

Máster en Psicología General Sanitaria
Universidad de Almería



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Aplicación de la Metáfora-Juguete en la Terapia Existencial: Un estudio de caso sobre maltrato psicológico en pareja.

Autor: Ignacio de la Fuente Blanco

Director: José Manuel García Montes

Almería, marzo de 2020

La historia de la humanidad habría sido muy distinta si, en lugar de usar la palabra “control”, hubiéramos usado la palabra “colaboración”; colaborar con las personas, colaborar con la Naturaleza, etc. Cualquier intento de control presupone el silenciamiento de partes de nosotros mismos, de los demás y del entorno que nos rodea y en términos de personalidad supone el triunfo de la prepotencia sobre la humildad. Así no es de extrañar que aquel que dedica su vida al control termine siendo una marioneta de la criatura que ha creado.

*I must be cruel, only to be kind
(Hamlet. W. Shakespeare)*

Índice

1. Resumen.....	5
2. Introducción	
<i>Perspectiva de género y violencia.....</i>	<i>6</i>
<i>Efecto sobre la salud de las víctimas.....</i>	<i>7</i>
<i>Diagnóstico y evidencia empírica.....</i>	<i>8</i>
<i>Intervención con víctimas de violencia de género.....</i>	<i>9</i>
<i>El modelo existencial de terapia.....</i>	<i>10</i>
<i>Evidencia empírica de la terapia existencial.....</i>	<i>12</i>
<i>Metáfora y cognición corporizada.....</i>	<i>13</i>
3. Presentación del caso	
<i>Contexto clínico.....</i>	<i>16</i>
<i>Motivo de consulta.....</i>	<i>16</i>
<i>Historia.....</i>	<i>17</i>
4. Instrumentos de evaluación.....	18
5. Análisis y curso de la terapia.....	19
6. Análisis de resultados.....	49
7. Discusión y conclusiones.....	52
8. Referencias.....	55

A mi hermana Gloria,
profesora de la UCM.
In memoriam...

1. Resumen

En este estudio de caso, se presenta una nueva herramienta terapéutica cuyos componentes son el uso de metáforas-juguete dentro de una orientación existencial apoyada en el análisis fenomenológico. La dimensión existencial de los problemas del cliente dentro de su contexto vital explica la aparición de síntomas como parte de una estructura jerárquica con múltiples conexiones. Así, la terapia promueve la localización de los puntos de asentamiento del conflicto y su traducción simbólica en una metáfora-juguete. A partir de ahí, la relación entre símbolo y realidad reorienta el cambio tomando su fuerza del discurso colaborativo entre el cliente y el terapeuta. Con esta nueva técnica terapéutica y teniendo en cuenta la perspectiva de género, se aborda el caso de una joven universitaria que sufre las secuelas traumáticas de una relación en la que fue maltratada por su pareja. Se tomaron medidas pre-post tratamiento y se realizó un seguimiento a los dos meses. Los resultados indican que la aplicación de la terapia disminuyó los síntomas de ansiedad, somatizaciones e indicadores de estrés postraumático.

Palabras claves: trauma, terapia existencial, perspectiva de género, metáfora-juguete, cognición corporizada.

2. Introducción

Perspectiva de género y violencia

Aunque la presente investigación es un estudio de caso sobre la aplicación de la terapia existencial a través del uso de metáforas-juguete, las cuestiones psicológicas que plantea se enmarcan decididamente en la perspectiva de género, dado que los trastornos que sufría la consultante se desencadenaron a raíz de la experiencia traumática de maltrato psicológico que sufrió durante una relación de pareja y de cuyas secuelas no se pudo recuperar del todo.

En un sentido general la perspectiva de género es la introducción de un modelo de igualdad y justicia en el tratamiento de todos los temas que afectan a mujeres y hombres dentro de los campos en los que participan. En psicología supone el compromiso de los profesionales para modificar las condiciones de inferioridad que las mujeres sufren por el hecho de serlo y trabajar por un modelo social más justo e igualitario entre hombres y mujeres (Ferrer Pérez y Bosch, 2005). Aunque la psicología se ha considerado a sí misma como una ciencia neutral, distintas autoras han reclamado la revisión de los frecuentes sesgos de género en la investigación y la práctica clínica (Mizock y Brubaker, 2019; Tasa-Vinyals, Giral y Raich, 2015; Hyde, 1995; Tesoro y Mas, 1993). Son muchas las desigualdades y secuelas que por su condición de género han sufrido las mujeres a lo largo de la historia, pero, sin duda, la más flagrante y dramática ha sido la violencia que los hombres han ejercido contra ellas en sus diversas formas. El concepto de violencia de género tiene un carácter multidisciplinar y a la vez jurídico que ha sido definido por la Organización de las Naciones Unidas (1994) en su “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” y en nuestro ordenamiento por la Ley Orgánica 1/2004 de “Protección Integral contra la Violencia de Género” (García, 2005).

Las estadísticas de Naciones Unidas (Onumujeres, 2019) que muestran la incidencia de la violencia de género a nivel mundial señalan que más de un 35% de la población femenina ha sufrido algún tipo de violencia por parte de sus parejas o personas de su entorno. La violencia de género es la primera causa en el mundo de muerte e invalidez entre las mujeres y causa más muertes que el cáncer, los accidentes de tráfico o la guerra (Larrosa, 2010). Estos datos no han variado sensiblemente en la última década, aunque sí el nivel de concienciación social e institucional. A pesar de ello, en España, el número de mujeres asesinadas por violencia de género ha registrado un nuevo repunte en 2019, contabilizándose 55 mujeres que perdieron la vida a manos de sus parejas o exparejas, 1.033 desde que empezaron a contabilizarse en 2003. Los juzgados españoles recibieron un total de 40.491 denuncias por violencia de género en el tercer trimestre de 2019 según los últimos datos aportados por el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ). El número de víctimas de violencia de género que fueron inscritas en el

Registro Central del Ministerio de Justicia en el año 2018 fue de 31.286 personas según la Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Son diversos los modelos teóricos que explican la violencia de género (De Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). La teoría biológica señala que la violencia en la pareja es el resultado de la estructura biológica mayoritaria de las especies en las que los machos son más agresivos que las hembras. En este sentido, Booth y Dabbs (1993) intentaron correlacionar los niveles de testosterona en el hombre con la respuesta agresiva en pareja. La explicación generacional de la violencia de género señala que algunas características psicológicas como el rechazo y el maltrato del padre o el apego inseguro a la madre constituyen un factor de riesgo (Dutton y Golant, 1997). Esto explicaría porqué los hombres maltratadores son emocionalmente tan dependientes y sujetos a sentir ansiedad ante la separación. Por su parte, el enfoque sistémico considera que la violencia no es un fenómeno individual sino interrelacional donde todos los participantes se hayan implicados y, por lo tanto, son responsables (Perrone y Nanini, 1995). La perspectiva de género aporta una explicación psicosocial de la violencia como resultado de las desigualdades entre hombre y mujeres apoyadas en las estructuras sociales que consagran la superioridad masculina. Así la violencia contra las mujeres sería el resultado de la cultura patriarcal (Cantera, 2007). La perspectiva de género y el pensamiento feminista guardan estrecha relación a la hora de caracterizar la violencia de género y son uno de los enfoques dominantes en la actualidad en cuanto a cómo abordarla. Por último, el modelo ecológico, originalmente propuesto para el estudio del abuso infantil, intenta explicar la violencia de género como el resultado de distintos factores (individuales, microsistema, exosistema y macrosistema) organizados en forma de círculos concéntricos que explicarían, finalmente, el fenómeno de manera abarcativa y globalizadora (Bronfenbrenner, 1987; Heise, 1998).

Efectos sobre la salud de las víctimas

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS recogía ya una detenida valoración del impacto sobre la salud de las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas. El estudio, apoyado en múltiples referencias, señala que al margen de las consecuencias directas sobre su integridad física y psicológica “ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro” y que las mujeres que han sufrido maltrato experimentarán con mayor frecuencia que otras mujeres un empeoramiento de su condición física y psicológica y serán más proclives a adoptar comportamientos de riesgo. En concreto, el informe señala que estas personas tienen un mayor riesgo de sufrir depresión, intentos de suicidio, síndromes de dolor crónico, trastornos psicosomáticos, trastornos del aparato

digestivo y diversas consecuencias para su salud reproductiva (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003).

La violencia psicológica es la forma de violencia más habitual contra la mujer en el ámbito de la pareja. Se entiende por esta cualquier acto u omisión que se realice sobre una persona con la intención de causar sufrimiento o desvalorización, haciendo uso para ello de humillaciones, insultos, conductas amenazantes o control y coerción de su libertad (Ramos, 2003). Se ha demostrado que el maltrato causa daños físicos y psicológicos de diversa índole entre las víctimas (Martín-Baena, Montero-Piñar, Escribà-Agüir y Vives-Cases, 2015). Los síntomas y síndromes van desde el trastorno de estrés postraumático hasta diversos trastornos psicológicos tales como ataques de pánico, agorafobia, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la conducta alimentaria y trastornos sexuales.

Diagnóstico y evidencia empírica

En investigación sobre violencia de género, distintos autores (O'Doherty, 2019; Spencer et al., 2019; Weiss, Peasant y Sullivan, 2017; Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta, y Sarasua, 2002; Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999) coinciden al establecer correspondencias entre el maltrato y la aparición de trastornos psicológicos tales como depresión grave, ansiedad, insomnio y la aparición de síntomas somáticos. Un metaanálisis de Golding (1999), destacaba la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (63,8%) y la depresión (47,6%), así como de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias en mujeres maltratadas. También se ha relacionado un empeoramiento de salud en aquellas mujeres con mayor riesgo de abusos o que han sufrido maltrato recientemente en comparación con aquellas que se separaron y rehicieron su vida (Aznar, 2004). En un estudio más reciente realizado por Encinas, Fernández-Velasco y Rincón (2010) sobre una muestra de víctimas de violencia machista en la Comunidad de Madrid apareció una menor incidencia del trastorno de estrés postraumático (37%) y mayor de depresión (69,6%) así como de problemas asociados tales como inadaptación (88%) o baja autoestima (74%). Resulta también destacable la incidencia de trastornos de ansiedad (38,7%) y el porcentaje de ideación e intentos suicidas (44%) que recoge dicho estudio.

La falta de un diagnóstico preciso de los trastornos que sufren las mujeres víctimas de maltrato llevó a la búsqueda de nuevas definiciones que recogieran la especificidad de estos cuadros. Para la investigadora Lenore Walker, cuando el maltrato psicológico se desarrolla en el contexto de una relación de pareja de forma continuada generará en la mujer un trastorno de adaptación disfuncional denominado por ella "síndrome de la mujer maltratada" (Walker, 1984) caracterizado por distintos comportamientos en los que se puede observar pérdida de autoestima, estados de confusión y culpabilidad, fuertes sentimientos de falta de control, anulación o anestesia emocional y dependencia o identificación con el agresor. Como parte del

modelo, la llamada “escalada de la violencia” se caracteriza por ser un ciclo de desarrollo del comportamiento violento con tres fases en la conducta del agresor: acumulación de tensión, episodio agudo de violencia y falso arrepentimiento o luna de miel. A medida que la situación de maltrato se cronifica la primera fase se hace más breve, los episodios de violencia se agudizan y los momentos de arrepentimiento desaparecen, momento en el que frecuentemente la mujer se decide a romper o a pedir ayuda (Nogueiras, 2004).

El síndrome de la mujer maltratada puede considerarse como una subcategoría del TEPT (Walker, 2006, 1991) que incluiría una serie de características propias. En este sentido, una aportación interesante ha sido la redefinición del TEPT como Trastorno de Estrés Postraumático Complejo para explicar los cambios de personalidad de las mujeres maltratadas. Este nuevo síndrome incluye las siguientes características: maltrato prolongado; alteraciones en la regulación emocional; alteraciones en la conciencia y la percepción de sí misma; alteraciones en la percepción del agresor; alteraciones en las relaciones interpersonales y pérdida del significado (Herman, 2004). Otro interesante estudio de Calvete, Estévez y Corral (2007) abordó el problema de las relaciones entre el TEPT y las distorsiones cognitivas asociadas a los efectos del maltrato usando como modelo la terapia de esquemas de Young (Rodríguez Vilches, 2019). Los resultados sugieren que las mujeres con criterios diagnósticos para TEPT, en comparación con el grupo control, obtenían puntuaciones más altas en importantes dominios cognitivos del modelo.

Intervención con víctimas de violencia de género

Dado que los diagnósticos más frecuentes en mujeres víctimas de violencia de género han sido el TEPT y la depresión, los tratamientos aplicados tradicionalmente fueron los correspondientes a estos trastornos que cumplen con el requisito de su validación empírica. Al margen de los tratamientos farmacológicos de amplio uso, los tratamientos reconocidos para el TEPT y para la depresión han sido las terapias cognitivo-conductuales. En el caso del TEPT se emplean la terapia de exposición, la terapia cognitiva y los diversos programas para el tratamiento de la ansiedad. En los últimos años se ha incorporado además en el tratamiento del trauma, especialmente del trauma de guerra el EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) (Watts et al. 2013). Para la depresión algunos de los tratamientos reconocidos ha sido la terapia de conducta en sus distintas variantes, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klemm (Pérez-Álvarez y García Montes, 2001).

Sin embargo, la particularidad que presenta el trastorno por violencia de género hace que, según distintos autores, al margen del marco teórico y de la metodología, los principios que deben guiar la intervención serían los siguientes (Pérez Viejo y Escobar, 2011): la perspectiva de género, la desnaturalización de la violencia, un posicionamiento contra la violencia, la especialización profesional, una

consideración de los menores y la seguridad de la mujer. Además de estos principios, antes de iniciar un tratamiento se debería tener en cuenta un marco de valores que contemplase las características objetivas y subjetivas de la persona maltratada tales como el estilo de contacto de la mujer, su grado de conciencia, el tipo y gravedad del maltrato y sus secuelas, la fase de la violencia en que se encuentre, las estrategias para evitar la retraumatización de la víctima, el alcance de la intervención si esta se produce en un contexto pluridisciplinar y la conciencia de riesgo para la seguridad de la mujer (Romero, 2010).

En cuanto a los modelos de intervención habría que destacar que los más adecuados son aquellos que consideran la teoría del trauma y la perspectiva de género como base de la intervención (Pérez Viejo y Escobar, 2011). Tres son los objetivos, según estos autores, que garantizan la calidad y la eficacia de la terapia: garantizar la seguridad de la mujer, empoderarse y recuperar el control de su vida. Herman (2004) señala que las fases de recuperación en el tratamiento consisten, así mismo, en reestablecer la seguridad de la mujer maltratada, reconstruir su historia traumática y elaborar el duelo y reconectarse con la vida, consigo misma y con los demás. Las autoras que defienden un modelo feminista de terapia destacan que la intervención debe estar guiada por los siguientes principios: toma de conciencia de la situación vivida desentrañando los falsos mitos, trabajo para la recuperación de los déficits psicológicos, autonomía e independencia frente a la figura masculina, análisis, de la relación con los hijos, interiorización de los roles igualitarios, reconstrucción de la vida social de la mujer y, como objetivo final, el logro del empoderamiento y el restablecimiento del proyecto vital (Pérez y Fiol, 2005).

El modelo existencial de terapia

La psicología existencial, conocida como *tercera fuerza en psicología*, surge como reacción a las concepciones deterministas del hombre defendidas por psicoanálisis y conductismo, a las que considera deshumanizadoras. Para muchos de estos autores y pensadores la orientación del pensamiento científico había dejado a un lado una parte de la condición humana, generando un profundo vacío necesitado de respuesta. En oleadas sucesivas, la filosofía primero y la psicología después, trataron de responder a cuestiones que el empirismo y el racionalismo arrinconaban por ser ajenas a sus intereses, los llamados dilemas de la existencia (May, 1985).

El pensamiento científico, fiel a su método, había centrado su esfuerzo en sistematizar conocimientos entorno a los conceptos de predicción y control, postulando, por tanto, que la prueba de todo conocimiento es nuestra capacidad para predecir y controlar las respuestas de un organismo dentro de una determinada cadena de causas y efectos. El existencialismo defendía, por su parte, que para conocer la realidad debíamos renunciar a toda manipulación, pues cada sujeto-ente posee una intencionalidad *para sí* que queda inevitablemente distorsionada al entrar

en contacto con *el otro* (“el infierno son los otros” diría Sartre). Este hecho connatural a la existencia (la distorsión que produce el contacto) evidenciado incluso por la física contemporánea, no podía, por tanto, ser justificado como un *acto que objetiva* (esa fue la pretensión de empiristas y racionalistas desde siempre, incluidos los esfuerzos de la corriente analítica contemporánea), solo ser asumido como parte del juego de la realidad y retrotraído finalmente al lenguaje (Wittgenstein, 2009/1953). Como salida a la paradoja, una parte de la filosofía se orientó hacia el acto fenomenológico y posteriormente la psicología asumiría algunos de sus postulados (Sassenfeld y Moncada, 2006).

Para el existencialismo la existencia es aquello que permanece ajeno a lo objetivo, su naturaleza es pura subjetividad. No puede haber pretensión de dominio porque todo en ella ya es dominio. Dicho de otro modo, la objetividad esta alojada en la subjetividad de la existencia, ajena a cualquier psicologismo, ya que esta subjetividad es trascendente (*acto-para-sí*) o, dicho a la inversa, es previa a todo *acto-para-el-mundo*. Por tanto, a la existencia le corresponde el acto de conocer fenomenológico, único que respeta su condición intencional al hacer renuncia de toda manipulación. En esto consistía, en última instancia, la *epoché* husserliana o reducción fenomenológica (San Martín, 2003). Existencia y fenómeno, finalmente, se unen en el *ser-en-el-mundo* porque el ser solo puede dar cuenta del mundo en la medida en que no se aparta de él (Heidegger, 2005/1927).

La ciencia empírica, representada en psicología por el modelo biomédico, ha tratado de refutar la fenomenología con cada arreón de supuesto progreso, pero, como si se tratara de un péndulo, sus construcciones han permanecido siempre en el mismo lugar expuestas al frío existencial. Ya sea en Marte o en la blanca estancia de un hospital, la existencia permanece desafiante. Así, los pensadores existenciales, filósofos o terapeutas, no pudiendo ser ajenos a este hecho, resolvieron hacer un acto de reconocimiento y seguir caminando. Sería, según ellos, a través del hecho existencial cómo podemos intentar comprender al otro y a lo que nos rodea. Y en este contacto surge la idea de diálogo. La existencia, entre todas sus modalidades posibles, puede aspirar a convertirse en un diálogo y el diálogo, por expreso deseo de dos personas, en terapia (Anderson, 2001).

La aplicación de la perspectiva existencial a los efectos del trauma y sus secuelas es una interesante alternativa a los modelos tradicionales y aporta elementos de significado a la perspectiva de género con los que complementar las intervenciones antes expuestas (Weingourt, 1985). Históricamente la psicología existencial se definió a si misma a través de un conjunto de autores (Frankl, 1985; May, 1985; Rogers, 1980; Yalom, 1980; Biswangler, 1963) cuya obra y práctica terapéutica representan en un alto grado el espectro de sus valores. Al ser el resultado de muchas experiencias y muchos caminos, más que un lenguaje común, en terapia existencial podemos encontrar *un espíritu común* donde los diversos lenguajes encuentran su acomodo. En

los últimos años, además, distintos autores han comenzado a defender posiciones teóricas más convergentes con el resto de las corrientes psicológicas (Masterpasqua, 2016; Fernández-Álvarez, Consoli y Gómez, 2016; Norcross y Lambert, 2014; Waterman, 2013; Elkins, 2012; Ottens y Hanna, 1998) y, al mismo tiempo, las investigaciones empiezan a aportar cada vez más datos empíricos sobre el efecto de las intervenciones existenciales y su eficacia.

Algunos autores (p. ej. Moreno, 2010) enmarcan la psicología existencial actualmente dentro de cuatro categorías esenciales referidas al entendimiento de la condición humana: sentido y significado, tiempo y temporalidad, cuerpo y organismo y trascendencia. Cuatro caminos que contienen múltiples desarrollos cuya explicación excede con mucho la finalidad del presente trabajo. Brevemente, la terapia existencial gira en torno a los conceptos de sentido (Dezelic, 2017) y responsabilidad (Restrepo, 2018b). Cualquier enfoque que debilite el carácter agencial del sujeto sustituyéndolo por un conjunto de explicaciones objetivas se alejará del núcleo de la perspectiva existencial. Aunque este elemento agencial, en última instancia, no puede ser negado por ninguna corriente terapéutica, las diferencias y divergencias se establecerán, más bien, en torno al lugar que el sujeto ocupe como referente ontológico en el modelo. Desde el punto de vista existencial, una metodología centrada en procesos y procedimientos experimentales no puede hacer uso de la generalización sin entrar en contradicción con el principio de responsabilidad cuando intenta aplicar sus conclusiones a niveles o categorías donde lo determinante es la intencionalidad del sujeto. Frente al estudio analítico-causal de los componentes de un organismo, de un sistema o de una conducta, el sujeto se erige como último nivel de respuesta al hacerse responsable de sí mismo y de su propia conducta. No importa qué explicaciones aporte el reduccionismo al respecto, neuroquímicas, genéticas, sociales o de conducta, el sujeto permanece ahí. Esa fue, en última instancia, la lúcida aportación de Heidegger con su concepto de *Dasein* (Rivera, 2010). Sin embargo, no se trata de substituir una cosa por otra, en este caso el objeto por el sujeto, sino de reconocer que son realidades simultáneas que el ojo de la conciencia, que es el que las observa, no puede mirar sino alternativamente. En este sentido las aportaciones de Rollo May (1985) son especialmente esclarecedoras sobre la compatibilidad de las relaciones objeto-sujeto en terapia.

Evidencia empírica de la terapia existencial

En cuanto a la validación empírica de la terapia existencial, el metaanálisis de Vos, Craig y Cooper (2015) revisó evidencias sobre la eficacia de los distintos tipos de terapias existenciales. Se incluyeron un total de 60 estudios de los cuales 21 eran controles aleatorizados que cubrían una muestra total de 1792 participantes. Sus conclusiones fueron que este tipo de terapias son un grupo prometedor de intervenciones con efectos moderadamente similares a otras terapias como los

enfoques de terapia positiva o basados en la aceptación o la atención plena. Sin embargo, estos autores se hacen eco de las limitaciones metodológicas de muchos de los estudios incluidos y de la especificidad de las intervenciones existenciales que requerirían la revisión de los procedimientos de recogida de datos y validación. Otro metaanálisis reciente (Vos y Vitali, 2017) se centro en estudios experimentales sobre intervenciones con Terapias Centradas sobre el Significado. El metaanálisis incluye 60 estudios de los cuales 26 eran ensayos controlados aleatorios. Los análisis de meta regresión mostraron que incrementos en el constructo “significado de la vida” predecían disminución en el estrés psicológico ($\beta = -0.56, p < 0.001$) concluyendo los autores que la terapia centrada en el significado mejora fuertemente la calidad de vida, por lo que es recomendable especialmente en condiciones de transición vital y enfermedad física.

Un estudio de Gebler y Maercker (2014) investigó la posible contribución de la perspectiva existencial al tratamiento cognitivo-conductual de enfermos con dolor crónico a través de un diseño cuasiexperimental con dos grupos de tratamiento a los que se les hizo un seguimiento de 6 meses. Los resultados indicaron que el grupo de tratamiento cognitivo-conductual que utilizó la perspectiva existencial obtenía mejores resultados en el manejo del dolor, así como una disminución de mismo, en comparación con el grupo control. Como conclusión se apunta a que una integración de la perspectiva existencial puede mejorar los resultados en el tratamiento de enfermedades crónica mediante intervenciones cognitivo-conductuales.

La compatibilidad del enfoque existencial y las terapias cognitivo conductual y de tercera generación ha sido abordada también teóricamente por distintos autores (Pérez-Álvarez, 2019; Ameli y Dattilio, 2013; Hayes, 2012; Elkins, 2012) poniendo el énfasis en un acercamiento de posturas y en un enriquecimiento mutuo de sus principios, aplicables en los tratamientos más allá de las divergencias. Es reseñable también el esfuerzo de P.T.P. Wong en establecer un puente entre la psicología positiva y la psicología existencial con su versión de la psicología existencial positiva o psicología positiva 2.0. (Wong, 2017; Wong, 2011).

Metáfora y cognición corporizada

Los seres humanos utilizamos metáforas desde los tiempos más antiguos. Ya el filósofo Seneca destacaba su uso para hacernos una idea de lo que no se puede ver ni tocar, pero no queremos que caiga en el olvido (De Botton, 2013). En cuanto nuestro desarrollo nos lo permite, comenzamos a explorar el espacio simbólico de la mente en el que se despliega una red inconsciente de significados a medida que vamos adquiriendo nuevas experiencias. Las imágenes mentales, cual fotogramas, abarcan importantes regiones de nuestra identidad conformadas por elementos diversos y tienen la capacidad de conectar y dar forma a partes distantes de los contenidos del psiquismo. Las metáforas son construcciones del lenguaje que contienen imágenes

especialmente relevantes para el proceso de comprender e integrar nuevos significados (Bustos, 2000). Cuando aparecen en el contexto adecuado, son capaces de modificar dicho contexto. Ese contexto no es otra cosa que la propia persona explicándose a sí misma en un acto de comprensión fenomenológica.

Las formas que adoptan las metáforas son muy diversas. La metáfora no es una historia, aunque puede utilizar el vehículo narrativo. Tampoco puede ser definida como una imagen, aunque frecuentemente hace uso de imágenes. La metáfora no es un objeto, sin embargo, muy diversos objetos por su valor simbólico pueden dar cabida a metáforas. Es un recurso de la comunicación humana que obtiene su especial valor de lo que no dice o expresa por sí mismo. Eso que no dice o expresa es la respuesta o reacción que tiene el propio individuo ante ella. Es precisamente por su carácter incompleto o abierto que excita la agencialidad para impulsar el cambio cuando se usa en un contexto terapéutico.

En cuanto a la metáfora como herramienta terapéutica podemos decir que goza de una larga tradición. Ha sido utilizada por la mayoría de las corrientes psicológicas y son muchos los estudios que explican sus distintos usos (Cirillo y Crider, 1995) y subrayan sus beneficios (Lloyd, 2015). Así, en terapia cognitiva junto al enfoque proposicional se utilizan modalidades cognitivas imaginarias y metafóricas (Kopp y Craw, 1998); un estudio de Mathieson, Jordan, Carter y Stubbe (2016) aborda la frecuencia con que los terapeutas cognitivo-conductuales hacen uso de metáforas a lo largo de los tratamientos; ACT, destacado miembro de la familia de terapias de tercera generación, hace de las metáforas uno de sus recursos emblemáticos (Stoddard y Afari, 2014) y para las terapias posmodernas, tanto la terapia centrada en soluciones como la terapia narrativa, constituyen uno de sus pilares (Zatloukal, Žákovský y Bezdíčková, 2019; Clarke, 2014; White, 2007). Además, específicamente, se han propuesto terapias basadas en la metáfora para el tratamiento de TEPT (Sword, Sword, Brunskill, Zimbardo, 2014), la rehabilitación de maltratadores (Buchbinder, 2018) o de la depresión (McGuinty, Armstrong y Carrière, 2014).

En la aplicación de la metáfora-juguete a la terapia existencial se utiliza la simbología del juguete para construir metáforas que apunten hacia las posibles soluciones del conflicto y, por ello, la metáfora ocupa un lugar central en el tratamiento. La riqueza simbólica del juguete forma parte del acervo cultural de las personas. El juguete posee características únicas para explicar el concepto sin acaparar la atención sobre él, es decir, en cuanto objeto simbólico permite que la atención no se aparte de la corriente real de lo vivido. Sin embargo, su presencia material y su contacto puede ilustrar de manera inequívoca el camino para resolver un problema. La presencia del juguete en terapia debe responder a una necesidad planteada previamente y no simplemente a la ocurrencia o iniciativa del terapeuta. En otro caso, podría representar una distracción u ocupar un lugar incidental en el proceso. Su presentación debe estar justificada por el problema de la consultante. Responde,

entonces, a relaciones referenciales anteriormente expuestas y, con posterioridad, cuando el juguete no esta presente, articula el proceso de integración de los cambios que se han iniciado. Esto se debe a que la metáfora-juguete no tiene una función meramente explicativa sino existencial en cuanto que representa en cada caso aspectos ideográficos y biográficos en la vida del sujeto.

Los avances en psicología cognitiva han dotado de nuevo fundamento y sentido al uso de la metáfora en terapia dentro del marco de la teoría de la mente corporizada. Frente al dualismo neocartesiano de la teoría cognitiva tradicional que situaba la cognición exclusivamente en el cerebro, las nuevas teorías de la cognición corporizada proponen que el cerebro y el ambiente actúan como una sola unidad interdependiente y que la cognición es el resultado tanto de las acciones del cerebro como de las del cuerpo que lo aloja y del medio donde este se mueve (Restrepo, 2018a). Por ejemplo, la cognición corporizada entiende que la comprensión resulta de la recuperación de contextos y no del procesamiento de información amodal (Gomila, 2009). Esto permite abordar problemas que la psicología cognitiva no ha podido resolver hasta ahora como el problema del marco, es decir, la posibilidad de manejar procesos que son abiertos y sensibles al contexto (Fodor, 1983) y, de paso, nos permite establecer puentes con lo que la terapia hace, pero no explica. Así, la metáfora posee importantes potencialidades de cambio como herramienta terapéutica porque representaría un genuino producto de nuestra mente corporizada (Finlay, 2015). Su externalización, siguiendo estas teorías, implicaría a la llamada “cognición situada” y la propia relación terapéutica vendría explicada por el sustrato “extendido” de la cognición. Podemos intuir las implicaciones que esta nueva visión puede llegar a tener en la evolución de los tratamientos (Kozak, 1992). Por ejemplo, llevar la metáfora más allá de sus límites lingüísticos, transformándolo en metáfora externalizada mediante el uso de juguetes, hace que los sistemas sensoriomotores y espaciales de la persona se impliquen también en la terapia con la consecuente potenciación de su efecto. La tesis defendida por el *externismo activo* (Clark y Chalmers, 1998) defiende el papel activo del entorno en los procesos cognitivos. En lo que concierne a las metáforas-juguete su tesis afirma que si al enfrentarnos a una tarea (cambio terapéutico) una parte del mundo (metáfora-juguete) funciona como un proceso que habitualmente es realizado por nuestro cerebro, ese objeto formará parte del proceso cognitivo, es decir, de la mente. Esto puede llegar a explicar porqué los procesos externalizantes de la mente potencian los resultados en la ejecución de tareas.

3. Presentación del Caso

Contexto clínico

El presente estudio de caso está incluido dentro de una investigación más amplia sobre validación de la terapia existencial para el tratamiento del trauma realizado en el Servicio de Atención (SAP) de la Universidad de Almería. Para esta investigación, el criterio de selección de la muestra fue la puntuación obtenida mediante la escala de trauma de Davidson (DTS) que cumplimentaron previamente todos los voluntarios; es decir, todos los casos estudiados tenían antecedentes traumáticos. La muestra estaba compuesta por doce voluntarios que habían solicitado tratamiento en el Servicio y que se encontraban en lista de espera. El grupo se subdividió después en grupo experimental y grupo control de manera aleatoria. Los datos de esta investigación se encuentran pendientes de su análisis.

Este caso se segregó de la investigación general por ser el único en el que se aplicó la metáfora-juguete dentro del enfoque existencial. La intervención fue dirigida en su totalidad por Ignacio de la Fuente y supervisada por el director del estudio Dr. D. José Manuel García Montes mediante la revisión periódica de los videos.

Caridad (nombre ficticio) es una joven universitaria de 23 años que está realizando estudios de grado en la Universidad de Almería. Acude al SAP para solicitar asistencia, utilizando el procedimiento habitual, que es rellenar una solicitud a través de Centro de Atención al Usuario (CAU). Los motivos que explicita la consultante en la demanda de manera muy sucinta son: “descontrol de mi ansiedad, pesadillas y pensamientos tóxicos”. Al recibirlo, el personal administrativo se pone en contacto con ella y en un primer momento le comunica que entra a formar parte de la lista de espera y que se le asignará un terapeuta cuando le corresponda. Al ser aprobada la realización del estudio, se le ofrece participar en él. La consultante acepta y entra a formar parte del grupo experimental al que se aplicará un tratamiento de terapia existencial. Caridad comienza su tratamiento de manera inmediata una vez cumplimentados los requisitos formales que son la lectura y firma del consentimiento informado, cláusulas de protección de datos y derechos de grabación, así como las pruebas psicológicas pertinentes que recogen las medidas pretratamiento para la investigación.

Motivo de consulta

La razón principal por la que Caridad quiere realizar la terapia es para resolver un problema que creía solucionado. Para ella, el hecho, además, de hacerla con un hombre es una especie de “terapia de choque” porque su problema tiene que ver con los hombres. Cuenta que, aunque siempre ha sido nerviosa, empezó a sufrir ataques de ansiedad en el año 2015 a raíz de una relación de pareja que describe como “tóxica”.

La segunda razón para iniciar el tratamiento es su conciencia de que, para realizar su trabajo, una vez que acabe la carrera, ella misma deberá sentirse emocionalmente estable si quiere poder ayudar a otros. Le parece, por lo tanto, que necesita resolver esta situación y superar dicha experiencia traumática.

Por último, Caridad refiere que está comenzando una nueva relación sentimental con un estudiante extranjero y que ambos están empezando a hacer planes de futuro, lo que implicaría que ella se trasladase a vivir a su país para, de paso, realizar allí estudios de postgrado. Necesita, pues, adquirir seguridad en sí misma y una cierta certeza de que la ansiedad no pondrá en peligro sus planes de futuro.

Historia clínica

Caridad se define como una persona nerviosa ya desde niña. Lleva desde los siete años una vida ajetreada pues combina el colegio con los estudios de música en el Conservatorio, lo que le obliga a llevar un horario exigente con poco tiempo libre. Además, debe trasladarse todos los días a Almería en coche porque el domicilio familiar está en un pueblo cercano.

En segundo de bachillerato experimenta una fuerte crisis con sus estudios y termina por abandonarlos. Durante este periodo mantiene acaloradas discusiones con sus padres ya que siente que ellos no la entienden y, además, censuran su conducta. No encuentra motivación para hacer las cosas y todo se le hace cuesta arriba. Después de abandonar los estudios, trabaja en la hostelería durante un año. Aunque todo le causaba estrés, no recuerda haber tenido un verdadero ataque de ansiedad a raíz de tales acontecimientos.

El desencadenante principal de sus crisis de ansiedad y de su malestar fue una relación que mantuvo después durante año y medio y que ella define como “muy tóxica” hasta el punto de tener que denunciar a su pareja. Ella vivió el deterioro de la relación de manera lenta y progresiva lo que le impidió tomar conciencia de la gravedad de la situación que estaba viviendo. Como resultado de aquella relación empieza tener pensamientos intrusivos y descalificantes hacia sí misma, problemas de sueño y rechazo al contacto con hombres, incluso con su propio padre. Lloraba con frecuencia y sentía miedo hacia los que la rodeaban en cualquier situación social. Con el tiempo, su situación empeora, empieza a tener miedo a dejar de respirar y desordenes en la alimentación, adelgazando varios kilos pues pensaba que se iba a ahogar al comer. Sus padres le llevan al psiquiatra y este prescribió antidepresivos. Con posterioridad recibe asistencia psicológica. El tratamiento, según sus palabras, consistió en “reconstruirle la autoestima” pues pensaba que era la “peor persona del mundo” y que “se merecía todo lo malo que le podía ocurrir”. Poco a poco fue retomando las relaciones, pero con mucho miedo a que le hicieran daño, le engañaran o le manipularan. Aprende, sin embargo, a identificar situaciones que no son

tolerables en una relación de pareja como que “te controle el teléfono” algo que en aquella ocasión le parecía “lo más normal del mundo”.

Tiempo después, en momentos sucesivos, establece dos relaciones de pareja que no terminan de formalizarse. Según ella, no se debió tanto a las secuelas de la relación anterior, como a diferencias religiosas en un caso y en el otro, a la distancia física que los separaba, dado que el joven vivía en otra provincia. Aunque, sin entrar en detalles, ella es capaz de expresar a sus parejas sus dificultades para el contacto íntimo y dice que ellos “en ningún momento la juzgaron ni hicieron nada que le hiciera sentirse incómoda, yendo al ritmo que necesitaba”. No obstante, “cuando llegaba el momento íntimo yo me sentía mentalmente bien pero mi cuerpo no. Cuando terminaba el acto sexual empezaba a temblar, unos temblores como si me estuviera dando un ataque, no de ansiedad, sino de quedarme paralizada”.

Un año y medio después de estas relaciones, periodo en que sufre un rebrote de sus ataques de ansiedad, comienza una nueva relación con un joven universitario extranjero al que conoce a través de un chat de intercambio de idiomas. Comprende de nuevo que aun no ha superado la relación traumática antes referida y, por eso, decide pedir ayuda en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad.

4. Instrumentos de evaluación

Se tomaron medidas pre-post y seguimiento con los siguientes instrumentos:

1-Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson et al., 1997). Está constituida por 17 ítems que evaluaban inicialmente cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM IV para el trastorno de estrés postraumático. Esta escala mide la gravedad y frecuencia de los síntomas en individuos que han experimentado un trauma. Cada ítem se contesta en una escala de gravedad y de frecuencia de 0 a 4 generándose dos subescalas. Las puntuaciones totales varían entre 0 (ausencia de síntomas) y 68 (máximo grado de presencia de síntomas correspondientes al TEPT. Las propiedades psicométricas de la versión española fueron estudiadas por Bobes et al. (2000) demostrando que la escala posee niveles adecuados de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio clínico.

2-Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) de L. R. Derogatis, 1983 (adaptación española de J. L. González de Rivera, et al. 2002). Es un cuestionario de detección y medida de síntomas psicopatológicos (Derogatis, Yevzeroff, H., y Wittelsberger, 1975). Comprende 90 ítems con 9 dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico: Índice de Severidad Global (GSI), Índice Positivo de Malestar (PSDI) y Total

de Síntomas Positivos (TSP). Los índices alfa de fiabilidad de la versión española varían entre ,77 y ,90.

3-Test de sentido en la vida (PIL) de Crumbaugh y Maholick (1969).

Este cuestionario tiene como objetivo identificar el vacío existencial según sus autores Crumbaugh y Maholick (1969). Se comprobó su validez de constructo en diferentes poblaciones y se obtuvo una aceptable confiabilidad. El Coeficiente de correlación de Pearson que se midió para esta versión inicial fue 0.81. Los autores de la prueba dedujeron de su análisis factorial una sola dimensión, sin subescalas, con una medida general para el constructo sentido en la vida de 0.93 para el alfa de Cronbach. La adaptación española (Noblejas, 1994) presenta buenos índices psicométricos con un índice de fiabilidad de ,87. La prueba consta de tres partes, una parte cuantitativa y dos cualitativas. Se ha hecho uso de la primera parte que está formada por 20 ítems que la persona puntúa entre 1 y 7. La puntuación mínima es de 20 puntos y la máxima de 140 puntos, extremos de un continuo entre vacío existencial y sentido pleno de la vida.

4-Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III). Es un instrumento de evaluación psicopatológica, trastornos de personalidad y síndromes clínicos. Las escalas abarcan los patrones clínicos de la personalidad (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo, compulsivo, negativista, autodestructivo) la patología grave de la personalidad (esquizotípico, límite, paranoide), los síndromes clínicos en general (trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastornos distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastornos de estrés postraumático), los síndromes clínicos graves (trastorno del pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante) y los índices modificadores (sinceridad, deseabilidad social, devaluación, validez). En las escalas clínicas los niveles de consistencia interna están entre 0,66 y 0,90. La fiabilidad test-retest es alta estando las correlaciones entre 0,82 y 0,96 (Millon, 1994)

5- Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Es un instrumento de medida de trastorno de evitación experiencial (TEE) diseñado por Hayes et al., (2004). La versión española (Barraca,2004) presenta un coeficiente de consistencia interna de 0.74. Se trata de una escala autoaplicable tipo Likert con siete opciones de respuesta compuesta por 10 ítems que permite medir evitación experiencial versus flexibilidad psicológica.

5. Análisis y curso de la terapia

El contenido de las sesiones está videograbado y se custodia en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad. La descripción y el análisis, por tanto, se apoya directamente en el contenido de las grabaciones. Cuando sea necesario, se

transcribirán literalmente fragmentos de las sesiones. La terapia tuvo una duración de siete sesiones con una periodicidad de una por semana, realizándose después una sesión de seguimiento a los dos meses de terminada la terapia.

El proceso de comunicación es un camino abierto que avanza según vamos transitando por él. La relación terapéutica no es distinta: a medida que vamos hablando, unos temas van dejando paso a otros y, además, la serendipia puede colaborar en que terapeuta y cliente encuentren los hilos que forman la trama del conflicto. De Shazer (1999) experimentó la revelación de que lo que subyace al encuentro terapéutico era simplemente la presencia de “un terapeuta que hablaba con su paciente” (p.19). Dando un paso atrás, podríamos decir que desde un punto de vista existencial la terapia es sencillamente un proceso de diálogo entre dos personas. Por supuesto, es relevante que una de ellas sea terapeuta y que la otra haya acudido en su busca precisamente por la preparación profesional de aquella. Pero esto no cambia las cosas: dos formas personales de entender la vida entrarán en contacto y como resultado algo cambiará. La relación entre terapeuta y consultante se construirá, entonces, a partir de los elementos convergentes y divergentes propios de todo intercambio, es decir, habrá puntos de acuerdo y desacuerdo cuando sus respectivas maneras de entender y afrontar los problemas de la vida, incluyendo los llamados “problemas psicológicos”, aparezcan en cada sesión. El psicólogo, por tanto, desde la perspectiva existencial no actúa desde la incuestionabilidad de sus conocimientos de especialista sino desde su capacidad de ayuda.

Desde un punto de vista más tecnológico, el diálogo entre ambos será el resultado del discurso del consultante centrado en sus problemas y cuestiones vitales y de la forma de responder del terapeuta ante este discurso, definida como un *obrar para el cambio*. Es evidente que si el discurso del consultante fuera un obrar para el cambio raramente tendría que acudir a la consulta del psicólogo. Es este obrar la aportación genuina del trabajo terapéutico y la que impulsa la transformación del lenguaje del consultante de una narrativa de problemas a un lenguaje de acción que contiene nuevos elementos como una mayor comprensión de sí mismo, la aceptación de los aspectos no integrados y la identificación con el cambio.

Por eso, al confrontar el discurso de su consultante, el terapeuta en alguna medida “desenaja” su lógica narrativa y a partir de ello la persona puede entrever nuevos caminos para entenderse a sí misma y entender su historia, lo que de seguro tendrá consecuencias en su vida. No es, por tanto, el diálogo una mera conversación sino una revisión y cuestionamiento profundos de aspectos vitales. Pero una relación “entre iguales”, como la que propone la terapia existencial, permite actuar al terapeuta con plena libertad en tanto en cuanto solo está respondiendo con su propia vida y experiencia profesional a lo que la persona le comparte. No hay “trampa ni cartón” en la relación, ni estrategias más allá del proceso fenomenológico que está ocurriendo. Que la lógica narrativa del consultante se desenaje no forma parte de

ningún plan previo, es simplemente el resultado de la capacidad de ayuda del terapeuta, aplicada al caso. Solo podemos constatar que sucede, pero no podemos saber ni cuándo ni con qué intensidad se producirá. Una vez que se produce en un momento concreto, este descuadre puede convertirse en el medio para que las dos personas entren en un nuevo espacio de comunicación donde los problemas puedan ser abordados y resueltos.

Lo que sucede en la terapia existencial adquiere sentido a partir de su análisis fenomenológico. Este consistirá en una descripción y reflexión del proceso vivido en terapia del que deberíamos tener dos versiones (Yalom, Elkin y Picazo, 2000): la del consultante y la del terapeuta y en las que, presumiblemente, se verían reflejados los elementos compartidos por ambos. En todo caso, no puede haber un análisis previo desde el punto de vista fenomenológico porque podría condicionar todo el proceso que está por suceder, incluida la visión del terapeuta sobre su consultante y porque, el enfoque existencial se aplica al margen de protocolos de intervención. El análisis, simplemente, muestra cómo fue el proceso, qué elementos fueron los determinantes del cambio y qué herramientas terapéuticas entraron en juego como parte del bagaje profesional del psicólogo. Sin embargo, el proceso fenomenológico no se desarrolla al margen de la formulación de hipótesis. Estas van surgiendo durante las propias sesiones y es el contexto terapéutico quien las pone a prueba y quien las valida o refuta. Son, pues, instrumentos de la propia terapia y, como tal, se crean conforme la comunicación entre consultante y terapeuta avanza.

Para cada una de las sesiones se proponen distintas formas de representación gráfica. En concreto, son tres las representaciones simbólicas que se emplean para describir los procesos de cambio. Se definen algunas formas de notación *ad hoc* para recoger distintas variables:

Tipo 1. (fig. 1, 3 y 5). Una representación lineal temporal donde se recogen aspectos convergentes-divergentes de la intervención terapéutica.

Tipo 2 (fig. 2 y 4). Una representación circular donde los temas que van apareciendo en sesión quedan relacionados con un centro de referencia.

Tipo 3. (fig.6). Una representación en espiral que recoge los giros de sentido de las distintas intervenciones y su desenlace, vividos como un despliegue del cambio de la consultante.

Primera sesión

De cómo unas cosas llevan a otras

Analizamos esta primera sesión en detalle con ejemplos de interacciones entre terapeuta y consultante que resultaron en una nueva visión del problema y en la aparición de una direccionalidad en el obrar del terapeuta, clave para sesiones posteriores. Cada una de las fases incluye varios minutos de conversación por lo que lo

que aquí aparece es el esquema de cada fase. Baste esto para hacernos una idea fiel del diálogo que ambas personas mantuvieron.

Ya desde la primera sesión la comunicación fue fluida y sin formalismos. La consultante empieza a recapitular sobre el suceso que conmocionó su vida, una relación de pareja ocurrida hace cinco años, y cuyas secuelas sigue sufriendo en forma de ansiedad y malestar psicológico (fig.1.1). A lo largo de este pasaje, Caridad insiste varias veces en definir la relación que mantuvo como “tóxica”. El terapeuta reflexiona sobre si no estará llamando tóxica a lo que, en realidad, ha sido una relación de “maltrato”, con el consiguiente riesgo de no terminar de tomar conciencia de lo que le pasó (fig.1.1’). La consultante reacciona un poco sorprendida, pero asiente ante el comentario. Minutos después relata cómo retomó de nuevo las relaciones de pareja (fig.1.2), el terapeuta también repara en que lo hace siempre con personas alejadas de su entorno con las que no puede establecer vínculos sólidos (fig.1.2’). En este sentido, Caridad comenta después algo que puede relacionarse con lo anterior: “llegué a pensar que no quería volver a tener una relación nunca más y hallaba la manera de que no funcionasen; eso lo llegué a pensar... y que lo hacía inconscientemente”.

El relato a continuación se orienta a su relación con un joven de otro país con el que siente mucha química (fig.1.3), sobre cómo se conocieron, su encuentro amoroso

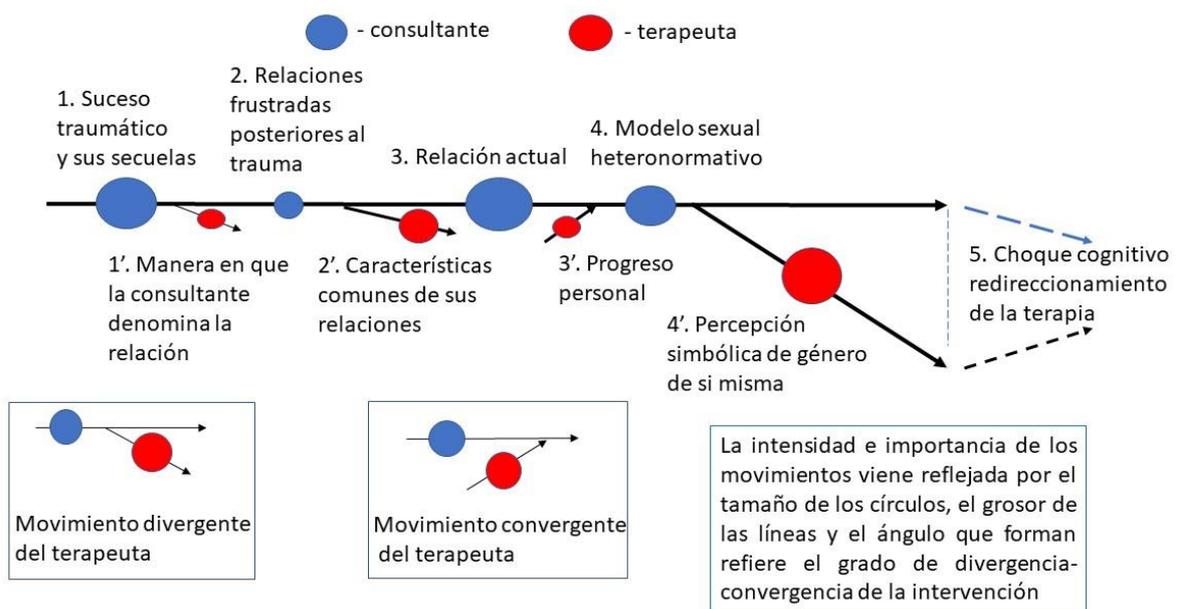


Fig. 1. Primera sesión: itinerario del relato y análisis fenomenológico de la interacción consultante-terapeuta.

y sus planes de futuro. El terapeuta remarca que, a pesar de todas las dificultades, ella está rehaciendo su vida, concibiendo planes de futuro con otra persona y todo ello junto a alguien que la respeta y con quien tiene muchas cosas en común.

Hasta aquí vemos un proceso de diálogo que, como sucede frecuentemente en una primera sesión, carece de dirección precisa. La acción del terapeuta es meramente contingente con el relato de la consultante. Aunque pueda remarcar aspectos que luego resulten significativos, no existe un contexto que aporte sentido más allá del de establecer contacto entre las dos personas.

Sin embargo, al comparar el modelo masculino de su amigo con el de sus anteriores parejas entramos en los aspectos más importantes de la sesión (fig.1.4,4',5). El diálogo fue el siguiente:

C: Una de las cosas que más me gustó de ese chaval es que no sigue para nada... el es heterosexual... pero no sigue para nada la heteronormatividad. Le llevé a comer, le presenté a mis amigos y me dice: ¿por qué los hombres se esfuerzan tanto en parecer masculinos, en plan...como machos?

T: ¿Tanto músculo?

C: No, el lenguaje corporal, de cómo se sentaban así, de la forma que tenían de hablar, los gestos. Un hombre que se sienta con las piernas cruzadas o que tenga un lenguaje corporal que se asocie más al de la mujer, ya se dice que es homosexual. Él, tu lo ves, en algunos gestos no en todos, y dices este es gay. Pero no. Si le dices eres fabuloso, se comporta fabuloso... Pues sí, soy fabuloso y eso no quita para que yo me sienta menos masculino. A mi me gustan las mujeres yo no tengo ningún problema...

T: Pero bueno, eso es normal a lo mejor a ti te gusta más un tipo de hombre con más parte femenina porque además a ti también te permite sacar tu parte masculina, que la tienes... ¿sí?

C: No se.

T: No se, te pregunto...

C: ¿Parte masculina?

T: Sí, yo te la veo. Como tu decías de tu amigo que tiene cosas femeninas... todos tenemos parte masculina y femenina.

C: Sí...

T: ¿Tu también?

C: Supongo. Es que no se diferenciarla. Hay cosas que son claras... el tema de...

T: ¿No sabes cuál es tu parte masculina? ¿no? ¿nunca has oído hablar de esto?

C: Ufff, yo qué se...

T: Lo que estamos hablando ahora. Este chico tiene su parte femenina, yo tengo mi parte femenina.

C: Pero vengo a referirme... el concepto que tiene la sociedad...

T: Bueno, yo no se qué concepto tiene la sociedad... pero yo estoy seguro de que tengo mi parte femenina y la tengo bien puesta y tengo mi parte masculina también. Porque además como somos hijos de un padre y una madre, seguro que tenemos las dos partes.

C: Sí...

T: Culturalmente es cierto que una cultura permite que el hombre saque más su parte femenina y ahora estamos en una cultura que permite que la mujer saque su parte masculina.

C: Umm, sí, pero hay cosas que explicar...

T: Sí, pero no pases por encima de esto... te he dicho una cosa que quiero que te quedes con ella. No me la respondas ahora.

Toda la conversación ha transcurrido en clave de humor entre la incredulidad de la consultante ante la cuestión que se le planteaba y la jocosidad del terapeuta frente a esta reacción. No es una mera conversación sobre estereotipos de género. Muy al contrario, el hilo de la conversación es el obrar para el cambio del terapeuta frente a la disonancia planteada por Caridad que reconoce lo femenino en su pareja y es incapaz de identificar lo masculino en ella misma. Usamos en todo momento “masculino” y “femenino” de manera convencional según el uso tradicional de los términos en nuestra cultura sin hacer una defensa ideológica de sus contenidos. Es simplemente una manera de comunicar aquellos aspectos con los que nos identificamos o no en cuanto a género.

Caridad ha quedado desorientada con la pregunta sobre los aspectos masculinos de su identidad. No obstante, en cuanto puede, pasa por alto el tema y sigue hablando de los aspectos femeninos de su pareja. Desde el punto de vista del terapeuta la sesión se ha reorientado implícitamente hacia un elemento clave en el horizonte de la terapia: la capacidad de la consultante para defenderse.

Segunda sesión

Caminando en círculos

De nuevo la comunicación es muy fluida y son muchos los temas que aparecen en la conversación. Hay un intenso intercambio de ideas y de opiniones sin mucho afán de darlos por cerrados o llegar a conclusiones definitivas. Hay una recapitulación intensa del tema final de la sesión pasada sobre la supuesta parte masculina de la consultante que después se generaliza a otras maneras de construir una descripción simbólica de nosotros mismos con conceptos tales como niño, adolescente, hombre, mujer o padre y madre. Sin más, serían modos de vivirlos y afrontar situaciones. Sirva de ejemplo la pregunta que le plantea el terapeuta:

T: Dime ¿Quién de estos cuatro personajes afrontaría mejor una situación de maltrato? Un niño, un adolescente, un hombre o una mujer. ¿Quién de ellos tendría más recursos para afrontarla o para defenderse?

De nuevo, no importa la “verdad” de tales argumentos, pues son convenciones culturales, sino el valor simbólico que tienen para la consultante, en qué medida se identifica con tales figuras y si están disponibles o no como “modos” de vivirse a sí misma y de afrontar. La manera de obrar para el cambio del terapeuta en esta ocasión consiste en que la conversación no se aparte del sentido de la terapia que es la

realidad de su persona en relación con la experiencia de maltrato de tal manera que este tema y los sucesivos mantengan una potencial conexión entre sí (1., 2., 3. y 4.).

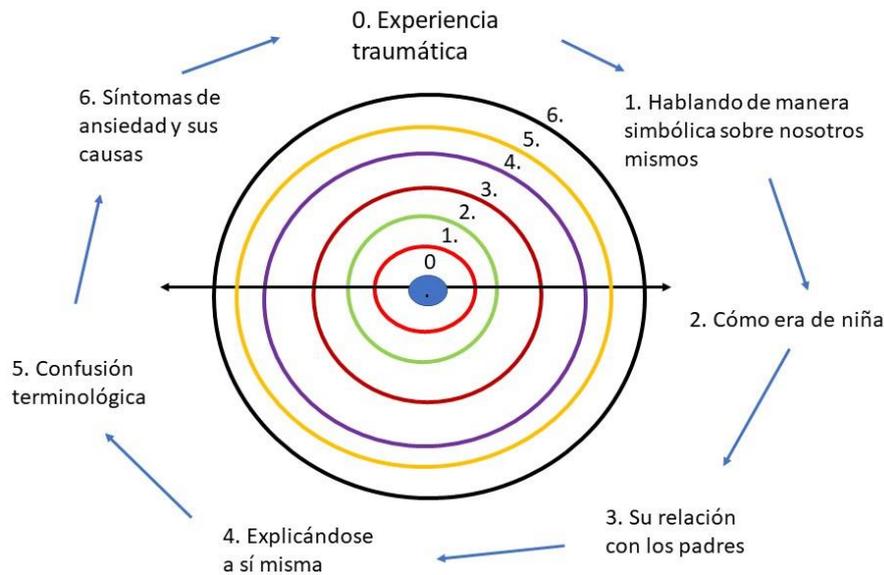


Fig. 2. Segunda sesión. Deriva fenomenológica de la conversación.

Al igual que la primera sesión donde calificaba su relación como “tóxica”, Caridad emplea la palabra “duelo” para hablar del periodo posterior a esta relación, durante el que experimenta todo tipo de síntomas de ansiedad. El terapeuta interviene para preguntarle porqué habla de “duelo” aclarando que ella no está haciendo ninguna clase de duelo ya que el término se emplea cuando se pierde algo a o alguien muy importante. Caridad le pregunta, entonces, cómo se llamaría lo que a ella le pasaba. El terapeuta con cierta reticencia le dije, que, en todo caso, podría llamarse efectos de un trauma.

En la última parte de la sesión el terapeuta pregunta a Caridad si con anterioridad a esa relación había tenido síntomas de ansiedad y le pide para ello que evoque algunas escenas de su infancia. Al final, el terapeuta le propone la tarea de analizar desde dónde afrontó la consultante la relación que le hizo tanto daño.

Tercera sesión

La catana: metáfora-juguete contra la indefensión

Gran parte de la sesión tiene contenido biográfico. La consultante describe cómo era su relación de pareja y la personalidad de su compañero (fig.3.1). Las preguntas del terapeuta le invitan a profundizar sobre aspectos que quedan poco claros en la conversación: ¿qué es lo que te gustó de él? [...] ¿cuándo se le cruzaban los

cables? [...] Ante su falta de conciencia sobre los aspectos cada vez más negativos de la relación: ¿qué tuvo que hacer él para que te dieras cuenta? (fig.3.1') Una vez que la relación termina, es cuando puede empezar a comprender el deterioro que estaba sufriendo.

Al abordar los acontecimientos más importantes de su vida anteriores a esa relación, la consultante relata la grave crisis que vivió con los estudios en segundo de Bachillerato y cómo reaccionaron sus padres ante sus dificultades (fig. 3. 2). El terapeuta aborda la conversación aportando un punto de vista divergente ante la reacción de sus padres y en cómo ella la asume (fig.3.2',2'').

T: Y ¿ellos no se daban cuenta de la situación que tenías?

C: Ellos me decían que "si ha ido siempre bien a qué esta tontería ahora de ir mal. Estudia".

T: Lejos de apoyarte, lo que hicieron fue censurarte.

C: Sí.

T: En un momento que tenías la necesidad de encontrar un apoyo para afrontar la situación que estabas viviendo, que era una situación difícil, ellos no lo podían ver y lo único que hacían era regañarte...

C: Sí, pero es que, claro, lo que dice todo el mundo: nadie tiene un manual de cómo ser un buen padre.

T: Ya, ya lo se, pero lo hicieron mal.

C: En estas cosas sí...

T: No hay que justificarles. No es que les vayamos a poner una cruz, pero lo hicieron mal.

C: Sí, en eso sí.

T: Tu novio lo hizo mal, lo hizo garrafal y tus padres también lo hicieron mal.

C: Sí, pero en eso.

T: Y tu no te dabas cuenta, por ejemplo, con tu novio hasta que casi entras en violencia de género en una situación muy desagradable. No te dabas cuenta de lo que te estaba pasando y seguramente con tus padres tampoco.

C: ¿Sí? No se. Sí. Es que yo que... como tampoco identifico a mis padres como unos malos padres...

T: Yo no he dicho que sean malos padres, he dicho que lo hicieron mal.

C: Sí...

T: Eso no significa que sean malos padres...

Como vemos, la reacción de la consultante ante la opinión del terapeuta oscila entre la defensa y justificación de los padres y el asentimiento ante lo que el terapeuta dice.

Nunca se había cuestionado hasta entonces si la conducta de sus padres la perjudicaba contribuyendo a aumentar su desasosiego. Solo experimentaba malestar y desorientación.

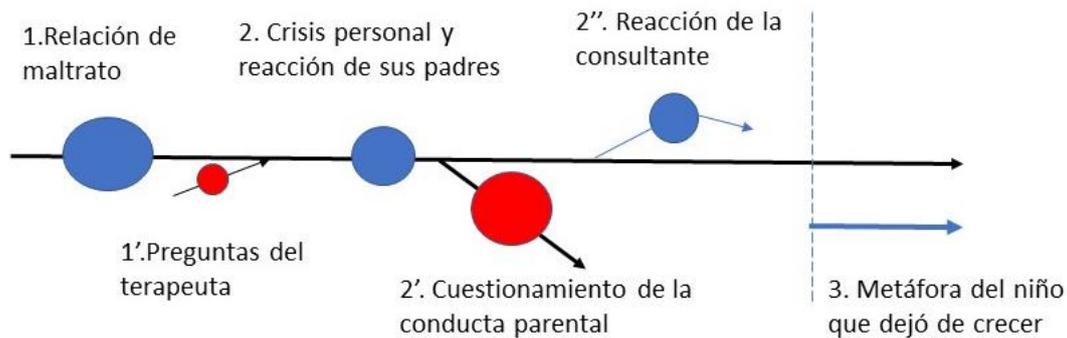


Fig. 3. Tercera sesión. Itinerario del relato

De esta manera, la intervención del terapeuta tiende a abrir una brecha en la conciencia que tiene Caridad de sí misma y a descolocar los elementos que la componen como son el lugar que ocupan sus padres o sus parejas en detrimento de su propio lugar en el mundo.

A continuación, el terapeuta le propone la metáfora del niño que dejó de crecer.

“Erase una vez un niño que creció hasta los seis años. Nadie lo nota, pero en realidad, en ese momento deja de crecer. Es un niño muy voluntarioso y obediente, siempre dispuesto a trabajar y aprender. El tiempo pasa y todo sigue adelante en su vida salvo que él ya no crece más. Su cuerpo y su inteligencia siguen creciendo a los ojos de los otros, en el colegio va avanzando de curso en curso. Cuando llega a Secundaria y, después a Bachillerato, sigue siendo un niño de seis años. La mochila que lleva a la espalda cada vez pesa más pues contiene más cosas. ¿qué le pasará a este niño?”

La reflexión compartida que sigue aporta explicaciones sobre las implicaciones de la metáfora para la vida de Caridad y una clarificación de las tareas existenciales que esta tiene que acometer. La posición divergente del terapeuta surfea sobre la ola de la relación terapéutica intentando no causar estragos en la autoestima de la consultante; se limita a exponer hechos en clave simbólica no exenta de humor.

T: Este niño se siente fatal porque como niño no puede hacer las cosas de los adultos. Puede pasar por experiencias que seguramente le van a traumatizar porque como está en una edad diferente, ciertas experiencias que para los adultos pueden ser desagradables, pero...

C: Las pueden procesar...

T: No les bloquearían, a él le dejan hecho polvo.

C: Sí.

T: ¿Me sigues?

C: sí, pero necesito una explicación más explícita.

T: Tengo seis años, pero estoy haciendo cosas de quince años ¿no?

C: Sí.

T: A los quince años no es que haya pasado nada malo (o ha pasado una cosa mala), sino que es porque anteriormente no ha ido evolucionando como necesitaba y entonces llega un momento que a los quince años ya no puede más. El problema no es el peso de la mochila, el problema es que no ha crecido.

C: ¿Qué pasa que yo no he crecido? (atónita pero divertida).

T: Yo... es una teoría (escondiendo la jugada).

C: ¿Piensas que no he crecido, que sigo siendo como una niña internamente y que no proceso bien las cosas de los adultos?

T: Sí (entre dientes).

C: ¿Es eso?

T: Sí.

C: Joder, qué duro, que golpe más duro (riendo). No se, yo pienso que no porque hay cosas que antes si podría... sobre todo con el tema de mis padres me pondría a llorar, me pondría muy triste, dios mío ¿por qué tal? Pero ya es como que me es indiferente...

T: No.

C: ¿No me es indiferente?

T: A tu cuerpo no le es indiferente, sino no habría ansiedad.

C: También es verdad...

T: Si estuvieras bien, te daría la razón. Pero no, estás bajo la amenaza de que eso se vuelva a producir. Eso significa que algo tuyo se desconectó del proceso de crecer y de enfrentarse a la vida en un momento determinado y... hay que recuperarlo.

C: Y eso ¿no puede estar relacionado con el hecho de que mis padres, sobre todo mi madre, sean super protectores?

T: Sí, claro que sí.

C: Es un problema clave ¿no?

T: Clave.

C: Y eso ¿cómo puedo yo trabajarlo?

El terapeuta, entonces, introduce la metáfora-juguete de la catana. Una catana de juguete hecha de plástico con la que se representa la capacidad de lucha y de defensa. Un objeto simbólico que se puede tocar, mirar y que, sobre todo, está hecho para actuar con él. El terapeuta le entrega la catana.

T: Coge esta catana.

C: Sí, de juguete.

T: Sí, no te voy a traer una catana de verdad porque me parecería un poco... agresivo y no se trata de ser agresivo. Sácala, por favor.

C: (la desenvaina).

T: Enséñamela, cógela con fuerza.

C: Es de juguete, tampoco...

T: No importa, al niño que juega con ella, le parece una catana de verdad. De hecho, es una catana de verdad, representa la fuerza de una espada. Cógela, pero... siéntete un samurái (la coge con las dos manos).

C: No se ni cómo se coge...

T: Perfecto, ¿qué tal? (no la ve muy convencida) Vamos a hacer una cosa...

(el terapeuta le quita la catana y, en su lugar, él coge una espada de bucanero).

T: Yo tengo una espada, ¿cómo te sientes respecto a mi? Piensa que es una espada de verdad...

C: Vale. Me resulta difícil pensar que es de verdad, aunque igualmente me podrías pinchar con la punta.

T: No es por eso. Podría ser de verdad, pero nosotros para hacer este trabajo no necesitamos que sea de verdad. Pero básicamente es de verdad, ¿qué piensas? ¿cómo estás ahora? (le está amenazando con la punta de la espada).

C: Pues muy jodida.

T: Estás jodida, ¿verdad?

C: Poco puedo hacer...

T: No tienes con qué defenderte. Esta puede ser la situación que tenías con tu novio. Tu novio tenía la espada y tu no tenías nada o no sabías dónde estaba. A lo mejor tenías la espada ahí (señalando el suelo) pero no sabías dónde estaba. No sabías ni sacarla.

C: Ya, sí...

T: Es decir, ¿qué necesitamos? ¿qué necesitamos para afrontar los retos de la vida? Necesitamos una espada. Por eso los niños tienen (tenían) ventaja sobre las niñas. Porque los niños saben (sabían) que necesitan una espada para defenderse, las niñas no. Bueno, hasta ahora no lo sabían. (pausa) Vamos a comparar otra situación (él mantiene la espada y le ofrece la catana a Caridad). Ahora, ¿Cómo te sientes?

C: Me siento más igual, lo siento más equilibrado porque tengo con qué defenderme. (intercambian unos espadazos)

T: ¡Vamos! (siguen jugando, el terapeuta la ataca)

C: Si me atacas ya tengo con qué defenderme.

(se hace una pausa)

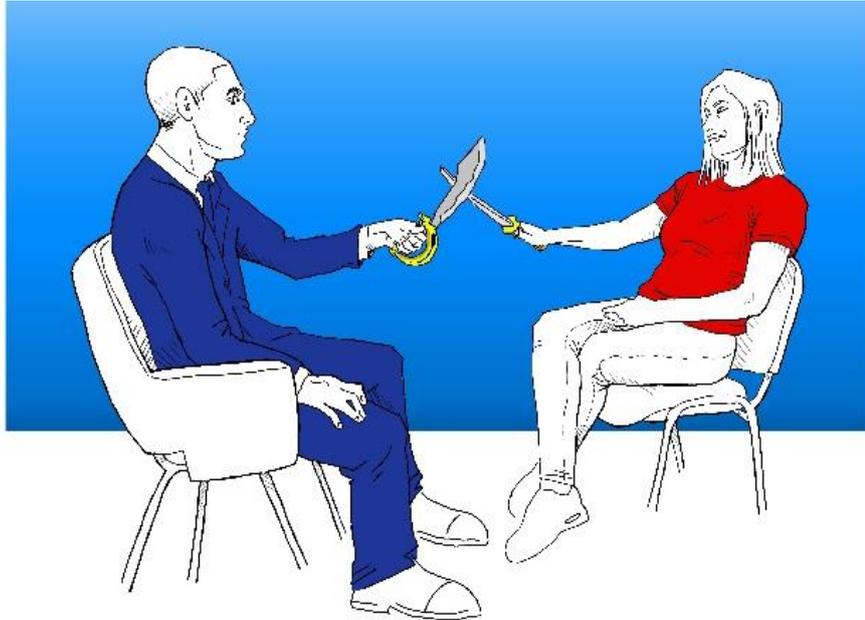
T: Yo ahora soy tu madre.

C: Ya...

T: También tengo una espada, la espada de la descalificación, del miedo, de decirte "aunque te sientas mal, tienes que seguir adelante".

C: Ya...

T: Lo que pasa es que esto no lo llamamos espada, lo llamamos el amor de los padres. Luego nos damos cuenta de que el amor de los padres es tóxico...



C: Umm...

T: Al menos en ese momento nos está intoxicando, quitando la fuerza... por eso los adolescentes tienen que defenderse de los padres. A ver... sigue (le amenaza con la espada).

C: Uy, eso ya es diferente...

T: Ya lo se... hazlo, vamos.

C: Pero no mucho... (no quiere defenderse).

T: ¡Aja! Eso se llama indefensión, indefensión ante los padres.

C: Porque es como... ¡es mi madre!

T: Sí, pero te está atacando con una espada...

C: Ya, pero me está atacando por cosas también tuyas (el terapeuta le quita la catana y le amenaza acercando la punta de la espada a Caridad)

T: Vale, o sea, que como yo soy tu madre te puedo pinchar (la pincha y le da golpes con la espada en el muslo)

C: Pues sí (se ríe), en cierta manera sí.

T: ¡Mamá! Pégame.

C: No, tampoco es eso (protesta) porque yo con mi madre de adolescente he tenido muchas riñas, tampoco te pienses que he sido totalmente... no sé qué palabra emplear.

T: Sumisa...

C: Sí, no, no es esa la palabra, conformista.

T: Vale, entonces ¿qué prefieres tener una espada en la mano o no?

C: Bueno, yo prefiero no tener que usar la violencia, pero, claro que quiero tener herramientas con que defenderme.

T: Pues cógela (la coge) ¿Ves esto? Es tu instrumento contra la ansiedad. Esta espada te va a defender de la ansiedad.

C: Pero ¿esto exactamente qué representa?

T: Tu fuerza.

La metáfora-juguete posee un carácter medular en el proceso de terapia. Su presentación por parte del terapeuta es un acto sentido que en cierta medida participa del carácter ontológico del cogito cartesiano como acto fenomenológico. No es un mero recurso, su implicación debe responder al contexto en el que se desarrolla el problema y contribuir a su deconstrucción, por tanto, a la adquisición de nuevos significados. El proceso discursivo del terapeuta va ligado a las imágenes que la consultante despliega al narrar su propia historia, desde lo más relevante a lo más anecdótico y culmina en la aparición de esta metáfora-juguete relacionada con su propia indefensión ante los acontecimientos. La metáfora, entonces, se convierte en el obrar para el cambio del terapeuta al que antes aludíamos.

En nuestro caso, la introducción a la metáfora-juguete coincide al mismo tiempo con una reflexión sobre las diferencias de género. En nuestra cultura actual entendemos afortunadamente que, al margen de las diferencias biológicas, las diferencias entre hombres y mujeres son construidas y aprendidas. El terapeuta se pregunta ¿por qué los niños son (eran) más fuertes y tienen (tenían) más facilidad para afrontar las cosas? Bueno, porque juegan (jugaban) con espadas, juegan con pistolas, juegan con aparatos... En cambio, en la perspectiva de género las niñas han jugado con muñecas, se han vestido de princesas, se han pintado los labios, se han dicho: ¡qué bonita estoy! Eso es una base educativa que nos impide conectar con nuestra fuerza.

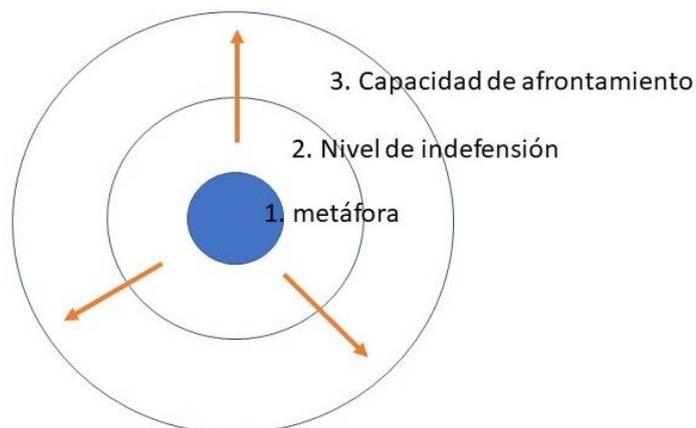


Fig. 4. Tercera sesión. La catana: metáfora-juguete.

A pesar de las aparentes dudas o dificultades para aceptar y comprender el simbolismo del juguete, Caridad se pasa el resto de la sesión hablando de lo que le

preocupa, con la catana en la mano familiarizándose con su nueva arma contra la ansiedad.

Cuarta sesión

Divergencias y convergencias en dilemas existenciales

Ha pasado una semana, Caridad aparece con nuevo *look*, el pelo cortado, maquillada y una camiseta negra con el anagrama de ACDC. El terapeuta le pregunta si le están sirviendo las sesiones y qué cosas está poniendo en claro. Ella empieza a analizar sus relaciones familiares, las diferencias con su hermana menor empleando un tono incipientemente reivindicativo. En las respuestas a los comentarios del terapeuta, ella misma empieza confrontar y disentir, saliendo de la actitud dubitativa que había mostrado anteriormente.

Abordamos el tema de saltarse los límites...

T: Admitir que nos tenemos que saltar los límites que nuestros padres nos han puesto para que nuestra salud mental mejore, no es fácil.

C: ¡Joder!, es que... sí, te entiendo lo que quieres decir... pero para empezar distinguir qué límites son lo racional. Déjame explicarme, también inculcan buenos valores, el saber cuidarnos y que tengamos cabeza para hacer las cosas.

T: A mi eso me da igual.

C: Vale.

T: Porque ahora no estamos hablando de la parte que vamos a conservar de ellos sino de la que tenemos que liberarnos. Los hijos vamos a conservar muchas cosas de los padres, pero para crear nuestro propio espacio tenemos que rechazar y liberarnos de otras muchas que nos han dado. Para ser nosotros... ese nosotros, ese yo es el que te va a hacer que la ansiedad forme parte de tu lucha por la vida, no que se convierta en una enfermedad. ¿me entiendes?

C: Es que estoy muy perdida...

[...]

Sobre la relación con la madre...

C: Me estoy refiriendo a lo que has dicho anteriormente de los límites de los padres... (pide aclaraciones sobre cómo actuar en el tema de los límites de sus padres)

T: Al principio estabas diciendo "le he dicho a mi madre que porqué tengo yo que hacerme responsable de mi hermana..."

C: No era eso, me refería a toda la responsabilidad que se le inculca a la hermana mayor por el hecho de ser la hermana mayor.

T: Claro.

C: De ser el ejemplo...

T: Tú estás detectando algo ya. Estas diciendo "yo no quiero esto" "esto es un peso que yo no lo quiero" "¿por qué tengo yo que ser hermana mayor?" ¿te das cuenta?

C: Sí.

T: Te estás rebelando.
 C: Según mi madre yo llevo rebelándome toda la vida (risas) y es como... ¿no es así?
 T: No, no es así para nada.
 C: Ella muchas veces me lo echa en cara cuando hay algo que se le descuadra un poco.
 T: Te está engañando...
 C: ¿Cómo? (asombrada)
 T: Te está engañando y tu te crees la mentira.
 C: ¿Engañándome en qué?
 T: Pues que tu no eres una persona rebelde, eres una persona sumisa.
 C: (silencio) Pues en mi casa soy una rebelde (pausa) según mi madre sí.
 T: Te está engañando y tu te estás creyendo el engaño.
 C: Es que yo pienso que ella no se da cuenta de eso...
 T: ¿Por qué la defiendes?
 C: Porque realmente no se da cuenta de eso...
 T: ¿Por qué la defiendes?
 C: Yo que se... porque es mi madre.
 T: Los hijos no tenemos que defender a los padres...
 C: ¿Por qué no?
 T: ¿De qué les tenemos que defender? Los padres son adultos ¿Por qué tenemos que defender nosotros a los padres, además, de sus defectos? Nosotros como hijos tenemos que echarles en cara a los padres sus defectos.
 C: ¿Por qué? También nosotros tenemos defectos, nadie es perfecto.
 T: ¿por qué insistes en defenderla?

El significado existencial de la conversación es clave en el proceso terapéutico que nos ocupa. La perspectiva existencial no tiene que adoptar un tono pragmático ante los problemas ni plantearse objetivos meramente técnicos como suprimir ciertos síntomas. Se enmarca en el ciclo vital de las personas, en este caso en el ciclo vital de la consultante. Es un mensaje hacia el futuro que la persona asimilará en la medida en que el mensaje responda a una verdadera necesidad vital de desarrollo. En el contexto de una relación dialógica y colaborativa donde el terapeuta no esgrime el rol de experto, la persona se desentenderá del argumento sin problema si no le convence porque la relación terapéutica no es instrumental ni tiene afán de dominio, tampoco de manipulación. Además, hay que entender que las palabras del terapeuta, su tono y sus respuestas son exclusivamente para Caridad y para nadie más, su tono confrontativo es meramente fenomenológico, las palabras solo defienden lo que defienden en el momento en que lo defienden. Aplicadas a otro caso podrían constituir un sinsentido.

Rebelarse o no rebelarse, esa es la cuestión...

C: Porque no lo veo justo, en el caso de mis padres. Si me refiriese a otro tipo de padres, pues diría que sí. Pero mis padres, que desde siempre me lo han dado todo, siempre han estado dispuesto a que estudie, que siga... no se, y cosas que no les he pedido que me han dado. No lo veo justo. Porque también me podían haber dicho a los dieciocho años "eres adulto, búscate la vida".

T: (silencio)

C: Y sí, es verdad, no lo niego y en esto no quiero que me malinterpretes, que no tengo que defenderles en el momento que no estuvieron para mí. Ahí podían haberse rendido conmigo, pero al final yo salí de ahí y dije "voy a estudiar una carrera y me están pagando una carrera". Es que no lo veo justo...

T: (silencio)

C: Vale, ya está.

T: (silencio)

C: Tampoco echarles en cara. Me han dado la vida y me han dado todo.

T: (silencio)

C: No me mires así.

T: Bueno, es que eres tu quien te pones las cadenas. Eres tu misma.

C: Pero ¿Qué cadenas?

T: La mejor forma de estar sometida, cuando la propia persona se pone las cadenas. Es que no te vas a resistir. Llegas y dices "por favor, ponme las esposas" y con las esposas en las manos ¿qué hacemos?

C: Es que no siento que tenga las manos esposadas... (protestando)

T: ¿Por qué estás aquí? ¿Por qué has venido? ¿Por qué has pedido tratamiento?

C: Porque tengo un problema de ansiedad muy grave que no me deja vivir tranquila.

T: (silencio, asintiendo con la cabeza)

C: Ya... vale...

T: ¿De donde crees que viene eso? ¿De alguna neurona?

C: Pues ahora mismo no lo veo, no lo estoy viendo como tu lo ves...

T: claro, no, no, no; no voy a insistir más.

C: Joder... (silencio)

T: Se que es duro...

C: Más que duro, es difícil de ver (pausa) cuando es algo que no has visto nunca.

T: Bueno, primero es difícil y cuando ya lo ves es duro.

[...]

C: En este punto no se qué hacer.

(pausa larga)

C: Es que estoy en blanco.

T: Eso está bien. En realidad, el hecho de que lo escuches ya es bastante.

C: Invita a reflexionar y a intentar ver cosas que no veo o quizá las veía, pero no me daba cuenta.

T: (asiente con la cabeza)

C: (se ríe) Es que intento pensar pero que no puedo...

T: Si tienes la mente en blanco y no puedes pensar en nada es perfecto. Eso significa que el mensaje ha llegado a donde tuviera que llegar.

(los dos se ríen)

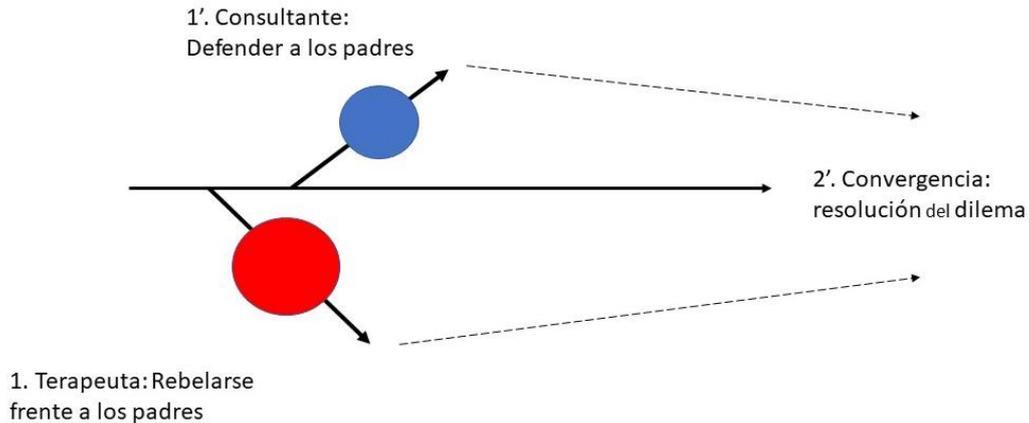


Fig. 5. Cuarta sesión. Divergencia y convergencia en dilemas existenciales

La toma de conciencia puede dar paso a una “crisis” existencial terapéutica. Un momento que puede ser clave en la resolución de un conflicto. La misión del terapeuta, entonces, pasa de confrontar a acompañar...

C: No puede ser tan difícil darse cuenta. (en tono calmado)

T: (mueve la cabeza en gesto de negación)

C: ¿Es tan difícil?

T: Yo te he dicho que es duro y tu me has dicho “es difícil”.

C: Sí, pero tampoco tanto como para no darte cuenta...

T: Tu has conectado con la dificultad en este momento de entender lo que yo te decía.

C: Ahora estoy un poco eso... estoy frustrada. No me doy cuenta.

T: ¿No te das cuenta?

C: No y me frustra mucho pero mucho.

T: Ese no darse cuenta es la base de la ansiedad.

C: ¿Eso tan simple?

T: Sí.

C: ¿Por qué somos así los seres humanos que nos agobiamos por cosas tan pequeñas?

T: ¿Pequeñas? ¿Tomar conciencia es pequeño? Ese darse cuenta es tomar conciencia de ti misma y es lo más grande que puede hacer una persona en la vida.

C: Pero digo que la explicación es simple...

T: Ya... sí, la explicación es simple pero las consecuencias son muy complejas ¿sabes?

C: Ya... sí, sí.

(ríen)

T: La verdad, es que te felicito porque lo estás encajando muy bien.

C: ¿Sí? ¿Qué síntomas tengo de que lo estoy encajando bien?

T: No te has ido corriendo...

(ríen)

[...]

Sentimientos que antes no mencionaban, son ahora expresados...

T: ¿A lo mejor crees que estoy loco...?

C: No, porque, por ejemplo, con lo que has dicho antes del tema de la ira... muchas veces he odiado a mis padres, pero después me he sentido mal porque es como "¡Joder! Son mis padres".

[...]

C: El rencor es muy tóxico.

T: Bueno, el rencor es cuando uno no ha podido expresar el odio... abiertamente y se te queda atascado.

[...]

C: Pues sí, siento un poco de rencor.

(ríen)

C: Sí, porque en algunas cosas sí he cumplido las expectativas de mis padres, ahora mismo las estoy cumpliendo en el sentido de los estudios. Vale, por una parte, no se justifica (se refiere a la presión que le han metido), por otra parte, todo padre quiere que su hijo tenga un bienestar en el futuro...

T: ¿Ya empiezas?

C: Joder, es que esto ¿no es comprensible?

T: ¿Tu ves que...?

C: ¿Les intento justificar todo el rato? Es que como madre creo que sería igual...

T: ¿Cómo que como madre? Tu no eres madre afortunadamente ahora.

C: Pero poniéndome en su lugar...

T: Tu no te defiendes a ti misma, les defiendes a ellos...

[...]

T: (no se trata de ponerte en contra de ellos) ¿En contra de ellos...? ¡Pilla el mensaje!

C: Ya, pero ¿no hay una manera pacífica de llevar esto?

T: No, o llevas la espada o llevas el osito de peluche.

C: ¿Es un blanco o negro?

T: De momento no hay tonos intermedios.

[...]

T: ¿Qué prefieres para esta situación?

[...]

C: Está claro que ahora lo más sensato es coger la espada... pero es difícil coger la espada cuando quieres ser pacífica ¿no se si me entiendes?

(pausa)

T: Te cambiamos el nombre... Xena.

C: ¿Podría ser irónico el tema de cómo me llamo?

(ella lleva el nombre de una de las virtudes teologales en el cristianismo)

A través de la conversación, aparece una nueva reformulación de la metáfora-juguete y el terapeuta toma nota para trabajar con ella más adelante.

C: Había algo que quería decirte... soy una friki, eso para empezar para ponerte en contexto, a mi me gusta mucho la saga de Star Wars y hay una frase que intento inculcarme que dice Yoda, el maestro jedi, en el sexto capítulo cuando está enseñando a Luck el tema de la fuerza y se pone Luck que lo va a intentar y le dice Yoda: no, hazlo o no lo hagas, pero no lo intentes.

T: (irónicamente) ¿Tu has visto que yo estoy con el maestro Yoda?

(ríen)

Quinta sesión

Explicándose a sí misma: la complejidad del cambio

Muchas veces cuando el terapeuta aborda una nueva sesión pregunta al consultante sobre los cambios que ha experimentado en los últimos días. Para aquel enfoque que espera la remisión de los síntomas, un empeoramiento, aunque en algunos casos previsible, no dejaría de ser una contrariedad en el camino para la normalización de la conducta. En psicología existencial puede ser el reflejo de un proceso que anuncia un cambio más profundo en la vida de la persona, una crisis existencial. En nuestro caso, la consultante expresa su malestar resultado de su toma de conciencia. El terapeuta, un tanto lacónico, le felicita por haber alcanzado este punto.

T: ¿Vienes con ganas de que trabajemos?

C: Vengo... estoy en plan... se lo que tengo que hacer, pero es difícil. Me encuentro en la mierda en el sentido de... lo que se suele decir, que cuando uno es ignorante es feliz... eso. Conforme hemos ido trabajando me he dado cuenta tanto de las cosas que hemos hablado como de las cosas que yo sola he ido pensando y llevo unos días con un bajón impresionante. Impresionante que nunca he estado así. Todos hemos tenido nuestros bajones, pero no tantos días seguidos...

(pausa)

C: ¿Qué?

T: Nada, que ¡felicidades!

C: ¿Por haber tocado fondo?

T: Por haber llegado hasta aquí.

La consultante empieza a relatar escenas familiares que reflejan los conflictos que tiene con su madre cuando intenta tomar sus propias decisiones. Estas escenas son todavía narradas desde un sentimiento de frustración y enfado. Cuando el terapeuta le pide que hable de su malestar, la consultante comienza a hacer un conjunto de reflexiones sobre el sentido de su vida.

T: ¿Tu malestar lo relacionas con estas sesiones?

C: Sí y no, en el sentido de que ahora veo más de lo que veía antes y por eso me siento más en la mierda. Y por eso cuando lo vivía desde la ignorancia decía: tengo ansiedad, tengo nervios, era otra cosa y ya está.

T: Y ahora ¿qué crees que es lo que estás viendo que antes no veías?

C: ¿Cómo decirlo? Lo puedo expresar de muchas formas. Creo que el mejor resumen sería que no soy feliz y hasta ahora no me daba cuenta porque normalizaba todo. Esto es normal, esto se tiene que aceptar y ya está. O sea, no se puede estar todo el rato feliz, pero llevaba mucho tiempo poniendo capas de maquillaje al problema.

El acompañamiento terapéutico se preocupa por ofrecer seguridad a la persona en momentos de crisis. Por ello, el terapeuta le indica que quizá no sea un momento muy apropiado para terminar la terapia (en este momento quedaban dos sesiones). La conversación los lleva a abordar distintos temas relacionados con este proceso de cambio: independizarse (emocionalmente) de los padres y sus consecuencias.

T: Separarse de los padres, dependiendo del caso, puede ser una de las cosas más difíciles en la vida. Claro, el que no ha tenido padres no tiene que separarse de ellos... Ese separarse significa muchas cosas, no necesariamente tiene que ser destructivo.

C: Ya, ¿destructivo?

T: Destructivo en el sentido de que las relaciones empeoren muchísimo. Algo tienen que empeorar porque es un periodo de crisis. Entonces los padres reaccionan, por un lado, intentando retenerte y, por otro lado, se sienten desorientados. Cuando tu empiezas a notar que intentan retenerte, te entra mucho coraje...

C: Sí.

T: ¿Me entiendes?

C: Sí.

T: Y cuando los ves que están desorientados, te entra mucha culpa. Pero son dos procesos absolutamente sanos y naturales.

C: Y ¿el tema de que nos llevamos mejor desde la distancia que en casa? Porque cuando estoy en Almería en el piso de estudiantes nos llevamos mejor que cuando estamos conviviendo en el mismo techo...

T: Claro, claro...

[...]

C: Pero también me pregunto porqué esta mujer (refiriéndose a su madre) es así, o sea, ¿qué tiene en la cabeza? O ¿qué coño le ha pasado en la vida para que mi madre sea así? Yo no lo entiendo...

T: Pues porque enfrentarse a los problemas no es fácil...

C: Ya...

T: Por eso ella no va a ir a un psicólogo (Caridad contó anteriormente que la madre menospreciaba la asistencia psicológica) (pausa) pero es su vida y tu tienes la tuya. Lo malo sería que siguyes su modelo y que hicieses lo mismo que ella, convertirte en una persona ansiosa que es incapaz de afrontar los problemas (pausa). Por lo demás, tu madre, como cualquier otro ser humano es completamente respetable... ha hecho lo que ha podido ¿no?

Al final de la sesión el terapeuta destaca que vivir el conflicto puede ser una etapa necesaria para crecer como individuo.

Sexta sesión

Dilemas vitales expresados a través de la metáfora-juguete

De nuevo, la relación con los padres, reflejada en el conflicto que tiene Caridad cada vez que coge el coche, centra toda su atención ampliando y clarificando aspectos tratados anteriormente. Su reflexión consecuente es una toma de postura asertiva contraria a los límites que sus padres le imponen en sus iniciativas personales tales como conducir, buscar trabajo, salir con sus amigas o comprarse la ropa que le gusta sin pedir opinión. El terapeuta dice que considera un gran progreso todo lo que esta contando y que para seguir tomando conciencia de lo importante que es tomar decisiones propias para desarrollo de la personalidad, le va a proponer un segundo trabajo con la metáfora-juguete. En este caso la metáfora-juguete es una muñeca de trapo y dos revólveres de plástico.

C: ¿Qué vamos a hacer? (el terapeuta trae una mochila)

T: Yo te voy a dar una cosa para que la lleves... toma (le entrega una muñeca de trapo)

C: Parece los típicos peluches de los parvulitos de los que se tienen que llevar a casa. ¿qué hago con esto?

T: Pues... siente un poco esa... conexión con el peluche... con lo que representa de nosotros el peluche.

C: No lo entiendo.

T: Pues el peluche representa la inocencia (pausa), que todo está bien... que somos niños pequeños... los padres toman por nosotros las decisiones.

C: Sigo sin entender... entiendo lo que me estás diciendo, pero no se a dónde vamos

T: Tranquila... yo te introduzco. Si tu llevaras ese peluche por la calle todo el día... si los demás te vieran a través de ese peluche... si tus propios padres te ven agarrada al peluche... ¿entiendes?

C: Umm. (pone cara de asombro)

T: Es como si la manera en que nos ven los demás o que nos ven los padres o que nos vemos a nosotros mismos está reflejando lo que significa ese peluche: nuestra infancia, nuestra inocencia, que no vamos a tomar decisiones, que no nos vamos a rebelar, por ejemplo. Que eres una niña buena y, por tanto, te gustan los peluches. No digo... a los niños y a las niñas les gustan los peluches... no es una cuestión de género.

C: Estoy intentando saber por donde vas... entiendo los conceptos, pero no a dónde hay que llegar...

(durante todo el rato Caridad sostiene al peluche sobre su muslo cogiéndolo por los brazos)

T: Vale, no importa... (pausa). Este peluche es como... (se lo toma con mucha calma) de alguna manera como te has enfrentado hasta ahora en la vida a muchas cosas... con un peluche en la mano.

C: (Caridad no sale de su asombro)

T: Tu escucha y nada más... deja que entre... ¿entiendes? Cuando empezamos a trabajar con la espada era exactamente lo mismo: si tu te tienes que defender en la vida de algo, de una amenaza, ¿cómo te vas a enfrentar mejor: ¿con un peluche o con una espada?

C: Con una espada...

T: (buscando las palabras) Tu eres una persona con buen carácter, en mi opinión, me transmite que quieres que haya armonía en tu casa, intentas llevarte bien con tus padres, etcétera. Pero, claro, como te decía anteriormente eso no puede ser al precio de tu inseguridad ¿no?

C: (callada)

T: Al precio de ser una persona insegura que crece con su peluche y sigue llevando el peluche para defenderse...

C: Te voy a decir una cosa: ¿sabe lo que me pasa también? Que quiero intentar llevar en todas las situaciones posibles la vía pacífica, comunicativa, razonable, madura, pero me lo guardo todo en mi interior y después llega un momento en que con cualquier cosa me cabreo y entonces me cabreo mucho. Y cuando me enfado lo hago con muchísima agresividad. Entonces, ahí tampoco me veo que llevo tanto el peluche... mas cuando me he enfadado y me han puesto de los nervios...que exploto. ¿me explico?

T: Sí, pero que uno se enfade no significa que uno sepa defenderse...

C: Ya... pero eso no lo veo tampoco tan... inocente.

T: Seguimos (saca de la mochila una pistola de juguete y se la da).

C: Vale...

T: Entonces tenemos aquí en un lado el peluche (le coloca el peluche en su mano derecha) y la pistola (Caridad coge la pistola con la mano izquierda)

C: Sí (se ríe) queda de película... muy friki.

T: A ver... prueba a apuntar hacia algo con la pistola.

C: ¿Para qué? (se resiste)

T: A mi no, bueno, a mi también me puedes apuntar... como la pistola es de juguete... (ríe)

Prueba, prueba. ¿No ves cómo entrenan las policías en las películas? (Caridad aprieta el gatillo y dispara varias veces)

[...]

C: ¿Qué quieres que haga con la pistola y con el peluche?

T: Eso digo yo, ¿qué quieres hacer tu con la pistola y con el peluche? Simbólicamente ¿qué te quiero decir yo?

C: Que esta es la herramienta que he estado usando hasta ahora (agita el peluche) y esto es lo que necesito (agita la pistola) de ahora en adelante... ¿qué tengo que deshacerme del peluche y agarrarme más a la pistola?

T: Yo no diría deshacerte del peluche, el peluche también tiene su lugar en la vida ¿no? La ternura, la suavidad, la inocencia... la infancia... todo tiene su lugar en la vida, aunque tengamos cincuenta años, pero también necesitamos...

C: Armarnos... (la tiene cogida con la punta de los dedos como si le repeliese)

T: Pero cógela bien, se te va a caer al suelo... (la agarra) necesitamos armarnos porque a veces cuando vamos armados ya la gente no nos maltrata.

(se ponen de pie)

T: Por ejemplo, (le mete la pistola en el bolsillo) eres Lara Croft (en tono de burla). Entonces conoces a un chico ¡en fin! No tiene claro respetar a las chicas con las que sale... y entonces de repente la mira y dice: esta chica me gusta y se fija y dice: ¡vaya pistola que lleva! ¿entiendes?

C: Ya... barrera protectora.

T: Claro, claro... está indicando a los demás. No te metas conmigo porque yo me se defender. No está diciendo: "te voy a pegar cuatro tiros..." sino que está reflejando que tu tienes los medios para defenderte en la vida en caso de que te agredan.

C: Pero esto ¿cómo se refleja? Porque ahora mismo esto es un objeto.

T: Se refleja dentro de ti.

C: ¿Cómo?

T: Con tu actitud, como tu te ves a ti misma... (le quita la pistola del bolsillo y le mete una pierna del peluche) si tu te ves a ti misma así y ahora llega el chico y dice: ¡juy! Esta chica me gusta, es muy mona y además es una inocente, una pardilla...

C: Ya... fácil de llevarla a mi terreno.

T: Eso da pie a que te veas envuelta en una situación de indefensión. Si la persona te ve así... (le vuelve a poner la pistola)

C: (bromeando) Todavía no te dejan llevar pistola en España... en Estados Unidos sí

T: Esperemos que no la dejen llevar nunca... pero lo que simboliza: la fuerza, la capacidad para defenderse y es una señal que está diciendo: aquí estoy yo, me se

defender. Pero no solo de un posible maltratador, puede ser en cualquier situación ¿entiendes?

C: Sí...

T: También con los padres...

C: Pero es que ante la actitud... (vuelve a coger la pistola como si le quemara)

T: Cógela bien, tienes que empezar a sentir la pistola en tus manos... Apunta, apunta primero

C: (protesta) ¡No!, pero escúchame ¿tu como puedes tener una actitud de defenderte sin caer en la bordería?

T: ¿cómo aprendes a elegir tu ropa? Comprando ropa ¿no?

C: Sí.

T: ¿Cómo aprendes cuál es el término justo entre ser una persona agresiva y una persona que se sabe defender?

C: No lo se.

T: Tendrás que probar...

C: ¿Cómo? Pero ¿cómo voy a saber cuál está bien?

T: ¿Cómo sabrás que está bien? Lo tendrás que aprender por ti misma, nadie te lo va a enseñar.

C: Pero al defenderse de otras personas...

T: Defenderse cuando haya que defenderse.

C: ¿Cómo puede uno defenderse sin llegar a caer en la falta de respeto y esas cosas...

T: Vamos a ver... (prueba otra fórmula) En un lado la pistola... y en otro el peluche (ahora lleva en cada bolsillo un objeto) ¿Así estás mejor?

C: (ríe) Esto es muy difícil.

T: Ahora cuando te vean (se ríe) pensarán: no se de que va esta, tiene por un lado un peluche en un bolsillo y en otro una pistola... (ríe)

C: Ya...

T: Se andarán con cuidado. Viene a decir: soy una persona con buenos sentimientos, pero si te pasas conmigo... ¿te gustaría un poco más así?

C: Hombre, así estaría más equilibrado... es que como pienso: primero conozco a la persona para saber de qué va. A lo mejor hay personas... por eso digo caer en la bordaría de que hay personas que de primeras pueden ser bordes; puedes decir: pero mira qué gilipollas, pero es su escudo, su caparazón de su forma de ser... entonces es para no caer en eso.

(Caridad no termina de coger el toro por los cuernos...)

T: (el terapeuta reformula de nueva la metáfora) Bien, entonces te dejamos con el peluche (deja la pistola sobre la silla) y ahora yo soy un chico (empuña otra pistola de juguete). Vas a conocer un chico, ¿qué te parece? ¿estás ahora bien solo con el peluche?

C: No

T: ¡Ah!
 C: No, en ese caso...
 T: Porque este chico también lleva pistola... entonces ¿Qué prefieres? ¿ir con el peluche o con el peluche y la pistola?
 C: Con la pistola también.
 T: Necesitamos las dos cosas...
 [...]

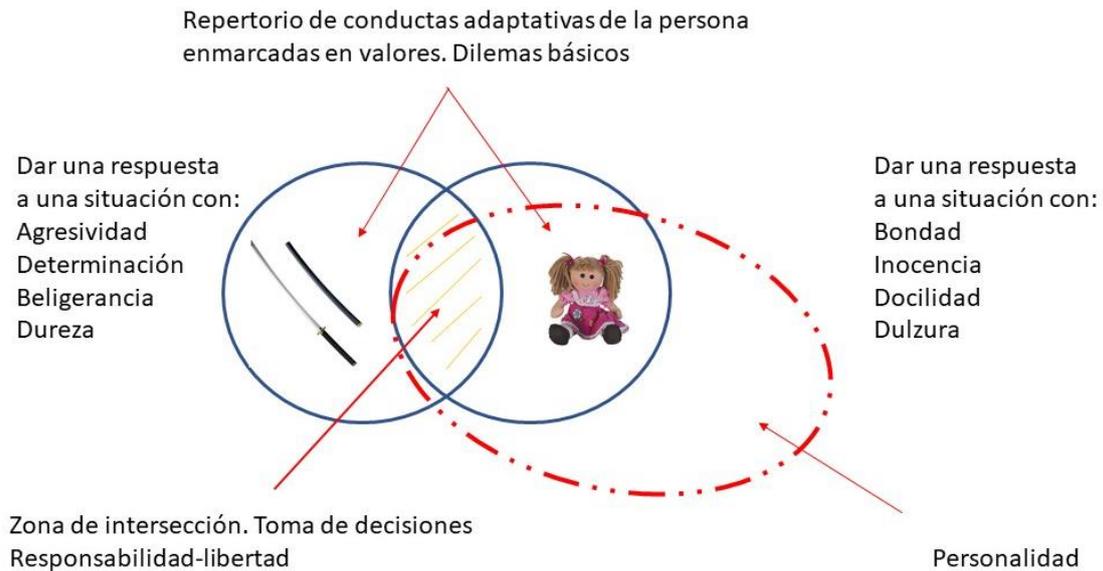


Fig. 7. Sexta sesión. La metáfora-juguete como expresión de valores.

A lo largo de la sesión vemos que la consultante debe afrontar sus propios dilemas morales sobre el bien y el mal para aceptar la posibilidad de un cambio de perspectiva que resuelva su problema con la ansiedad. La metáfora-juguete es la oportunidad para que estos dilemas salgan a la luz. Aunque dice distinguir cuáles son los extremos del continuo entre una conducta complaciente y otro agresiva, expresa tener dificultad, en cambio, para saber cómo actuar en la zona de intersección donde las situaciones aparecen ambiguas y el sujeto no sabe bien qué decisión adoptar. No cabe la menor duda que los dilemas morales, así como las dificultades para adquirir conductas fuera del repertorio habitual, están íntimamente ligadas a la personalidad y cualquier cambio supone una extensión o transformación de aquella, lo que implica cambios profundos en la persona. De esta manera la terapia existencial alcanza el sustrato profundo que conforma la conducta y que no siempre es el mismo ni aparece en los mismos momentos. La fenomenología terapéutica manifiesta que a medida que el proceso avanza los elementos aparecen relacionados formando una cierta jerarquía interdependiente. Aunque el estilo terapéutico sea bastante activo, como es el caso, es la narrativa de la consultante la que en última instancia define los dilemas y su forma.

Incluso si el terapeuta tiene muy claro cómo se resuelven estos, lo cual no es sino otro recurso más de los posibles en terapia, la consultante deberá contrastarlos, validarlos y finalmente si le son útiles, integrarlos en su repertorio vital. Es imprevisible cuánto puede durar este proceso, quizá años.

En el presente estudio, la metáfora-juguete expresa el dilema de manera inequívoca, evitando los caminos sin salida que en las elaboraciones mentales suelen ser frecuentes; es más, su simplicidad y al mismo tiempo su riqueza de matices la transforma en un verdadero martillo que remacha los aspectos fundamentales del caso sin dejar espacio a la ambigüedad y crea una imagen difícil de abandonar una vez que se crea e interioriza. Entre terapeuta y consultante hay una negociación de significados de la metáfora porque su precisión exige definir muy bien el contexto simbólico donde se aplica.

T: No todos vamos en la misma dirección, habrá alguno que haya nacido con una pistola en la mano y haya que decirle: mira...

C: Relájate...

T: Déjala, cómprate un peluche, abraza a tu peluche, quédate una temporada con él, a ver si entra dentro de ti algo de ternura... y, en cambio, otra persona que este aferrada a su peluche habrá que decirle: empieza a disparar.

C: Pero ese cambio es... complicado. No te digo imposible ni que no se pueda hacer... (el terapeuta que tenía hasta entonces otra pistola en la mano, se la da a Caridad)

T: Sí es complicado (contemplando a la consultante). Estas mejor con dos pistolas que con una (ríen)

[...]

T: (el terapeuta tiene ahora el peluche en sus brazos) Yo estoy mejor con el peluche y tu estas mejor con las dos pistolas. ¿qué te parece?

C: ¿Ahora? Ahora mismo en mi situación ¿esto haría que me equilibrase?

T: Sí

C: pero llegaría el momento...

T: ¡No llegaría el momento! Cuando llegue el momento ya veremos...

[...]

C: Ahora tengo que aprender a usarlas...

T: Eso es fácil.

C: (con ironía) Para alguien que no ha tenido en las manos una pistola en su vida... super...fácil.

[...]

T: Es que no se nos pide que seamos los mejores dando en el blanco.

C: Pero sí usándolas bien.

T: Si las tenemos que usar lo menos posible... mejor

C: Sí.

T: No creo que el ideal sea ir pegando tiros por la vida...

C: No.

T: Pero... necesitamos que se nos oiga y se nos respete y si eso significa armarnos... habrá que hacerlo.

C: Pero también nosotros con responsabilidad...

T: Claro que sí.

(el terapeuta coge el peluche y lo pone en el regazo de la consultante. Ahora Caridad tiene el peluche y en las manos, con los brazos cruzados, sostiene las dos pistolas)

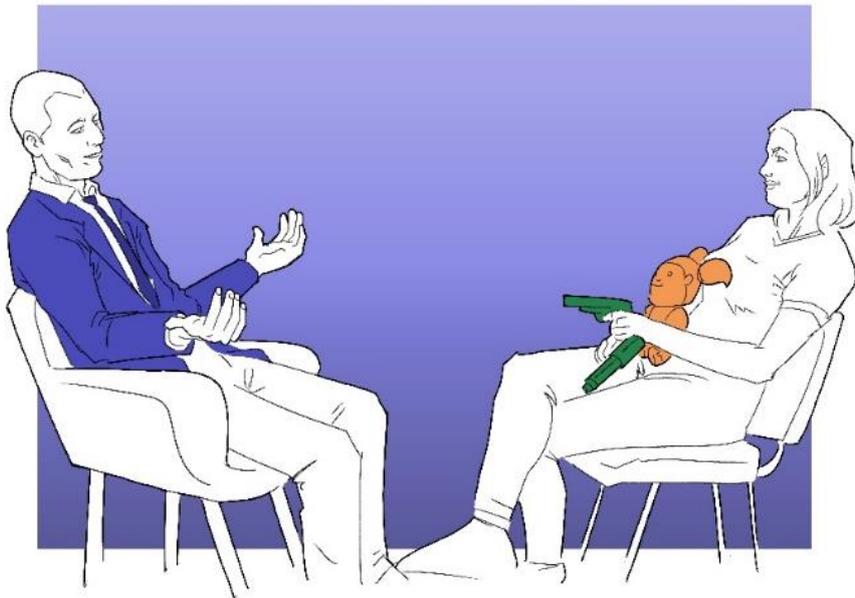
C: Representación gráfica de la situación: un peluche con dos pistolas.

T: Bueno, nos vamos a quedar con esta imagen. Entre otras cosas porque con las pistolas puedes defender al peluche si se meten con él.

C: Sí.

T: Y eso también está muy bien, que podamos defender nuestra parte más noble e inocente.

C: Últimamente con estas cosas me estás dejando descolocada.



Séptima sesión

En terapia, la despedida es necesaria

La última sesión consistió en tres tareas a realizar. Primero, completar los instrumentos de la evaluación postratamiento, segundo responder a solas ante la cámara una serie de preguntas para realizar una evaluación personal de la terapia y tercero, una pequeña sesión de cierre.

Tanto los datos cuantitativos como su análisis se exponen en el epígrafe correspondiente. Pasamos, pues, a la segunda parte transcribiendo las respuestas de la entrevista ante la cámara:

¿La terapia ha cumplido las expectativas previas que traías?

Pues sí y no porque claro yo venía por una cosa y al final me estoy viendo que tengo más problemas de los que tenía principalmente. De manera resumida es que no se cómo expresarlo.

¿Ha cambiado tu visión de los problemas que querías consultar?

Sí. Yo vengo por la ansiedad, pero estoy viendo que la ansiedad es una mierda en comparación con los problemas que tengo o los que no me daba cuenta, pero ahí estaban o que no les daba la importancia porque los normalizaba.

Al terminar la terapia valora si ha mejorado tu situación personal y en qué aspectos lo ha hecho.

La ansiedad en cierta manera me la ha quitado. Yo sigo teniendo ansiedad porque eso es una cosa que no se puede quitar... pero no tengo ataques de ansiedad de decir: que me muero. O sea, la ansiedad de cierta manera me la ha quitado pero mi situación personal me encuentro más en la mierda que cuando empecé.

Expresa tu opinión sobre la manera de trabajar del terapeuta.

Bien. Tampoco es que haya estado con mucha gente para decir si es un buen profesional o no. Desde luego, destaparme las cosas me las ha destapado un montón. Cómo valorarías tu relación con el terapeuta.

¿una relación profesional? ¿paciente terapeuta?

Después de las sesiones realizadas, ¿necesitarías prolongar más la terapia?

Pues yo creo que sí. Que me gustaría... pues no, porque no me gusta venir a terapia, eso no ha cambiado, pero creo que sí porque antes había cosas que jamás me he planteado, que no he pensado, que no he sentido o que lo he hecho en momentos efímeros, pero como ahora constantemente. No se. Solo lo se resumir diciendo que estoy en la mierda.

Destaca cualquier otro aspecto sobre el proceso de terapia que has tenido.

Ha sido raro porque te esperas que a lo mejor vas pillando un poco por donde va, pero luego te salta por peteneras y dices: hostias, esto no me lo esperaba [...]

Ateniéndonos a sus palabras podemos resumir diciendo que la ansiedad como problema grave ha pasado a un segundo término. Los ataques de ansiedad han remitido durante el proceso de terapia. Al mismo tiempo, Caridad se encuentra en pleno proceso de cambio y de reubicación en muchas áreas de su vida. Desde ese punto de vista, la consultante y el terapeuta reconocen la necesidad de prolongar la terapia. Sin embargo, puede tratarse de una percepción pasajera fruto del gran cambio que está experimentando, más que de una necesidad real. En terapia existencial se tiene mucha confianza en las potencialidades de la persona y en su capacidad de autorregulación para gestionar los cambios porque, finalmente, cada uno debe responsabilizarse de su vida y no hacer de la terapia una muleta para andar.

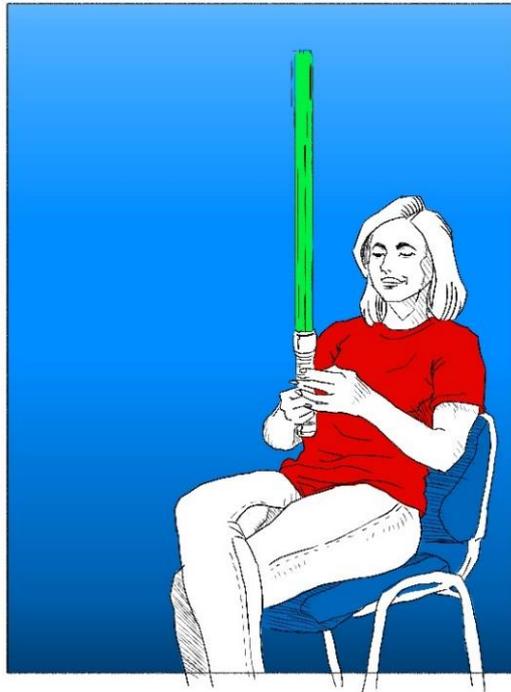
En realidad, la entrevista no hace justicia a lo que Caridad está consiguiendo ya que le sigue costando expresarse en términos de logro. En la breve sesión que sigue, junto a esa sensación de “vértigo” que le producen sus propios cambios, la consultante

relata cómo está siendo capaz de mantener la calma en las discusiones familiares y actuar de una manera diferente. La comprensión que está adquiriendo, lejos de hacerla sentirse mal, le ayuda a sentirse más segura de sí misma y a ver más claramente lo que debe hacer.

Al final de la sesión, cumpliendo con lo prometido, el terapeuta regala a Caridad una espada jedi.

T: Aquí está la espada jedi. La espada jedi está en manos de guerreros con conciencia [...] significa que nosotros en nuestra vida vamos a empuñar la espada de la conciencia con la cual nos vamos a defender y también cortar con las cosas que nos hacen daño o nuestras propias ataduras. [...] (le entrega la espada y Caridad la blande imitando el sonido que hacen en las películas) ¿estás contenta?

C: Yo sí, mucho; siempre quise tener una; desde que vi por primera vez la película.



Octava Sesión (seguimiento)

El tiempo corre a nuestro favor...

Caridad aparece con semblante serio, ha dejado atrás su pose un tanto ingenua de las primeras sesiones y su forma de expresarse refleja cierta seguridad en sí misma y madurez.

T: Bueno, ¿tienes muchas cosas que contarme?

C: Sí. Han pasado muchas cosas. Es verdad que desde la última vez que nos vimos, sí que me encuentro mejor. He tenido mucho tiempo para pensar, me he dedicado mucho tiempo a mí, también me he puesto a escribir que eso me ayuda bastante y ahora sí que me encuentro mejor. Es verdad que todavía tengo actitudes pesimistas y esas cosas, pero voy como más neutral. De cosas que antes decía: ¡Dios mío, madre

mía, esto ¿por qué es...?! Ahora como que me da más igual, es un poco como la indiferencia. No se si eso es bueno o es malo, pero voy camino de...

T: Bueno, la indiferencia se puede entender como un distanciamiento. No solo indiferencia, sino que has creado una distancia con las cosas y eso te permite protegerte de ellas...

C: Umm...

T: Esa es mi impresión...

Comienza a hablar de sus relaciones personales y de que los vaivenes de la amistad no la están afectando tanto. Cuenta con emoción contenida que su pareja, con la que estaba haciendo planes de futuro, se ha distanciado de ella este verano en el momento en que peor lo estaba pasando.

C: Me hace gracia porque si lo viera, le daría una hostia...

Abunda en los detalles de esta separación y los mensajes contradictorios que el joven le manda porque, por un lado, no contesta a sus mensajes y, por otro, cuando lo hace, expresa que la sigue queriendo. El grado de asertividad en sus palabras ha cambiado.

C: (hablando bastante deprisa) Ya ha pasado un año desde que nos conocemos. Vale que físicamente solo hemos pasado juntos quince días. Pero ha pasado un año, han pasado muchas cosas, lo que es sentimentalmente ha evolucionado mucho y es verdad que no se puede comparar una relación a distancia con una relación física, los ritmos son diferentes, pero ha pasado un año. Si quieres estar conmigo... yo no quiero "ya vamos viendo..." es que ha pasado un puto año desde que nos conocemos y todas las cosas que han pasado entre nosotros... si quieres estar conmigo (ya le puse un ultimátum porque estaba hasta el mismísimo...) si quieres estar conmigo, formalicemos la relación y si tu no te ves capacitado para mantener una relación a distancia conmigo, cortamos aquí y ya está porque yo quiero más.

Mientras el terapeuta escucha atentamente, piensa que el rastro dejado por las metáforas-juguete es apreciable en el contenido y tono de sus palabras, pero también que, de vez en cuando, aflora una sonrisa ingenua que muestra que su muñeca de peluche sigue ahí, ahora más protegida.

6. Análisis de resultados

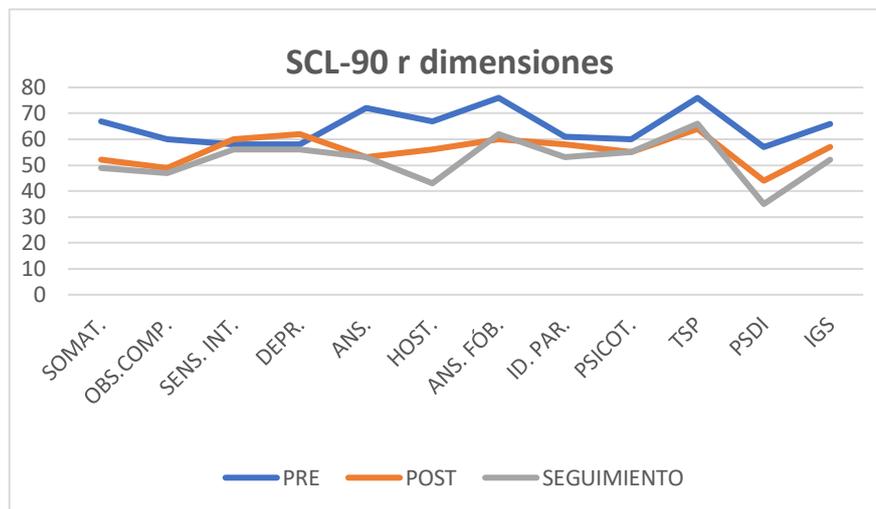
La consultante para entrar en el proceso de selección del estudio sobre Terapia Existencial al que pertenece este caso debió de responder al cuestionario de trauma de Davidson (DTS). La puntuación global obtenida fue de 56 puntos, el rango oscila entre 0 y 68, lo que al momento de realizar la prueba demuestra un perfil de trauma severo.

En cuanto a los instrumentos de evaluación los resultados del cuestionario SCL-99 r indican que hay una clara mejoría en el Índice de severidad global (IGS) con un descenso notable en las puntuaciones (66-57-52). Este índice combina información

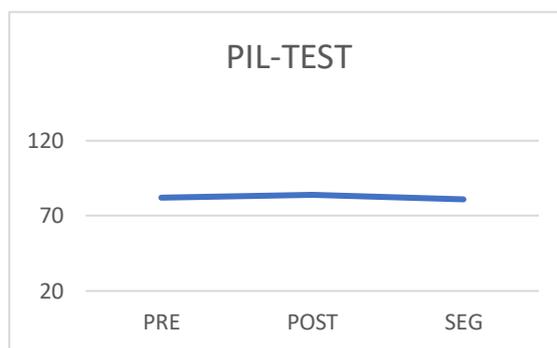
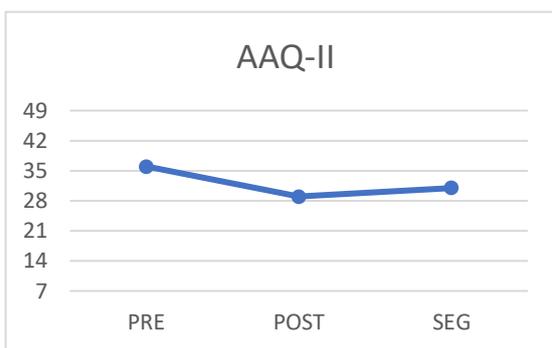
sobre el número de síntomas y la intensidad del malestar psíquico percibido. El Total de síntomas positivos (TSP) es un contador total del número de síntomas que el paciente puntúa de forma positiva, independientemente de su grado de severidad, este también sufre un descenso notable (76-64-66). Por último, el Índice de malestar positivo (PSDI) es una medida de intensidad pura y sirve como medida de estilo de respuesta. Este índice se reduce en 22 puntos (57-44-35) lo que apoya la idea de que la consultante está adquiriendo un mayor control subjetivo sobre el trastorno.



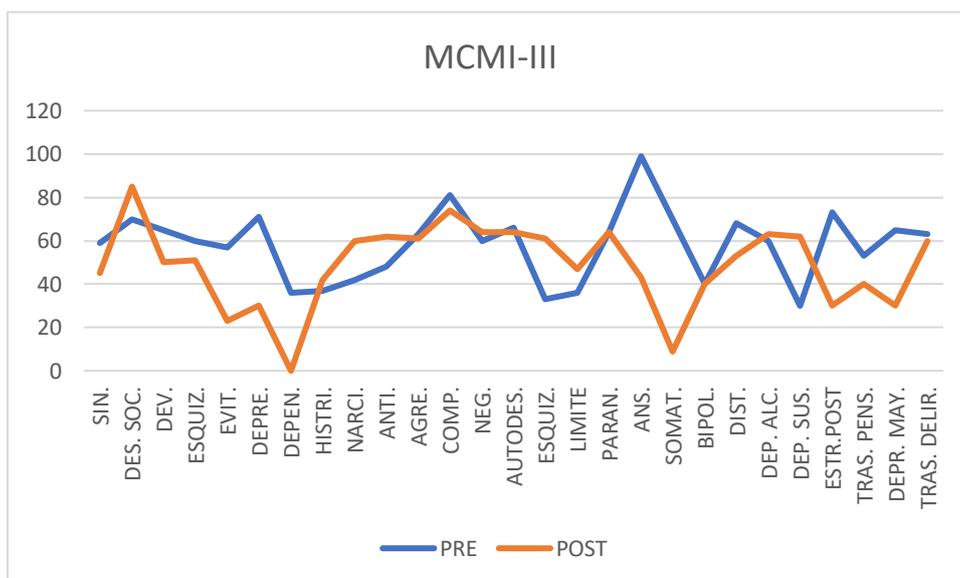
En cuanto a las 9 dimensiones de síntomas que contempla la prueba, hay importantes descensos en las correspondientes a Somatizaciones (18 puntos), Ansiedad (19 puntos) y Hostilidad (24 puntos) y descensos apreciables en Obsesiones y Compulsiones (13) y Ansiedad fóbica (14)



Tanto el cuestionario de evitación experiencial (AAQ-II) como el de sentido de la vida (PIL) no muestran cambios apreciables lo que puede ser debido simplemente a que no recogen la problemática de la consultante.



Mucho más interesantes son los resultados que recoge el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III). Las escalas Ansiedad, Somatomorfo y Estrés postraumático correspondientes a Síndromes clínicos disminuyen sus puntuaciones de 99 a 43, 70 a 9 y 73 a 30 respectivamente. Al mismo tiempo, los patrones clínicos de personalidad evitativo, depresivo y dependiente también disminuyen sus puntuaciones muy notablemente de 57 a 23, 71 a 30 y 36 a 0.



7. Discusión y conclusiones

El presente estudio de caso recoge la aplicación de una modalidad de terapia existencial que hace uso de metáforas-juguete para el tratamiento de los problemas de ansiedad de una joven universitaria que sufrió malos tratos en una relación de pareja.

Los resultados cuantitativos correspondientes a las medidas pre-post y seguimiento indican que la terapia alcanzó los objetivos propuestos al inicio ya que todas las escalas específicas correspondientes al trastorno disminuyeron sus puntuaciones notablemente. En el SCL-90r las subescalas de ansiedad, somatizaciones y hostilidad experimentaron disminuciones significativas mientras que en el perfil pre-post obtenido mediante el MCMI-III, las escalas de ansiedad, somatomorfo y estrés postraumático correspondientes a síndromes clínicos y los patrones clínicos de personalidad evitativo, depresivo y dependiente redujeron sus puntuaciones también de manera muy significativa. No sufrieron, en cambio, variaciones notables las puntuaciones en los restantes instrumentos de medida, AAQ-II y PIL lo que podría indicar que el problema de la consultante no tenía carácter evitativo o existencial. Por su parte, las respuestas de la consultante en la entrevista de evaluación final indican que las crisis de ansiedad que la llevaron a consulta habían remitido y que, por el contrario, su malestar actual giraba en torno a su proceso de cambio personal. Este proceso no puede darse por concluido, tras el análisis de la sesión de seguimiento, sino que remite a desarrollos existenciales más amplios que rebasan los objetivos de la presente terapia.

En cuanto a los aspectos teóricos, el planteamiento que se defendió y se aplicó a lo largo de la terapia es que tratamiento de los problemas o trastornos derivados de una relación de maltrato deben ser abordados necesariamente desde la perspectiva de género. De no hacerse así, podríamos incurrir en una forma de psicologismo o incluso de sexismo psicológico que solo tuviera en cuenta para su tratamiento los síntomas patológicos y el consecuente diagnóstico. Aunque ambas cosas, síntomas y diagnóstico, son cuestiones a considerar, es la perspectiva de género la que dota a la intervención de la direccionalidad necesaria para restaurar la salud psicológica y moral de la mujer maltratada. En este sentido, las distintas autoras citadas (Walker, 2006; Herman, 2004) que han abordado el maltrato y la violencia de género señalan la importancia de considerar aspectos generales y particulares concernientes a la condición del maltrato, a sus circunstancias y a las características de la mujer víctima de violencia de género. Todo ello con independencia del marco teórico de la intervención o del tipo de terapia aplicada. Vimos que más que las terapias empíricamente validadas para el tratamiento de los dos trastornos comunes en estos casos, depresión y trastorno de estrés postraumático, las terapias que han demostrado mayor eficacia son las que adoptan esta perspectiva de género y que se caracterizan

por el empoderamiento y la vuelta a la vida de la mujer maltratada más que por la supresión de los síntomas.

La terapia existencial entiende desde sus propias raíces la perspectiva de género porque desde sus inicios ha perseguido comprender la condición humana, sus luces y sombras, para poder reestablecer la salud y la condición normal del psiquismo. Así, puede hacer suya esta perspectiva de género porque ella misma se universaliza y aspira a ser un ejemplo aplicable a cualquier circunstancia que suponga un riesgo para la vida o el bienestar de la persona, como la violencia, la marginación o la pobreza y la psicología existencial posee esa misma mirada de compromiso con el ser humano en su totalidad. El enfoque existencial, por tanto, comparte y enriquece la perspectiva de género no perdiendo de vista en ningún momento la universalidad de esos valores que defiende y desde ahí asume, al mismo tiempo, la especificidad psicosocial del maltrato secular hacia la mujer.

En presente estudio de caso, la intervención ahondó en los patrones de conflicto de la consultante para abordar su empoderamiento en las relaciones. No fue en ningún momento necesario una revivificación de las situaciones traumáticas sino, que, por el contrario, se buscó la forma de que adquiriera un mayor control sobre su vida más allá de la situación traumática del maltrato. En este sentido, la terapia siguió fielmente las prescripciones que diversos autores hacen sobre los principios que deberían regir la intervención en víctimas de maltrato, a saber: toma de conciencia de la situación vivida desentrañando los falsos mitos, recuperación de los déficits psicológicos, autonomía e independencia frente a la figura masculina y, en nuestro caso, frente a las relaciones familiares, reconstrucción y consolidación de la vida social y amorosa, empoderamiento y vuelta a la vida a través del restablecimiento de un proyecto vital (Pérez y Fiol, 2005).

La consecución de este conjunto de objetivos fue facilitada grandemente por el uso de metáforas-juguete que al tiempo que explicaban situaciones del pasado, orientaban el cambio hacia el futuro, empoderando a la persona. Las metáforas-juguete empleadas se eligieron por ser las que más directamente representaban las claves de los déficits psicológicos que sufría la consultante. Así, la catana o el revolver como objetos simbólicos nos hablan de la fuerza y seguridad interior con que la persona debe afrontar las relaciones para no correr los riesgos del maltrato o la manipulación en las relaciones, y la muñeca de trapo, de la inocencia y ternura que debemos conservar si queremos seguir siendo plenamente humanos. Al mismo tiempo, la integración de los valores tan contrapuestos que representan conlleva, en mayor o menor medida, la resolución de los dilemas existenciales que implica su conciliación y que definen una *zona gris* donde la responsabilidad y la libertad constituyen los polos en que se asienta nuestra toma de decisiones. La terapia se convierte, por tanto, en un proceso de maduración personal especialmente enmarcado en el ciclo vital de la consultante que implica dejar atrás la infancia,

atreverse a vivir la adolescencia, con la dosis de inestabilidad y contradicción que ello supone, y desembocar en la madurez de la joven adulta que se hace cargo de su vida por primera vez.

Respecto al uso de metáforas durante la terapia se consideraron las cuestiones referentes a su potencial cognitivo. Según recientes teorías en psicología cognitiva (Lakoff, 2012), la organización de los procesos cognitivos excede la propia actividad cerebral abarcando al propio cuerpo y a su entorno. El trabajo con metáforas, por tanto, potencia el cambio porque refleja fielmente la condición corporizada de la cognición. Además, un trabajo terapéutico con metáforas externalizadas que desbordan el marco verbal, como es el caso del uso de la metáfora-juguete, contará con ventajas añadidas para su integración por parte del sujeto desde una perspectiva sensoriomotora y espacial. Por supuesto, esta conclusión requiere de nuevos estudios experimentales que la avalen y, en este sentido, el estudio de caso es solo un punto de partida en el prometedor campo de investigación con metáforas corporizadas.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, junto a las propias de los estudios de caso como son la imposibilidad de su replicación y la validación estadística de sus resultados, el tratarse de la aplicación de una modalidad novedosa de terapia hace que, aunque los resultados sean prometedores, tanto los elementos que constituyen la terapia como la forma de aplicarlos deban ser sometidos a nuevos controles y contrastación mediante estudios de grupo con diseños experimentales. En relación con el enfoque existencial supondría la elaboración de criterios transdiagnósticos que dieran cuenta del tipo de intervenciones realizadas y que seguramente irán más allá de los elementos que consideramos representativos de la psicoterapia existencial (Yalom, 1980) ya que la traducción de estos va adquiriendo nuevos significados conforme la cultura avanza. Esto redundaría en la posibilidad de formulación de nuevas hipótesis que pudieran contrastarse y que sirvieran de apoyo a las tesis existenciales sobre la salud psicológica. En este sentido, una aportación necesaria que no recoge el presente estudio pero que sí nombra es la correspondiente a la versión del consultante de lo sucedido en terapia, definida como “segunda voz” dentro del análisis fenomenológico propuesto. Estudios recientes (Suzuki, Mandavia y Faber, 2019; Levitt, Pomerville y Surace, 2016) recogen cada vez más la importancia de la percepción de los propios interesados por sus implicaciones para la mejora de los tratamientos. Esta aportación dentro de un estudio de caso implicaría además del compromiso y disponibilidad del propio consultante, la definición del contexto apropiado para su realización ya que solamente después de asimilada la terapia podrían valorarse con justeza sus resultados, lo que seguramente implicaría periodos de seguimiento mayor.

Por último, remarcar que este estudio de caso ha tratado de aportar nuevos elementos al tratamiento psicológico de las víctimas de violencia de género desde el convencimiento de que la tecnología psicológica, en este caso representada por la

metáfora-juguete, debe apoyarse tanto en la perspectiva existencial como en la de género para ofrecer tratamientos psicológicos eficaces que vayan más allá de la supresión de los síntomas y que contribuyan a la restitución integral de la salud y la dignidad de mujer maltratada.

8. Referencias

- Ameli, M., y Dattilio, F. M. (2013). Enhancing cognitive behavior therapy with logotherapy: Techniques for clinical practice. *Psychotherapy, 50*(3), 387-391. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0033394>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*(2), 227-246.
- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centred therapies: what would Carl Rogers say? *Journal of family therapy, 23*(4), 339-360.
- Aznar, M. P. M. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema, 16*(3), 397-401.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 505-515.
- Binswanger, L. (1963). *Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr, 28*(4), 207-218.
- Booth, A., y Dabbs Jr, J. M. (1993). Testosterone and men's marriages. *Social Forces, 72*(2), 463-477.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Buchbinder, E. (2018). Metaphors of transformation: Change in male batterers. *Psychology of Men & Masculinities, 19*(3), 352-361. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/men0000105>
- Bustos, E. (2000). *La metáfora: ensayos transdisciplinarios*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Calvete, E., Estévez, A., y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema, 19*(3), 446-451.
- Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: Um enfoque além do gênero*. Porto Alegre: Dom Quixote.

- Cirillo, L., y Crider, C. (1995). Distinctive therapeutic uses of metaphor. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(4), 511-519.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.32.4.511>
- Clark, A., y Chalmers, D. (1998). The extended mind. *Analysis*, 58(1), 7-19.
- Clarke, J. K. (2014). Utilization of clients' metaphors to punctuate solution-focused brief therapy interventions: A case illustration. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 36(3), 426-441. Doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10591-013-9286y>
- Crumbaugh, J. C., y Maholick, L. T. (1969). *Manual of Instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Davidson J.R.T, Book S.W., Colker J.T., y cols. (1997). Assessment of a new self- rating Scale for posttraumatic stress disorder. *Psychol Med*; 27: 153-160.
- De Alencar-Rodrigues, R., y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico*, 41(1), 116-126.
- De Botton, A. (2013). *Las consolaciones de la filosofía*. Madrid: Taurus.
- Derogatis, L. R., Yevzeroff, H., y Wittelsberger, B. (1975). Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43(2), 183.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Dezelic, M. (2017). Meaning constructs and meaning-oriented techniques: Clinical applications of meaning and existential exploration. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(1), 32-41.
- Dutton, D.G., y Golant, S.K. (1997). *El golpeador: Un perfil psicológico*. Barcelona: Editora Paidós.
- Elkins, D. N. (2012). The humanistic and behavioral traditions: Areas of agreement and disagreement. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 49(4), 465-468. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027798>
- Elkins, D. N. (2012). Toward a common focus in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 49(4), 450-454. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027797>
- Encinas, F. J. L., Fernández-Velasco, M. R., y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Fernández-Álvarez, H., Consoli, A. J., y Gómez, B. (2016). Integration in psychotherapy: Reasons and challenges. *American Psychologist*, 71(8), 820-830.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000100>
- Ferrer Pérez, V., y Bosch Fiol, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación de la violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(1), 1-10
- Finlay, L. (2015). Sensing and making sense: Embodying metaphor in relational-centered psychotherapy. *The Humanistic Psychologist*, 43(4), 338-353.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/08873267.2014.993070>

- Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge: MIT press.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Simon and Schuster.
- García, E. M. (2005). *Ley de protección integral contra la violencia de género: Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre*. Madrid: Tirant lo Blanch.
- Gebler, F. A., y Maercker, A. (2014). Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain: A clinical trial with 6 months follow-up. *The Humanistic Psychologist*, 42(2), 155-171.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/08873267.2013.865188>
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Gomila, A. (2009). Cambio de marcha en ciencia cognitiva: Cognición corpórea. *Ciencias Cognitivas*, 3(2), 49-51.
- Hayes, S. C. (2012). Humanistic psychology and contextual behavioral perspectives. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 49(4), 455-460.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027396>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004b). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y Tiempo*. Editorial Universitaria. (ed. original 1927)
- Heise, L., Ellsberg, M., y Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 27(4), 1-1.
- Heise, L.L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. Doi: 10.1177/1077801298004003002.
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Hyde, J.S. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Kopp, R. R., y Craw, M. J. (1998). Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 35(3), 306.
- Kozak, A. (1992). The epistemic consequences of pervasive and embodied metaphor: Applications to psychotherapy. *Theoretical & Philosophical Psychology*, 12(2), 137-154. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0091121>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washinton: Organización Mundial de la Salud.
- Lakoff, G. (2012). Explaining embodied cognition results. *Topics in Cognitive Science*, 4(4), 773-785. Doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1756-8765.2012.01222.x>
- Larrosa, M. P. (2010). Violencia de género: violencia psicológica. *Foro: Revista de ciencias jurídicas y sociales*, (11), 353-376.

- Levitt, H. M., Pomerville, A., y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological bulletin*, 142(8), 801.
- Lloyd, J. (2015). The therapeutic use of metaphor: A heuristic study (Order No. 13850044). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2190207843).
- Martín-Baena, D., Montero-Piñar, I., Escribà-Agüir, V., y Vives-Cases, C. (2015). Violence against young women attending primary care services in Spain: Prevalence and health consequences. *Family Practice*, 32(4), 381-386.
- Masterpasqua, F. (2016). Mindfulness mentalizing humanism: A transtheoretical convergence. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(1), 5-10.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0039635>
- Mathieson, F., Jordan, J., Carter, J. D., y Stubbe, M. (2016). Nailing down metaphors in CBT: Definition, identification and frequency. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 236-248.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465815000156>
- May, R. (1985). *La psicología y el dilema del hombre*. Barcelona: Gedisa.
- McGuinty, E., Armstrong, D., y Carrière, A. (2014). A clinical treatment intervention for dysphoria: Externalizing metaphors therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 381.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Mizock, L., y Brubaker, M. (2019). Treatment experiences with gender and discrimination among women with serious mental illness. *Psychological Services*. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/ser0000346>
- Moreno, J. E. V. (2010). Categorías esenciales para comprender la existencia del ser humano y sus transformaciones en la psicología humanista existencial. *El Ágora USB*, 10(1), 37-53.
- Noblejas, M. A. (1994). Logoterapia. Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del "logro interior de sentido". Tesis Doctoral. Madrid: UCM.
- Nogueiras, B. (2004). La violencia en la pareja. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dir.). *La violencia contra las mujeres* (pp.39-55). Madrid: Díaz de Santos.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy*, 51(3), 398-403.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0037418>
- O'Doherty, L. (2019). Psychological impact of domestic and intimate partner violence. In C. D. Llewellyn, S. Ayers, C. McManus, S. Newman, K. J. Petrie, T. A. Revenson & J. Weinman (Eds.), *3rd ed.; the cambridge handbook of psychology, health and*

medicine (3rd ed.) (3rd ed. ed., pp. 158-164, Chapter xvii, 682 Pages) New York: Cambridge University Press.

- Onumujeres. (2019). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. New York: United Nations. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. A/R/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.
- Ottens, A. J., y Hanna, F. J. (1998). Cognitive and existential therapies: Toward an integration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(3), 312.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14.
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez Viejo, J., y Escobar A. (coords.) (2011). *Perspectivas de la violencia de género*. Madrid: Grupo, 5
- Pérez, V. A. F., y Fiol, E. B. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 21(1), 1-10.
- Perrone, R., y Nannini, M. (1995). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramos, A. D. (2003). *En buenas manos. Manual de intervención y buenas prácticas ante la violencia de género*. Ayuntamiento de Sevilla.
- Restrepo, J. E. (2018a). Cognición corporeizada, situada y extendida: una revisión sistemática. *Katharsis*, (26), 106-130.
- Restrepo, L. J. T. (2018b). Responsabilidad en psicología: tradición moral y existencial. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 108-140.
- Rivera, J. E. (2010). Comentario a ser y tiempo II: De Martin Heidegger Vol. II, Primera sección (Vol. 2). Chile: Ediciones UC.
- Rodríguez Vílchez, E. (2019). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances En Psicología*, 17(1), 59-74.
- Rogers, C. (1980). *Psicoterapia Centrada en el Cliente. Práctica, Implicaciones y Teoría, Práctica*. Buenos Aires: Paidós
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial intervention*, 19(2), 191-199.
- San Martín, J. (2003). Epojé y ensimismamiento. El comienzo de la filosofía. *Phainomenon: Journal of Phenomenological Philosophy*, (7), 13-22.
- Sassenfeld, A., y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de psicología*, XV (1), 91-106.
- Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R., y Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and

- victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1-17.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000156>
- Stoddard, J. A., y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Suzuki, J. Y., Mandavia, A., y Farber, B. A. (2019). Clients' perceptions of positive regard across four therapeutic orientations. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/int0000186>
- Sword, R. M., Sword, R. K. M., Brunskill, S. R., y Zimbardo, P. G. (2014). Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2013.763632>
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Tesoro, A., y Mas, J. (1993). *Mujer y género*. En J. Mas y A. Tesoro (Coords.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades* (pp. 179-204). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Vos, J., y Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 608-632. Doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1478951517000931>
- Vos, J., Craig, M., y Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 115-128. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0037167>
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York, USA: Springer Publishing
- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(1), 21.
- Walker, L. E. (2006). Battered woman syndrome: Empirical findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 142-157.
- Waterman, A. S. (2013). The humanistic psychology–positive psychology divide: Contrasts in philosophical foundations. *American Psychologist*, 68(3), 124-133.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0032168>
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., y Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541-e550.
Doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Weingourt, R. (1985). Never to be alone: Existential therapy with battered women. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(3), 24-29.

- Weiss, N. H., Peasant, C., y Sullivan, T. P. (2017). Intimate partner violence and HIV-risk behaviors: Evaluating avoidant coping as a moderator. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2233-2242. Doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-016-1588-2>
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY: W. W. Norton & Company Inc.
- Wittgenstein, L. (2009). *Philosophical investigations*. New York: John Wiley & Sons. (ed. original 1953).
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 69.
- Wong, P. T. P. (2017). Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 45(3), 207-216.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/hum0000062>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy* (Vol. 1). New York: Basic books.
- Yalom, I. D., Elkin, G., y Picazo, R. C. (2000). *Terapia a dos voces*. Buenos Aires: Emecé Editores.
- Zatloukal, L., Žákovský, D., y Bezdíčková, E. (2019). Utilizing metaphors in solution-focused therapy. *Contemporary Family Therapy*, 41(1), 24-36.
Doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10591-018-9468-8>