

## DE-CONSTRUCCIÓN Y CO-CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS FAMILIARES. UNA ALTERNATIVA EN EL TRABAJO CLÍNICO, PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO

Ps. Oriana Vilches Alvarez <sup>(1)</sup>

Dra. Laura Germain Peirano <sup>(2)</sup>

### INTRODUCCIÓN

Los motivos más frecuentes de referencia de niños y sus familias a la Unidad de Terapia Familiar del Hospital Luis Calvo Mackenna, es su sintomatología. Ya sea trastornos conductuales, trastornos de aprendizaje, Síndrome de déficit atencional u otros trastornos clínicos como ansiedad, depresión, anorexia, bulimia, encopresis y también patologías de tipo orgánico como anomalías genéticas, malformaciones, diabetes, etc. Generalmente la expectativa de la familia es encontrar ayuda ya sea para disminuir la sintomatología o para aprender a manejar las dificultades interaccionales que ello ocasiona.

Nuestro propósito es revisar y por qué no, desafiar nuestras tradiciones y prácticas que se refieren a cómo se conceptualizan los problemas, las formas de relación terapeuta-consultante y el proceso que se desencadena en la terapia desde una perspectiva del *construccionismo social* (Gergen, 1973).

En esta presentación intentaremos transmitir nuestra experiencia trabajando con las familias con un enfoque construccionista. Este enfoque permite que, a través del diálogo, en el cual el terapeuta está atento a escuchar y a preguntar más que a interpretar o dar instrucciones, la familia va narrando su historia, con las diferentes experiencias en el

<sup>(1)</sup> Psicóloga Especialista en Psicoterapia, Supervisora Acreditada, Terapeuta Familiar  
Docente Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Terapeuta Unidad de Terapia Familiar,  
Hospital Luis Calvo Mackenna, E-mail : anairova2@gmail.cl

<sup>(2)</sup> Médico Neuróloga, Profesora Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Terapeuta Familiar,  
Jefe de Unidad de Terapia Familiar, Hospital Luis Calvo Mackenna. Antonio Varas 360,  
Providencia, Santiago.

transcurso de su vida, las maneras de relacionarse e interactuar, lo que les permite ampliar sus miradas no solo ante esa sintomatología sino también en cuanto a sus comportamientos, actitudes, creencias y significados y cómo ello ha repercutido en la visión de esa sintomatología.

Al lograr la familia nuevas visiones, una nueva historia, un nuevo discurso, un nuevo lenguaje, nuevos significados, pueden transformar sus relaciones y sus acontecimientos lo que les permitirá comprender su vida teniendo la esperanza que habrá muchas maneras posibles de ser y actuar. La mayoría de las veces la sintomatología infantil disminuye y muchas veces desaparece radicalmente. El silencio, lo no dicho, lo no comprendido es reemplazado por un discurso y esa narrativa ha transformado el espacio relacional

## **TRABAJO CLÍNICO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO**

Las interconsultas que nos llegan a la Unidad de Terapia Familiar, como las que describimos anteriormente, frecuentemente señalan como motivo de referencia cuadros clínicos diagnosticados por otros profesionales de las diversas especialidades de los servicios del hospital .

Los diagnósticos psicológicos son un intento de aplicar el mismo pensamiento científico de los diagnósticos médicos y físicos en los cuales hay una causa que muchas veces explica los síntomas. Estos nombres nos orientan a formas de comprensión de patología y disfunción. A diferencia de las categorías médicas las características individuales y personales son particulares y propias de la historia de cada individuo. Los diagnósticos son producto de la historia y cultura occidental donde ha primado el racionalismo y el pensamiento lógico. La psicología tradicional considera como objeto de estudio al individuo y su diagnóstico es atemporal y aplicable a una diversidad de individuos quedando fuera sus particularidades. La psicología postmoderna y entre ellas el construccionismo social no se focaliza en los fenómenos intrapsíquicos ni en el comportamiento individual observable y medible sino en el espacio relacional entre individuos.

Los diagnósticos ¿dan realmente cuenta de lo que al niño o a la familia le pasa? ¿Qué le pasa al sujeto que así es rotulado? ¿Cambia su comportamiento? ¿En qué sentido

podría cambiarlo? ¿Los diagnósticos representan realmente el problema o más bien constriñen la visión y la vivencia del sujeto tanto del que diagnostica como del diagnosticado?. Los diagnósticos crean una realidad para el sujeto que se explica en la enfermedad desconociendo no sólo el contexto sino al sujeto mismo que queda identificado por dicho diagnóstico.

Recordando nuestra práctica clínica, muchas veces al preguntar a un niño por qué cree él que sus padres están consultando, responde “soy depresivo”, “soy hiperactivo” “soy desordenado...soy distraído me va mal en el colegio...tengo déficit atencional”, “soy muy ansioso”. . El mismo se acepta y reconoce como portador de esa patología así nominada. El niño se representa a sí mismo por el diagnóstico y deja de percibir todo el resto de sus características personales muchas de las cuales aún son opuestas a aquellas con que lo definieron y él es mucho más que ese diagnóstico. Y esto mismo ocurre con la visión que de él tiene el resto de la familia quienes terminan a su vez definiéndolo y describiéndolo por ese diagnóstico. De ahí hacia adelante el niño no sólo se siente un enfermo sino que actúa como tal y los padres regularán no sólo su comportamiento sino también las normas de crianza acorde a esa visión. Las interacciones familiares pasan a estar teñidas por esa nominación.

En el caso de los niños, al diagnosticarlos o etiquetarlos hay una doble responsabilidad del profesional, porque el niño dado su desarrollo cognitivo no tiene la posibilidad de cuestionar la visión del adulto ni menos la de un profesional. Además cuando se da un diagnóstico a los niños muchas veces se realiza una extensión o asimilación de los diagnósticos de los adultos hacia los niños.

La postura construccionista plantea que los conceptos y las categorías, por ejemplo las categorías diagnósticas, médicas o psicológicas, como las anteriormente mencionadas, están histórica y culturalmente especificadas y más aún son producto de ella.

En apoyo de esta postura, dentro de la comunidad médica, tenemos múltiples ejemplos en que, a lo largo del tiempo, se ha ido modificando la comprensión de una determinada sintomatología, llegando hasta la modificación de su nombre o su categoría. Han aparecido nuevos cuadros clínicos, como por ejemplo el estrés, o como los cuadros de fatiga crónica y también otros se han eliminado, como la homosexualidad por ejemplo, la cual fue excluida del DSM IV. Más aún en la práctica clínica tanto con adultos como con

niños observamos que por épocas más consultantes son diagnosticados con un cuadro clínico específico que en otros periodos. Así encontramos que actualmente, por ejemplo ha aumentado la frecuencia de diagnósticos de depresión, de déficit atencional, de disfunción familiar.

Entonces podríamos preguntarnos ¿estas categorías no estarían quizás en la cosa misma, sino serían categorías atribuidas socialmente a ciertas conductas y formuladas lingüísticamente?. ¿Es un referente natural o es un referente construido socialmente por un grupo, el grupo de profesionales de la salud mental?.

Debemos explicitar que nosotros no rechazamos las categorías diagnósticas que pueden ser muy útiles en un equipo con un modelo médico, sino que en nuestra evaluación y en nuestro modelo terapéutico no las contemplamos ya que ellas no nos ayudan a comprender las interacciones familiares en su realidad concreta y actual.

Nuestra visión tampoco es pensando que el niño presenta un síntoma reflejo de una dinámica familiar alterada ni que el niño presenta una problemática interna intrapsíquica sino lo que nos interesa es todo lo que constituye “lo psicológico” como producto de lo que ocurre en el espacio relacional.

Esto que planteamos para las categorías diagnósticas médicas , no es más que a modo de ejemplificar la manera en que construimos nuestras realidades. Así "*el mundo*" *lo construye* la gente en su interactuar cotidiano. Foucault lo explicita así: "Los discursos son prácticas que forman objetos de que se habla".

**Entonces ¿cómo conocemos?**. ¿Podemos decir que el conocimiento se basa en una *observación objetiva?*, en otras palabras ¿traduce una realidad allá afuera?. Las conductas homosexuales por ejemplo, antes y ahora ¿no tienen acaso una connotación diferente?. Cada construcción social puede tener múltiples escenarios, y que conllevan implícitamente a una acción concordante con ello. Pensemos también en el alcohólico quién sólo unos años atrás era considerado como transgresor de las buenas costumbres, como irresponsable, como inseguro de sí mismo, como un eslabón de una cadena generacional, etc. Sin embargo actualmente es considerado como un adicto, como un enfermo que requiere tratamiento y no una sentencia penal. Estas y muchas más son miradas posibles, "objetos posibles de acción":

Ello nos hace aceptar que nuestra mente, nuestras representaciones no son un reflejo de la realidad sino que es a través del lenguaje que conocemos y que a su vez ese lenguaje crea realidades. Pero el lenguaje tiene un formato preconcebido para pensar, que ya existe en nuestra cultura (comunidad científica por ejemplo) y en nuestra historia (de la familia, de la nación), que es transmitido por las personas de nuestro contexto interaccional y que limita lo que podemos hacer y lo que debemos hacer. Esto es lo que llamamos un discurso, que da sello a un grupo.

Esto lleva a interesarnos no acerca de la naturaleza psicológica de las personas (memoria, inteligencia, agresividad) o de las estructuras (personalidad, estructura familiar, estructura económica) sino de los procesos: el cómo ciertas formas de conocimiento o ciertos fenómenos se generan entre las personas que interactúan.

## **LA POSTURA CONSTRUCCIONISTA Y LA TERAPIA**

Nuestra mirada terapéutica ha ido cambiando con el transcurso del tiempo de focalizar desde el niño a la familia y luego desde la familia al espacio relacional donde ocurren todas las interacciones sociales a través del lenguaje. Compartimos con la familia, con la flexibilidad que concurren los que estén más preocupados, interesados y que puedan asistir.

¿Qué pasa entonces de acuerdo a estos planteamientos en el encuentro terapéutico? Citaremos a Harlene Anderson (1997) quién dice, "*pienso mi modelo como una filosofía de terapia más que una teoría, no preocupada de encontrar verdades científicas, sino como en la antigua Grecia, en focalizar en preguntas acerca de la vida, lo que implica un análisis continuo, indagación y reflexión*".

La terapia, sin duda es un encuentro particular donde alguien o varias personas, quieren resolver una situación que no desean, que consultan por ello y, un terapeuta que participa. Tanto consultantes como terapeuta tienen un rol activo, colaborativo en esa relación dialógica. Ninguno de los integrantes de esa interacción está en una actitud pasiva de recibir. Son diversos actores en un nuevo escenario y que tiene una disposición a dialogar. La idea de dialogar implica un intercambio, una conversación **con** y no **a**.

La postura construccionista plantea que narratizamos nuestras experiencias (Gergen, 1996) y que dependerá de diversos factores la forma final que adopte. Esta postura nos abre

la visión al mundo de los significados y las investigaciones avalan que ello nos da la posibilidad de hablar diferentes lenguajes, lo que es un recurso al estar abierto a todos esos lenguajes y en especial focalizando en el lenguaje de los consultantes, su discurso.

En la terapia las personas relatarán aquello que están experimentando como problema seleccionando aquellos elementos significativos del discurso y acordes con el hilo conductor de su narración. Es a través del lenguaje que conocemos, adquirimos y transmitimos los significados.

El terapeuta va conversando con la familia a través de “un curiosoar” y eso se logra sólo a través del preguntar y no de dar interpretaciones, ni instrucciones, ni juicios valóricos ni transmitir nuestras creencias como verdades sanadoras de lo que a ellos les aqueja. En la interacción entre terapeuta y consultante, la historia que la persona trae, origina preguntas que llevan a respuestas, que originan nuevas preguntas: los aspectos no dichos, preguntas sobre relaciones, los aconteceres presentes o pasados con otros, consecuencias traducidas en acciones y sentimientos, etc. Y así como apunta Hans Gadamer, "... .. va surgiendo la comprensión de los significados que articulan esa historia, en un ir y venir..... " Este tipo de conversación permitirá una y otra vez la reflexión de los consultantes sobre todos los elementos que han constituido su problema, reflexión que lo llevará a revisar las diversas soluciones intentadas y que precisamente han constituido el propio problema. Será ese nuevo espacio de reflexión facilitado por las preguntas del terapeuta lo que lo llevará a una nueva y alternativa visión a cada uno de los integrantes y oarticipantes de esa conversación.

En una situación de terapia, al estar conversando con una madre y su hijo de 11 años sobre las relaciones cotidianas entre ellos y las dificultades que encontraban en dicha relación, la madre narra que su hijo al llegar del colegio en vez de cooperarle con la rutina de la casa, le dice "tu guagua se sacó un 7, sírvele onces". Eso nos ha llevado a explorar las peticiones del hijo, de "recompensa" . Frente a ello, el terapeuta pregunta a su madre, si hay también en su hijo un deseo de que "lo reconozcan" por sus logros en el colegio y que posiblemente lo expresa con la frase “sírvete onces”. A lo que la madre responde "a mí nadie me reconoció nada, estudiaba escondida" ... "yo le conté que me criaron personas analfabetas, y luego agrega "... .. tal vez por eso no nos reconocemos mucho... .. ." Ella ha usado la palabra que introduce el terapeuta, “reconocimiento” palabra que conlleva una necesidad de ver en él algo nuevo, tal vez su esfuerzo

Su reflexión al decir "no nos reconocemos mucho" le posibilita la conexión a ese, su recuerdo "de no ser validada", recuerdo que se ha quedado pegado a su historia dolorosa y que podría volver a privar a su hijo ya no desde la posición de analfabeta de las letras, pero sí de las necesidades del otro, "de ser confirmado", "estimado" ( usamos esa palabra porque se habla de la "autoestima" que sería más bien la "estima" o "apreciación que otro hace de mi".....)

En el convivir con otros, en el conversar y reflexionar con otros siempre integraremos aquello que se aproxima a nuestra propia narración o historia y la resultante de la conversación no será ni nuestra historia ni la del terapeuta sino una construcción de ambas.

En todo este juego de lenguaje la persona irá descubriendo los diferentes significados atribuidos en su discurso y puede ir descubriendo significados alternativos que lo lleva a un relato diferente distante del problema y a encontrar nuevas alternativas de vida. El cambiar el discurso y con ello el cambiar su lenguaje cambian los significados, es lo que hace el cambio terapéutico.

## **EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL Y LA POSTURA DEL TERAPEUTA**

En terapia entonces **no sabemos** cómo nuestros consultantes han construido sus historias, con qué experiencias, con qué emociones, con qué significados, con qué atribuciones, con qué exclusiones... .. y es por ello que nos declaramos **no expertos** en sus vidas. "El terapeuta ya no se visualiza como un experto que posee una visión o historia privilegiada, sino como un facilitador de esta conversación terapéutica, como un maestro o una maestra en el arte de la conversación (Goolishian, 1989).

Pero también nos declaramos no expertos, en el sentido que no podemos estar en la posición de elegir por ellos "desde afuera" porque el desde afuera (un consejo, una interpretación) podría "no calzar" con la historia que traen, que da coherencia a sus vidas; ser demasiado ajeno a la visión de su mundo; pero el terapeuta sí debe estar entrenado en crear un espacio de diálogo que invite a examinar lo definido como problemas y soluciones descritas por el consultante.

Eso no significa que no busquemos experticia tanto en conocimiento como en destrezas terapéuticas. Debemos ser expertos en el preguntar y dialogar en esa conversación. La conversación terapéutica debe ser una búsqueda y exploración mutua. El ir preguntando por parte del terapeuta y el preguntarse a sí mismo del consultante, una y otra vez sobre un hecho, sobre una relación, le permite la de-construcción del texto de su historia, tal como se la ha contado hasta ahora, validando lo que considera importante, "invitando a poner los pensamientos en palabras" (Anderson, 1997). Sin embargo serán aquellos trozos no relatados los que podrán ser recordados en esta nueva situación.

Es el deconstruir lo que permite analizar lentamente y en pequeñas fracciones, en **coautoría**. Es **un proceso** lento, difícil porque **no sabemos la pregunta justa**, vamos "tanteando" en el diálogo e intentando percibir en las respuestas: hesitaciones, interrogantes del rostro, dudas en los gestos, reflexiones "no nos reconocemos mucho", apropiaciones de palabras ("reconocemos") que han surgido en el diálogo, que "agrietan" las enquistadas construcciones que son **las narraciones preferidas**, que dan cuenta de nuestras vidas, como una apertura, sin pretender que la nueva historia sea la definitiva.

Aquí nos enfrentamos con lo que parece para un profesional lo más temido: **la incertidumbre**. Al no tener "un marco teórico de interpretaciones" debo fluir junto con el otro; no tengo respuesta a los emplazamientos de soluciones: creo en **las múltiples posibilidades** de resolver o disolver lo que nos complica.

Y por último no tenemos posibilidad de atribuirnos resultados (halagos) que nos den esa sensación de poder, a la que los seres humanos estamos tan expuestos **a ser seducidos**.

El consultante y el terapeuta son actores en ese escenario relacional siendo ambos activos y participativos en la terapia constituyendo un sistema terapéutico colaborativo. Esta relación que se crea entre el terapeuta y el consultante es entonces un aprendizaje mutuo; preguntas, opiniones, explicaciones y sugerencias se mezclan en un intercambio en el que hay respeto y colaboración. Una danza dice Gergen, con sus pausas, su ritmo, su tiempo.



## POSTURA DEL TERAPEUTA

### TRADICIONAL

Delinea intervenciones

Interviene desde afuera

Experto en definir lo aceptable

Editor

Foco en el contenido

Conversación "a"

Planificación en base a teoría

Sistema determina el problema

Terapia como curación

Paciente (pasivo)

### PROPUESTA

Consultante participa en delinear sus concepciones

Sistema colaborativo

No experto en el deber ser

Coautor

Foco en el proceso

Conversación "con"

Incertidumbre, curiosidad

El problema determina el sistema

Terapia como consulta y diálogo

Cliente o consultante participativo

### Referencias bibliográficas

**Andersen, T. (1987)** The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415 - 428.

**Anderson, H & Goolishian, H. (1988)** Human systems as linguistic systems. *Family Process*, 27, 371 – 395.

**Anderson, H. (1997)** *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.

**Echeverría, R. (1994)** *Ontología del Lenguaje*. Santiago Chile: Dolmen ediciones.

**Gergen, K.J. ( 1994 )** Hacia una psicología post-moderna y post-occidental. Revista Psykhe, 3, 105-113.

**Gergen, K. (1996)** Realidades y relaciones. Barcelona: Paidós Ibérica.

**Gergen, K., McNamee, S. & Barret, F. (2001)** Toward a vocabulary of transformative dialogue. *International Journal of Public Administration*, 24, 697 – 707.

**Hoffman L. (1989)** Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*, vol.2, N°2, pág 41-53

**Keeney, B.( 1991)** *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós-Ibérica.

**Lax William D. (1991)** El pensamiento post-moderno en una práctica clínica.

**McNamee Sh. y Gergen K. (1995)** La terapia como construcción social

**Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L; Cecchin, G y Prata, G. (1991)** *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la Terapia de la familia de transacción esquizofrénica* . España: Ed. Paidós Ibérica. España.

**Shevrin H.,Shectman F (1973)** The diagnostic process in psychiatric evaluations. *Bull Menninger Clin* 37: 451- 493

**White M. (1994)** Guías para una terapia familiar sistémica. Ed. Gedisa, Barcelona , España

**White M. y Epston D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ed. Paidós Ibérica, España**