muy valoradas por los clientes en la entrevista terapéutica. Como así también, las expresiones empáticas, transmitidas por el tono de voz, una mirada atenta, un manejo del silencio, los énfasis y los gestos.

Respecto del manejo de un elenco de técnicas para la terapia, los clientes valoraron tareas que permitieran extender aspectos de la sesión en un contexto extraterapéutico, como también la resolución inmediata de algunos elementos emergentes en la sesión, la utilización de juegos terapéuticos y el manejo de los cierres de sesión.

Finalmente es de gran importancia considerar que los clientes enfatizaron aptitudes de la persona del terapeuta, como el trato humano, definido en expresiones de amabilidad, respeto, naturalidad, aceptación, apoyo, entre otros. Aptitudes no necesariamente propias de un modelo terapéutico único.

IV. DESARROLLO DE PROPUESTA PEDAGÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE HABILIDADES TERAPÉUTICAS.

En el proceso dialógico que supone la terapia, desde la sistémica hasta los enfoques narrativos, se presentan algunas técnicas y estrategias conversacionales que suponen por parte del terapeuta poner en escena maniobras como el asombro y valoración de las excepciones del problema por pequeñas que sean, el refuerzo positivo, la autorevelación, las devoluciones, posición “one dow”, resignificaciones, el elogio terapéutico, metáforas, cuentos, el diálogo sugestivo e indirecto, la

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

externalización, etc. De forma tal que el paciente no sienta que se minusvalora su problema, o se sobrevaloran situaciones en las que él verdaderamente no considera como logros.

En este sentido, creemos que actitudes como la escucha empática, pero además la capacidad de compartir ideas, narraciones o expresiones simples que se intercambian en situaciones claves que intencionan el diálogo, requieren del clínico un entrenamiento y un desempeño que no siempre se adquiere desde el bagaje o dominio teórico.

Desde lo anterior, proponemos aquí una técnica que permita a los terapeutas neófitos entrenarse en el trabajo con narraciones, como oyente y como productor de historias.

Actividades Experimentales en el Trabajo Narrativo.

Considerando que una obra de cine ofrece la posibilidad de acceder a una narración compleja que combina lenguajes basados en la imagen, diálogos, monólogos, ideas, música, etc. Donde aquello que se ve en la pantalla tiene una intención y nada ocurre por casualidad, incluso aquellos detalles que parecieran insignificantes, colaboran en robustecer la propuesta escénica y la calidad del relato argumental. Se eligió el formato narrativo para realizar la actividad que se describe a continuación.

Primeramente se seleccionaron nueve psicoterapeutas en formación, alumnos de la carrera de Psicología, que realizan su especialidad en Psicología Clínica y cursan la asignatura de Psicoterapia Sistémica I, de la Universidad Santo Tomás, sede Concepción-Chile, a quienes se les invitó a elegir una película de un elenco de 10 films. Se les instruyó de la siguiente forma:

Primera parte: Narrar una película desde el argumento central

Instrucciones de la actividad

Se le solicita a los terapeutas en formación que vean una película en especial, y se les indica que en el contexto de trabajo en aula tendrán 10 min. para contar la película que cada uno eligió.

Se le indicará a los expositores que intenten realizar un relato de su película que esté comprometido con capturar la atención de los compañeros, interpelando sus emociones y su imaginación.

Al término de la narración de cada película, se le consulta por cómo se sintió al ver la película y qué emociones le causó el film.

Seguidamente se le pregunta por aquellas emociones presentes cuando se conectó con el recuerdo del film para narrarlo.

Para luego indagar entre los que escuchaban, acerca de las emociones que despertó en ellos el relato del compañero.

Se propone además, solicitar a los que escucharon el relato describir qué imágenes logró crear en su mente a partir de la narración y a constatar con el relator cuán cerca estuvo la producción personal de imágenes al respecto de las escenas o incluso la caracterización de los personajes que actúan en el film.

Segunda parte: *Narrar la misma película teniendo como línea argumental los personajes secundarios.*

Instrucciones de la actividad

Se les indica a los terapeutas en formación volver a ver la película pero eligiendo un personaje secundario y verla desde esa posición.

Esto significa ver el film cuidadosamente, seleccionando aquellos pasajes o escenas, y por lo tanto fracciones de información del argumento central, que por su participación el personaje secundario desconoce.

A partir de esta indagación, se les solicita en un tiempo máximo de diez minutos realizar una narración teniendo como eje central la experiencia del personaje secundario elegido, especificando que no está permitido inferir información que pudiera tomarse desde el argumento central y que debe ajustar el relato a lo que el personaje secundario experimenta o como se

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

relaciona con los otros personajes del film. Es decir, los personajes principales pasan a ser secundarios y el personaje secundario pasa a ser el principal. Desde esta perspectiva, lo que se puede tomar del argumento central es lo que está en relación directa con el personaje secundario.

Al término de la narración de cada película, se le consulta por cómo se sintió al ver la película, qué emociones pudo reconocer le causó el film, al verlo desde el personaje secundario.

Seguidamente se le pregunto por aquellas emociones presentes cuando se conectó con el recuerdo del film para narrarlo.

Para luego indagar en las personas que escucharon, acerca de las emociones que despertó en ellos el relato del compañero, ahora desde el personaje secundario, al mismo tiempo que se les invite a reportar si experimentaron nuevas o distintas emociones desde la narración del personaje secundario.

También se les solicitó a los que escucharon el relato, describir qué imágenes lograron crear en su mente a partir de la narración. Luego se invitó al relator a evaluar cuán cerca estuvo la producción personal de imágenes al respecto de las escenas o incluso la caracterización de los personajes que actúan en el film.

Aprendizajes esperados:

1. Experimentar las diferencias en la percepción el tiempo cuando se expone o habla en contraste de cuando se presencia o escucha un relato.
2. Verificar si las emociones que se quieren transmitir con un relato pueden ser provocadas en los oyentes.
3. Verificar si las descripciones del relato ayudan a la producción de imágenes en los oyentes.
4. Constatar cómo un mismo acontecimiento puede ser vivenciado o experimentado desde situaciones vitales distintas.

5. Constatar cómo un acontecimiento puede ser narrado desde distintas situaciones que alteran los significados del relato central
6. Aprender a suscitar un relato alternativo de un mismo acontecimiento o experiencia.

Evaluación de la experiencia

Terminada la experiencia, se entregó una escala de evaluación a los participantes (Véase anexo 2.) donde se presentan como indicadores los aprendizajes esperados y por cada indicador se propone una escala de uno a diez, considerando que el valor uno indica poca efectividad de la actividad para proporcionar el aprendizaje esperado y diez que existe una alta efectividad de la actividad para entregar los aprendizajes que se espera tener. Obviamente que en esta etapa experimental, la evaluación es de percepción o estimación muy subjetiva de la propuesta.

Luego de responder a cada evaluación, se realizó un promedio simple de los valores asignados por los participantes a cada indicador.

CUADRO 3. Evaluación de la actividad según promedio escala

APRENDIZAJE ESPERADO	PROMEDIO ESCALA 1 a 10
El ejercicio me ayudó a experimentar las diferencias en la percepción el tiempo cuando se expone o habla v/s cuando se presencia o escucha un relato.	8
El ejercicio realizado me permitió verificar si las emociones que quise transmitir con mi relato fueron provocadas en los oyentes.	7
El ejercicio me permitió verificar si las descripciones de mi relato ayudaron a la producción de imágenes en los oyentes.	8
El ejercicio me permitió constatar cómo un mismo acontecimiento puede ser vivenciado o experimentado desde situaciones vitales distintas.	9
El ejercicio me permitió constatar cómo un acontecimiento puede ser narrado desde distintas situaciones que alteran los significados del relato central	9
El ejercicio me permitió aprender a suscitar un relato alternativo de un mismo acontecimiento o experiencia.	8

Conclusión de la actividad

A partir de la evaluación realizada por los terapeutas en formación, es posible concluir que la actividad pedagógica desarrollada, presenta un impacto importante a valorar en cuanto al desarrollo de competencias que permitan al terapeuta escuchar activamente el relato de un cliente, así como atender a aquellos componentes de la experiencia que permiten realizar un proceso de deconstrucción y elicitación de un relato o trama alternativo.

Junto con lo anterior, es posible afirmar que los terapeutas logran con este ejercicio aprender a elicitación de emociones e imágenes en los clientes a partir de relatos propios a modo de devoluciones u otras maniobras conversacionales. Al igual que aprender a encontrar soportes en el discurso del cliente que se sostienen como recursos potenciales de nuevas narraciones.

V. DISCUSIÓN FINAL

La formación teórica del psicoterapeuta en lo que respecta a patologías, tratamientos, enfoques terapéuticos, técnicas, historia de su disciplina y las últimas investigaciones o aportes en su campo de especialidad, son fundamentales y se establecen como un soporte de la práctica exitosa de la terapia. Sin embargo, dichos elementos en el encuentro con el cliente parecen formar parte de una realidad que no necesariamente el consultante logra visualizar.

Estos aspectos podrían compararse con aquella parte de un iceberg que no se ve a simple vista. O al menos podría concluirse de la indagación realizada con los consultantes, quienes valoran aquellas habilidades humanas que contextualizan la terapia en un ambiente centrado en el vínculo y en el bienestar sentido por el cliente.

Evidencia bibliográfica sobre las terapias efectivas y factores comunes, nos dan a conocer la importancia de los aspectos relacionales y los propios de cada actor en el proceso de cambio de una terapia (Duncan, Hubble, y Miller, 2003).

De alguna forma, estas habilidades permiten en el consultante conectarse más fácilmente con sus propias emociones y adquirir una actitud frente a la sesión terapéutica más colaborativa y

productiva, en el sentido de experimentar una mayor capacidad de comunicar aquello que le ocurre.

De este modo, así como se reconoce la formación formal y académica del clínico, se hace necesario desarrollar metodologías que le permitan adquirir aquellas competencias en el trato con otro que resultan ser más eficientes para el trabajo terapéutico.

Sin embargo, algunas técnicas resultan complejas de comprender en su estadio más teórico como en las habilidades ya señaladas. En este sentido, la terapia narrativa al tomar el concepto de deconstrucción propone una forma de trabajo que exige al clínico abrir su campo de comprensión de los fenómenos humanos más allá de los referentes que le proporciona la psicología clásica. Michael White en su texto *El Enfoque Narrativo en la Experiencia de los Terapeutas* (1997), reconoce que gran parte de su propuesta, posee su base teórica de otras disciplinas que no están necesariamente relacionadas con la psicología clínica clásica. En el prólogo de su texto, manifiesta el riesgo de que el lector pudiera no comprenderlo.

Nos parece que el proceso de deconstrucción de la narración dominante puede ser riesgoso sin la idea del *Sitz im leben*, en tanto siendo el trabajo deconstructivo un camino que hace el consultante al respecto de su relato, es iluso desconocer que el terapeuta desempeña un papel importante siendo quien guía e incluso sugiere el proceso a través de preguntas y otras técnicas dialogales. En este sentido, el clínico al comprender que el discurso saturado del problema posee una situación en la vida que lo origina, puede darse cuenta que el relato o trama alternativa debe poseer un contexto que no siempre es suficiente con el setting de la terapia.

En este sentido, nos parece que la tarea terapéutica, como una extensión de la terapia a un ambiente extraclínico reviste un rol fundamental, porque puede robustecer un proceso que se inicia en el diálogo terapéutico pero que se contextualiza en el espacio de lo cotidiano. De lo contrario, el riesgo de quedarnos en el “darse cuenta” del cliente pudiera hacer que el relato alternativo que emerja, sea vulnerable a los embates que el mismo consultante vive a diario en su contexto cotidiano.

Reviste entonces importancia la formación en la escucha de narraciones, comprender que un relato no es neutro, así como aquellos gestos que acompañan la palabra o los silencios pueden colaborar en este proceso de enriquecer la el relato de un cliente.

De esta forma, la actividad pedagógica propuesta, a partir de la evaluación realizada por los terapeutas en formación, permite proyectar que podría establecerse como una sencilla y eficiente estrategia para formar clínicos capaces de escuchar activamente las narraciones de los clientes, de modo tal que pueden descubrir cuál es el sitz que origina el relato dominante, observar en él aquellas categorías o sentidos que se dan por supuestos en la narración y encontrar en el mismo discurso aquellos elementos que pueden ser usados como recursos que actúen como resorte de nuevas formas de experimentar y narrar la experiencia. Es decir, aquellos elementos que hacen parte de la identidad del cliente, pero que por la saturación del problema, no se encuentra en el foco de atención del mismo consultante.

Finalmente, es importante considerar la búsqueda del desarrollo ético, una postura filosófica que estimule el buen trato o bien, un desempeño de habilidades blandas que promuevan una buena relación terapéutica y a la vez un humanización del trabajo. Esto mediante propuestas de investigación que amplifiquen la visión de los usuarios en cuanto a sus percepciones del terapeuta en el proceso. Esto considerando, que nuestra población en este trabajo (usuarios entrevistados), presenta su limitación al momento de generalizar los resultados, puesto que el número de participantes es muy bajo y el contexto de investigación muy específico (sector público zona rural).

REFERENCIAS

1. Bultmann, R. (2000). *Historia de la Tradición Sinóptica*. Salamanca: Sígueme.
2. Carvalho, C; Leite, J; Soares, S. & Conceição, M. (2009). Teoría fundamentada en los datos-aspectos conceptuales y operacionales: Metodología 59 posible de ser aplicada en la investigación en la enfermería. *Revista Latino-am Enfermagem*, 7(4), 1-8.

3. Derrida, J. (1967). *De la Grammatologie*. Paris: Minuit.
4. De Shazer, S. et al. (1986) Terapia breve: Centrada en el desarrollo de soluciones. *Family Process*, 25, 207-222
5. Duncan, B.; Hubble, M. & Miller, S. (2003). *Psicoterapia con Casos Imposibles. Tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia*. Barcelona: Paidós.
6. Gómez, E. & Gómez, G. (1994). La resistencia una revisión. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 57: 102-108
7. Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999). Dirigiendo la atención a lo que funciona. *The Heart and Soul of Change*. Washington, DC: APA.
8. O' Hanlon, W. (1995). *Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós
9. Pacheco, M. (1996). *Acerca de las miradas y las teorías del hipnotismo y la hipnosis. Hipnoterapia: nivel básico*. Monografía no publicada.
10. Prochaska, J.; Norcross, J., and DiClemente, C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
11. Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*, 16 (1), 45-54.
12. Watzlawick, P.; Weakland, J.H. & Fisch, R. (1995). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
13. White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós
14. White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa

Ps. Rodrigo Mardones I. y Ps. Andrés Albornoz C.

Artículo recibido en: 8/11/2013

Manejado por: Editor en jefe ICC

Aceptado: 27/01/2014

No existen conflictos de intereses