

Las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas en la identidad desde el enfoque narrativo: re-construcción y re-historización

BERNARDO ENRIQUE ROQUE TOVAR
ARACELI CASTELLANOS ACEVES

En este capítulo se explorarán a detalle las consecuencias psicológicas que permean la identidad de una persona que ha experimentado violencia, asociándose principalmente al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Se pondrá énfasis en la población de mujeres que han sufrido maltrato de pareja. La finalidad es señalar aspectos importantes de la atención clínica psicoterapéutica de este fenómeno, en especial, la perspectiva de la Terapia Narrativa que Michael White y otros autores han desarrollado desde los principios de la terapia posmoderna y la cosmovisión socioconstrucciónista. Asimismo, se ilustrará como ejemplo esta perspectiva mediante una viñeta de caso, con la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES), para ofrecer recomendaciones en la práctica clínica.

TRAUMA

El trauma ha sido estudiado en su complejidad y ha evolucionado en su comprensión. Diversos autores coinciden en que es una experiencia que sobrepasa la capacidad de afrontamiento desde la subjetividad de la persona. Para algunos, se define como una herida, una reacción integrada cuerpo-mente, un daño que produce cambios en la identidad y en la percepción de sí mismo. Con el tiempo, se manifiesta en su vida cotidiana, en las interacciones y atribuciones que se dan a las experiencias que integran a la persona.

Históricamente, la comprensión del trauma ha avanzado de manera significativa. Estudios desarrollados por autores contemporáneos en el siglo XIX, como Charcot, Breuer, Freud y Pierre Janet, tanto en el ámbito médico como psiquiátrico, identificaron el trauma como resultado de eventos estresantes que sobrepasan los mecanismos emocionales de afrontamiento (Traver, 2016). Estos autores lo conceptualizaron de diferentes maneras, como trauma psíquico, histeria traumática o conversiva, neurosis sexual e ideas fijas. Inicialmente, se pensaba que el trastorno afectaba solo a mujeres. Posteriormente, se observó la misma sintomatología en hombres que habían vivido combates de guerra y desde entonces el trauma se caracterizó y generalizó por síntomas de disociación, constrictión, pérdida de memoria, hiperexcitación tanto somática como emocional y congelamiento (Levine, 1999). Freud, por su parte, en términos de la terapia psicoanalítica, enfatizó el papel del lenguaje y la narración de la experiencia traumática, conocida como la cura por la palabra, apoyada en el método de abreacción o catarsis impulsado por Breuer (Traver, 2016).

Martínez Ibáñez (2010) condensó la etiología del trauma en tres momentos durante el siglo XX:

1. Histeria como desorden psicológico de las mujeres, un movimiento político republicano y anticlerical, dado a fines del siglo XIX.
2. Traumas de guerra o neurosis de combate en Inglaterra y Estados Unidos con la guerra de Vietnam.
3. Violencia sexual y doméstica, en el contexto político del movimiento feminista.

Realizar esta síntesis histórica permite referir los orígenes de la comprensión del fenómeno traumático. Más allá de estudiar la historia y los detalles, es útil generalizar cómo se desarrollaron los criterios psicoterapéuticos que propiciaron las diferentes intervenciones para sanar la experiencia dolorosa; en este caso, el relato narrado o la voz predominante de los consultantes.

El trauma puede manifestarse en la vida de las personas a través de experiencias adversas como la violencia sexual y doméstica (Martínez Ibáñez, 2010). Algunos ejemplos incluyen agresiones sexuales, relaciones de pareja traumáticas, actos de terrorismo, tortura, secuestro, delitos

violentos o suicidios de personas cercanas (Rothschild, 2015). El trauma psíquico incide profundamente en la personalidad (Cagnoni & Milanese, 2010). La exposición continua a situaciones violentas y traumáticas puede llevar al entumecimiento psíquico y a alteraciones de la personalidad y conducta (Lynn-Whaley & Sugarman, 2017).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2023) ha destacado un aumento constante de las agresiones y homicidios asociados al género en varios países. La violencia de pareja tiene implicaciones no solo físicas, sino también morales y simbólicas (Segato, 2003), afectando la integridad de la persona desde aspectos físicos, sexuales, psicológicos o patrimoniales.

Los contextos de dominio y poder instalados socialmente aumentan las posibilidades de sufrir experiencias de violencia, y las relaciones de pareja no son la excepción. Aunque no se puede afirmar que toda relación de pareja sea violenta, en cualquier momento puede presentarse maltrato dado el contexto normalizado (Martínez Pacheco, 2016). Estudiar el trauma psicológico implica acercarse a la vulnerabilidad del ser humano, ya que los contextos de violencia incrementan el riesgo y la posibilidad de experimentar algún suceso traumático, especialmente por condiciones de género. Como ya se ha mostrado en la introducción del presente libro, el contexto de violencia social en México tiene un impacto similar al interior de las familias y las parejas. El problema social de la violencia es abordado desde nuestra perspectiva por sus efectos, mediante el tratamiento de la vivencia traumática recurrente.

La American Psychiatric Association (APA, 2014) indicó que los síntomas del TEPT incluyen la reexperimentación del trauma, comportamientos de evitación, síntomas de activación persistente y pensamientos negativos. El TEPT se presenta entre 25% y 30% de los casos y se manifiesta con inestabilidad en las relaciones interpersonales, imagen negativa de sí mismo, emociones intensas y alta impulsividad (Frías & Palma, 2015).

El Manual Diagnóstico DSM-5 ha atribuido la etiología del trauma a eventos causados por violencia física y de carácter sexual, tanto como experiencias directas o indirectas (APA, 2014). Los aspectos que lo componen son:

- Evento traumático
- Reacciones emocionales al evento, como miedo, impotencia, horror
- Presencia de otros síntomas

Se sabe que para que una experiencia se convierta en traumática no es necesario vivirla en primera persona; ser testigo o conocer alguna situación puede implicar trauma (Echeburúa & Corral, 1997). A este fenómeno también se le llama trauma vicario y se ha explicado a nivel cerebral por las funciones de las neuronas espejo (Van der Kolk, 2015).

Numerosos estudios sobre la relación entre violencia y TEPT evidencian los efectos negativos en la vida de las personas, tanto en sufrimiento como comportamiento, además de ser un problema frecuente (Posada & Parales, 2012). Por ejemplo, Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2010) identificaron que las mujeres víctimas de violencia de pareja presentaron TEPT, depresión, problemas de adaptación, baja autoestima y cogniciones disfuncionales de tipo traumático.

El maltrato en la pareja se ha normalizado (Linares, 2006; Póo & Vizcarra, 2008). Los tipos de violencia más comunes son de tipo psicológico (Ramos, 2021). La violencia que implica mayor control coercitivo conlleva una mayor posibilidad de daño traumático, ya que se combina física y psicológicamente, repercutiendo directamente en la salud mental e implicando la obligación de realizar acciones en contra de la voluntad propia (Navarro Góngora, 2015).

Se genera una pauta de sometimiento, miedo y humillación con repercusiones inmediatas y secuelas a nivel neurológico y conductual de tipo traumático (Navarro Góngora, 2015). Linares (2006) describe el maltrato de pareja como un patrón de comportamiento abusivo que busca ejercer control y poder sobre la víctima, incluyendo diversas formas de abuso físico, psicológico y emocional.

El trauma puede presentarse, aunque no reúna todos los criterios del TEPT, manifestándose a través de voces de depresión y ansiedad, lo cual es más probable cuando el maltrato base fue de abuso sexual o violencia doméstica (López, 2015). El daño es mayor cuando el agresor es una persona cercana al sistema familiar y cuando existe un vínculo emocional (Linares, 2002; Pérez, 2006). Asimismo, cuando en la relación cercana hay intención de lastimar, se disminuye la probabilidad de elaboración

del trauma y se colapsa la organización simbólica (Álvarez de Diego, 2021).

Se concluye que la presencia de un trauma implica un shock por el impacto ante un acontecimiento negativo cargado de intensidad, brusco e inesperado, incontrolable y que pone en riesgo la integridad tanto física como psicológica, marcando una fuerte experiencia de indefensión. Este atrapamiento no culmina en el momento de la acción, sino que permea el mundo psíquico, los mecanismos cerebrales para el estado de alerta se trasladan al cuerpo y reflejan la identidad de la persona (Navarro Góngora, 2015).

La persona se convierte en un ser habitado por el trauma. Al tener una pérdida física no solo sufre, sino que también su realidad simbólica se altera: la percepción, la regularidad de vida, su visión del mundo y su confianza, creencias e ideales que daban consistencia a su vida ordinaria (Pérez, 2006). Se ha observado que en acciones de forzamiento sostenidas en ideales y lógicas de sobrevaloración de lo masculino y de machismo exacerbado las mujeres se ven afectadas física y mentalmente en su autoestima, integridad, autoconfianza e identidad.

La experiencia traumática, aunque fue vivida en una situación real que desbordó los recursos de afrontamiento de la persona, provoca la respuesta de alerta —ataque o huida— en situaciones posteriores que la evocan, llegando incluso a la parálisis o al congelamiento (Levine, 2021). Estas reacciones, al no ser percibidas como adaptativas y estar relacionadas directamente con el trauma, a veces generan confusión o disociación, experimentando irrealdad y angustia (Rothschild, 2015).

El verdadero problema no es solamente la vivencia traumática, sino las voces de dolor y las historias de confusión que permanecen dentro de la persona, las cuales requieren ser elaboradas y comprendidas (Levine, 1999). La psicoterapia ha demostrado ser una herramienta fundamental para la prevención y asimilación de eventos traumáticos, permitiendo a la persona ver el mundo de manera diferente y enseñándole a su cuerpo que el peligro ya pasó (Van der Kolk, 2015). El tratamiento psicoterapéutico debe confiar en la autoorganización de los estados mentales (Martínez Ibáñez, 2010) y procurar al menos tres elementos para la cura: elaborar, asimilar y resignificar (Pérez, 2006; Echeburúa & Corral, 2007; López, 2015).

COMPRENSIÓN Y ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DEL TRAUMA

Las consecuencias del suceso traumático incluyen alienación, percepción de incomprensión y sensación de ser juzgada. En el plano sintomático aparecen el silencio, pesadillas, repliegue y aislamiento, pesimismo y culpa, y la búsqueda de una nueva identidad, de un orden en el caos y de aceptación de la realidad. Esto generará en algún momento la necesidad de reconstruir lo ocurrido y encontrarle un sentido (Pérez, 2006).

Levine (1999) propuso que, más allá del modelo médico, para fines de la reparación, se observe el trauma como resultado de un proceso natural que se desajustó. Históricamente, el trauma ha sido tratado como un desorden psicológico, se busca una propuesta integradora para curarlo. Se consideran efectos negativos y positivos, en que los positivos incluyen la posibilidad de elaboración y asimilación de lo que no pudo procesarse; los negativos pueden generar un agujero psíquico, debilitando el psiquismo (Levine, 1999). El efecto de invisibilidad que sufre una persona bajo maltrato lleva a un silencio doloroso y desigual en una relación que invalida sus experiencias. Mantener la realidad traumática en la conciencia requiere un contexto social que reafirme y proteja a la víctima, especialmente sus redes cercanas (Linares, 2002).

Es probable que las narrativas de trauma estén socialmente agotadas en su dimensión verbal, porque en ocasiones el contexto inmediato no permite que surjan de manera creíble, dada la hiperactivación emocional, la persona tiene necesidad de escindirse (Pérez, 2006). El yo invisible tiene relación directa con la anulación, se complejiza por la desconfiración, el “tú no existes” que se traduce en disociación, en este sentido, la identidad de víctima es retroalimentada entre dolor, sentimientos de injusticia y patrones relacionales y de conducta que giran en ese círculo traumático y maltratante (Linares, 2002). Desde luego que estas consecuencias también tienen una relación directa con quién es el abusador y la etapa del desarrollo (niñez, adolescencia o adultez) de la persona que sufre el abuso, así como el tipo de relación sostenida con quien maltrata (familiar o de pareja, por ejemplo).

En cambio, se ha observado que cuando se presentan catástrofes masivas el daño traumático es menor y se asocia a la naturalización de sentirse y saberse víctimas. El “dolerse en conjunto”, saberse acompañados,

comprendidos, porque el dolor tiene un lugar de validación y la experiencia de disociación y la rumiación tienen menos razón de ser (Lynn & Sugarmann, 2017). El reconocimiento social ante un hecho traumático es importante y trascendente, en función de “ser creído” como una víctima de abuso (Pérez, 2006). Y este reconocimiento se ejerce en el proceso psicoterapéutico, por la estructura y narración del acontecimiento, sin la negación de la experiencia (Linares, 2002).

Se han realizado numerosos estudios que han mostrado los efectos positivos después de un hecho traumático, ya sea por catarsis, porque se brinda coherencia y sentido interno a la experiencia, porque facilita su integración, se recibe validación y reconocimiento (Pérez, 2006). Sin embargo, las personas pueden dotar sus vidas de nuevos significados y desarrollar emociones más amigables, aun en situaciones extremas (Echeburúa & Corral, 2007). El trauma puede convertirse en una experiencia con el mayor potencial para un aprendizaje profundo de vida en su dimensión psicológica, espiritual y humana (Levine, 1999; López, 2015).

Para ello es útil el tratamiento psicoterapéutico, en el que se pueden procesar las huellas traumáticas, las sensaciones y, sobre todo, la pérdida de control sobre la persona misma. El reto es volver a adueñarse de su cuerpo y su mente, sentirse libres de saber lo que saben y sienten, tranquilos, tener calma ante las imágenes que aparecen, encontrar la forma de estar vivos interactuando con el presente y no tener que esconderse cosas a sí mismos (Van der Kolk, 2015). El trauma no es lo que pasa, sino lo que queda dentro de la persona y las emociones son un canal de información que pasa en primer plano, aparece con un sentido y un aviso que dar para actuar de forma adaptativa en términos de supervivencia (López, 2015; Rothschild, 2015). En este sentido, el “pasado sí cambia” en cuanto a la realidad psíquica, la manera en la cual la persona ha representado la vivencia traumática.

Cuando el sufrimiento se acumula y los recursos psíquicos se ven limitados en el momento de atravesar un evento traumático, se hace presente de forma dramática y la historia de traumas previos se pueden sobrellevar por medio de la psicoterapia, las huellas son duraderas y los restos mnémicos se graban como una impronta (Álvarez de Diego, 2021).

Por medio de la psicoterapia se han observado modificaciones en las relaciones interpersonales, en las que la familia o el grupo se ha cohesionado

alrededor de la desgracia, se han compartido sentimientos y se ha utilizado más el apoyo social. Además, se producen cambios en la filosofía de vida, apreciando más lo que se tiene, cambiando la escala de valores y priorizando otros aspectos, disfrutando más las pequeñas cosas, redescubriendo o reforzando la esperanza, la confianza en sí mismo y el sentido de vida (Pérez, 2006).

En materia de atención psicoterapéutica es importante intervenir a la persona con trauma de forma compleja y sistémica. Se confía en la auto-organización de los estados de la mente y las relaciones interpersonales. Se parte de la idea de que es una dinámica no predecible que debe ser procesada para no terminar en el caos, buscando siempre la salud y el restablecimiento (Levine, 1999). El foco terapéutico debe ser la experiencia psicológica del trauma y no la exactitud de los hechos. No se trata de forzar que se revele la historia o relatar la “verdad”, sino la representación psíquica de la experiencia. Desde una posición de comprensión y empatía, para que la persona logre identificarse en primera instancia como sobreviviente (Pérez, 2006; Traver, 2016).

En cuanto al ritmo de las narrativas del trauma, se sugiere nombrar y observar el estado corporal, hablar de ello, construir confianza y seguridad, preguntar cómo se siente el consultante y continuar cuando este lo considere. Es importante localizar y focalizar los cambios en la respiración, alguna opresión, la postura, la expresión facial y, con ello, comenzar a dar paso a las emociones de manera calibrada (Rothschild, 2015). Sanar el trauma implica conectar el cuerpo, la mente, las imágenes, las emociones, sensaciones y comportamientos desvinculados de los hechos y significados explícitamente almacenados. Cuando la persona comprende esas sensaciones y emociones, tanto en las narrativas como en el cuerpo, comienza a sentirse acompañada en un sentido más profundo.

Esto permite proponer una psicoterapia para el trauma que permita un cambio psíquico en las consultantes, considerando como aspecto clave su experiencia narrada con sus significados.

PERSPECTIVA DE LA TERAPIA NARRATIVA DE MICHEL WHITE PARA LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DEL TRAUMA

Este enfoque psicoterapéutico propone una deconstrucción lingüística que separa el problema de la identidad para alejar la influencia que este ejerce en las vidas de las personas. Desde una práctica narrativa, la mente no es solamente un aspecto cognitivo, sino interacciones sociales estructuradas mediante el lenguaje. Las iniciativas curativas del consultante se pueden movilizar dentro de las conversaciones terapéuticas a través de la co-construcción de un relato alternativo (Payne, 2002). El modelo constructivista parte de que la realidad es relativa y se construye mediante eventos de la vida convertidos en historias o narraciones, que cambian con el tiempo (Pérez, 2006).

La raíz de la terapia narrativa se ubica originalmente en la terapia familiar sistémica. Se parte desde una perspectiva relacional, que no prioriza el mundo interno de las personas, sino sus dinámicas (Linares, 2006). Por otro lado, también procede del construcciónismo social, el cual se enfoca en las relaciones de las personas y los paradigmas sociales y culturales, donde los discursos dominantes son los más arraigados (Díaz, 2007).

La terapia familiar interviene en las interacciones y los aspectos difíciles que hacen sufrir a los miembros (Linares, 2006). Uno de los modelos que se desprenden de estas epistemologías es la terapia narrativa. La terapia narrativa implica un acto de relatar secuencias escogidas de la vida. Aunque la mayoría de las psicoterapias implican el relato, en este modelo se incluye la re-narración desde los enfoques de White y Epston, Russell y Van den Broek (1992), Goncalves (1994), Anderson y Goolishian (1988), todas consideradas terapias narrativas. La principal referencia es el Dulwich Center en Australia, creado por Michael White (Mahoney, 2005).

Las experiencias personales están intrínsecamente vinculadas a las conversaciones sociales que rodean a la persona. Desde las múltiples voces de clientes y terapeutas, se fomenta un diálogo con la creación de nuevas narrativas que, si bien se experimentan de forma individual, también abren espacio a historias alternativas de resiliencia y relaciones dentro de gramáticas sociales y culturales más amplias (Lannamann & McNamee, 2020).

Lannamann y McNamee (2020) presentaron una propuesta relacional, colaborativa y dialógica desde la terapia familiar, como estrategia alternativa de definiciones objetivadoras de la patología. Estos autores sugieren evitar ideas preconcebidas sobre los consultantes, abriendo el espacio a una multiplicidad de voces y recursos para lidiar con el sufrimiento. Proponen generar puentes entre las voces dominantes o saturadas del problema y las no dominantes como construcciones de un relato alterno y adaptativo.

En la terapia narrativa hay un principio llamado re-descripción, que consiste en liberarse de las etiquetas impuestas y mirarse en perspectiva. Por eso, las preguntas ayudan a modificar esas etiquetas (Metcalf, 2019). En este sentido, se puede escuchar la historia si el cliente insiste y añadirle un nuevo episodio, delimitando el incidente en un momento específico de su vida y describiendo su futuro preferido. Se trata de seguir su lenguaje, entrar en su visión del mundo para conectar con ellos y luego ayudarles a escribir un nuevo relato para que puedan empezar a funcionar de nuevo.

Bajo experiencias relacionales traumáticas, la persona incorpora un sentimiento de repudio hacia sí misma por la actitud del agresor, pierde su tranquilidad y convierte la historia de sí misma en un relato confuso que domina su experiencia. Circulan y redundan los síntomas y las relaciones presentes. La vida es observada desde la asimilación que la víctima ha hecho de las imágenes y representaciones que se tienen del perpetrador, y que han adquirido la categoría de veracidad de los hechos. Debido a ello, se impone para la persona desarrollar una mirada propia (White, 2007).

En el campo general de la psicoterapia está ampliamente documentado que es necesario enfrentar los recuerdos de las experiencias traumáticas desde una perspectiva que permita reconocerse como víctima y sobreviviente, para ir más allá de estas etiquetas. En otras palabras, reconstruir y re-historizar la experiencia traumática, por lo que se alienta al consultante a co-construir el relato re-narrándolo con aspectos no contemplados previamente y enriqueciendo la comprensión de la persona sobre su propia historia.

Los significados están en función del contexto, ya que las realidades son producidas por la interpretación que hacen los miembros acerca de las circunstancias sociales. A través de su uso contextualizado en la interacción y el habla, los objetos y eventos se transforman en significados

locales, que se articulan con las particularidades de la situación (McNamee & Gergen, 1996).

El trauma se diagnostica, trata y aborda individualmente. Sin embargo, se ha considerado implementar una perspectiva ontológica social del trastorno y su gramática, desde una terapia crítica del trauma, enmarcándolo a un nivel pragmático y no descriptivo. El argumento es que los sujetos no solo describen experiencias, sino que la discusión del discurso del trauma puede incluir un ensamble de eventos para trazar un sentido de este, construyendo hechos desde una ecología social y no desde prácticas individuales (Lannaman & McNamee, 2020).

Lo importante entonces no son los hechos, sino las versiones, y la terapia implicará construir nuevas narrativas de los hechos para la construcción de una identidad personal. El concepto de persona y de identidad está referido desde una construcción interpersonal, por lo que los paradigmas respecto del hecho traumático en cada persona tienen relación con sus asunciones básicas sobre el mundo y aspectos socioculturales (Pérez, 2006).

La identidad es una visión que tienen las personas de sí mismas y como actores en el mundo. Se forma en un proceso dialéctico de la persona con su entorno y se elabora introspectivamente desde su infancia. Sin embargo, no es un atributo intrínseco, sino dialéctico. El proceso de simbolización de la identidad es constante y dinámico, partiendo de un proceso de las interacciones con los otros y con el medio, con contrastes, corroboraciones y quiebres, en los que la persona posee elementos que la distinguen. Sin esa co-construcción no existiría identidad libre del efecto traumático (Pérez, 2006).

El trabajo terapéutico debe ir cerrando el campo y pasar de la vivencia del trauma a la identidad de víctima, para seguir a la supervivencia y luego a un viviente con un hecho traumático, capaz de amar su vida en un ser que ha sobrevivido un trauma. La prioridad de la terapia narrativa es responder a la persona y no imponerle acciones. Se le hacen preguntas potenciales para identificar acontecimientos extraordinarios y fomentar la práctica del significado. Para White y Epston la lingüística es importante porque puede distorsionar la experiencia (Payne, 2002).

Es importante bloquear narraciones estereotipadas de los hechos hasta que el contexto de la terapia permita hacer una reconstrucción para

trabajar una reelaboración de estos y la construcción de narrativas alternativas bajo condiciones distintas.

La persona entiende que puede ser útil rememorar los hechos de manera estructurada, desea hacerlo y comunicarlo cuando el vínculo de apoyo se ha establecido y se tiene el tiempo suficiente en la sesión para no quedar a la mitad (Pérez, 2006). Las versiones estereotipadas deben ser frenadas, porque cada vez que se repiten entre amigos y relaciones de forma mecánica no se vuelven útiles. La mayor labor será elegir el momento adecuado para conectar con las emociones y resignificar los hechos.

La conversación acerca de un problema genera el desarrollo de nuevos significados. Dialógicamente, y con la ayuda de la hermenéutica o la interpretación del lenguaje, se puede llegar a ello. El conocimiento cambia constantemente para vincular los relatos producidos socialmente con las relaciones humanas (Arce, 2005). En el modelo narrativo se da un proceso de diálogo en los juegos de lenguaje y círculo de comprensión, otorgando el derecho a no cambiar o modificar el comportamiento y sistema de significados. El desafío está en la negociación y co-construcción de maneras de ser viables y sostenidas, como repertorios adaptativos de las personas (Arce, 2005).

Un elemento muy importante para el tratamiento de las vivencias traumáticas desde este enfoque son las conversaciones de externalización. Las conversaciones de externalización son un elemento muy importante para el tratamiento de las vivencias traumáticas desde este enfoque. En ellas, la persona se mueve al campo de acción hacia un territorio que no es del problema y se sienten menos estresados por sus circunstancias. Es cuando comienzan a verbalizar intenciones y valores que contradicen las asociaciones del problema y las metáforas que usan las personas para caracterizar el problema y su influencia, donde realizan todos los esfuerzos posibles para liberarse de él (White, 2007).

También hay que evitar la totalización de los problemas, sin definirlos en términos negativos. A veces las esperanzas de salir del problema pesan demasiado y el trabajo consiste en honrarlas, sin atarlas a un compromiso. Así, se desarrolla un mapa que sirve como declaración de posición ante los problemas o preocupaciones del consultante. El terapeuta, desde una posición descentrada, comienza a investigar y ellos verbalizan más y más, evitando posicionarse sobre los problemas y recurrir al conocimiento

experto y, con ello, una serie de intervenciones. Se nombran cuatro categorías clave (White, 2007).

1. Negociar una definición del problema, particular y cercana a la experiencia que permita desplegar habilidades para afrontar.
2. Mapear los efectos del problema en los diferentes contextos de su vida.
3. Evaluar los efectos de las actividades del problema.
4. Justificar la evaluación, con la respuesta a los por qué, pero sin los juicios morales, sino con el objetivo de asociar las definiciones del problema en su vida.

Las historias que cuentan las personas son densas en cuanto a relatos dominantes, a veces desfasados, y no incluyen acontecimientos, excepciones o desenlaces extraordinarios. Es ahí cuando el terapeuta usa la trama dominante como punto de partida y se enriquece por medio de la re-autoría, cuyo mapeo tiene relación con la construcción del significado en que las personas viven su vida. Por ejemplo, con los panoramas de acción (eventos, circunstancias, secuencia, tiempo y trama) y conciencia (entendimientos intencionales, de valores, internos y de aprendizajes o saberes), los cuales fluyen hacia la construcción del contexto que blinda de significado los acontecimientos de sus vidas y que contradicen las tramas dominantes y limitantes. Esto se resume como agencia personal (White, 2007).

En cuanto a la re-membranza y construcción de narrativas, se implican conversaciones en relación con otras personas y tiempos, pasado y futuro. Descripciones que vinculan las creencias o símbolos compartidos por múltiples voces y ayuda a dar sentido de coherencia y funcionan como puerta a posibilidades para reconstruir conversaciones terapéuticas (Pérez, 2006; White, 2007).

De esta manera se conforman significados diferentes en los síntomas (Pérez, 2006): El miedo como un mecanismo de protección ante un hecho amenazante; los síntomas intrusivos, pesadillas, flashbacks y rumiaciones como intento de su cerebro para asimilar lo ocurrido, búsqueda de una explicación; la anestesia emocional, despersonalización y extrañeza como intentos de la mente para desconectarse y poner un poco de distancia

entre el mundo, ya que se puede dar un respiro para la recuperación. La evitación como un modo de protegerse e ir afrontando de forma gradual, dosificando el dolor; el deseo de aislarse como intentos por no perder el control, dadas las circunstancias; la hiperactivación y alarma, como una atención a todo lo ocurrido; el resentimiento, como un aspecto comprensible y esperable (Pérez, 2006).

En las conversaciones de andamiaje se recorren colaboraciones sociales para que las personas tomen distancia gradual y progresiva de lo que conocen. Vygotsky propuso que el distanciamiento permitiera cadenas de asociación, y se basa en que el aprendizaje resulta de la colaboración social, que recorre la zona de desarrollo próximo y permite elaborar conceptos que funcionan para configurar la vida junto al lenguaje y sus significados (White, 2007).

ABORDAJE CLÍNICO DE UN CASO DESDE EL ENFOQUE NARRATIVO

A continuación, y para ilustrar clínicamente la intervención psicoterapéutica desde la terapia narrativa en el abordaje de vivencias traumáticas, se presentará una serie de viñetas clínicas de un caso para ilustrar la intervención temprana desde este enfoque. El material clínico será explorado mediante el Análisis de Asimilación de las Experiencias Problemáticas (APES) propuesto por Stiles et al. (1990) para evaluar el grado en el cual las experiencias relatadas han permeado la identidad de la persona y, al mismo tiempo, analizar el cambio en la intervención que, desde un inicio se dirige hacia la deconstrucción, reconstrucción y re-historización del trauma.

La escala APES está compuesta por ocho etapas, las cuales incluyen las características del cambio en el proceso terapéutico (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

1. Desconocimiento, el cliente no es consciente del problema, puede haber poco estrés, aparentando éxito evitativo con mínimo estrés.
2. Pensamientos indeseados. Pensamientos inquietantes, el cliente prefiere no pensar en ello, aunque las circunstancias los actualizan en sentimientos negativos como ansiedad, enojo, malestar.

3. Conciencia/emergencia vaga. Los clientes reconocen la existencia de la experiencia problemática y la describen como incómoda, asociada con pensamientos, pero no logran formular el problema claramente.
4. Clarificación y problema nombrado. Claro enunciado del problema, el afecto es negativo pero manejable.
5. Comprensión e insight. La experiencia problemática tiene lugar en un esquema, formulado y entendido, con enlaces de conexión. Los afectos se mezclan, algunos no placenteros y otros con sorpresa.
6. Aplicación y trabajo cognitivo. La comprensión es usada para trabajar sobre el problema, es una referencia para esfuerzos específicos de resolución y tiene efectividad. Los clientes describen alternativas.
7. Solución del problema. El cliente adquiere soluciones, el afecto es positivo y satisfactorio, orgulloso de sus logros.
8. Maestría: El cliente usa soluciones en otras situaciones. El afecto es más neutral.

El cambio se asocia con un patrón familiar de ideas y una forma de pensar, una teoría organizada, una narrativa un guion o asociación, en que se procesa un puente entre voces problemáticas y las que emergen en el proceso terapéutico, ligadas al cambio. Luego se presentará el abordaje inicial de un caso bajo los principios del enfoque narrativo, analizado a través del APES.

Se trata de una consultante mujer de 19 años, recién unida en pareja y con un hijo pequeño de año y medio. En su motivo de consulta refiere cambios en el estado de ánimo, enojos constantes con sus seres más cercanos (pareja e hijo).

En la recuperación de la historia familiar se aprecia una crianza en la que todo el tiempo era triangulada por su padre y su madre, ya que ellos han vivido en un pleito de separaciones constantes en el que ha habido violencia —en ocasiones simétrica y en otras complementaria— e infidelidades. Esto llevó a la consultante a desarrollar una alienación, en ocasiones con su padre y en ocasiones con su madre. Además, vivió agresiones y violencia también por parte de sus hermanos y medios hermanos.

En los segmentos de esta segunda sesión se recupera el análisis de la voz “el enojo en el estómago”. Se contextualiza como una reacción adaptativa en dos contextos diferentes. En su vida actual le causa muchas

dificultades con su pareja, su hijo y con las inconformidades que observa en la dinámica de la casa de sus suegros —donde ella vive—. Al deconstruir esa voz se llega a la conclusión de que “el enojo” era una manera de defenderse ante las agresiones de sus hermanos. Al finalizar la sesión, en la despedida, la consultante refiere que su medio hermano menor abusó sexualmente de ella en la infancia.

En los siguientes extractos podemos ver de qué manera la persona empieza a deconstruir esa voz del enojo en el contexto de las labores del aseo, ya que vive en casa de sus suegros, junto a su pareja y su hijo. Los turnos se identifican como “C” para la consultante y “T” para el terapeuta. Se utilizan pseudónimos y se han seguido las normas éticas de confidencialidad, anonimato y consentimiento informado para la recuperación del material clínico.

C: Porque, pues como le digo, hay cositas en la casa que pasan, que me hacen enojar.

T: Ok, déjeme ver, pues dame un ejemplo de algo que haya sucedido.

C: Este, usualmente nosotros hacemos el aseo cuando no está mi suegro por comodidad, porque yo desde que yo vivía con mis papás, no me gustaba que hubiera nadie en la casa para poder hacer aseo a gusto, me gustaba o al menos ellos se encerraban en su cuarto, mis papás y yo hacía el aseo a gusto y aquí mi suegro, aunque esté en la casa, es como que te dice “Haz esto, haz aquí”, o sea, te ve recogiendo y te manda y eso nunca me ha gustado.

T: Te anda ordenando.

C: Y pues usualmente lo hago cuando no está, es un día sí, y un día no, y se supone que mi suegra el día no... que él está, cuando él está, ella lo hace, nosotros lo hacemos un día antes, o sea, es que es camionero, trabaja rol, turnos rolados... este, y pues un día anterior lo hicimos que viene siendo, creo que el viernes, y el sábado, pues nosotros no nos tocaba hacer.

En estos turnos se puede apreciar una calificación de dos APES, un reconocimiento vago en niveles bajos de la escala. Se identifican emociones dolorosas, vulnerabilidad y un reconocimiento vago de la voz problemática (el enojo) en niveles intermedios. Además, se aprecia un asunto inconcluso con otros significativos en su familia de origen y que se retoma

al vivir en la casa de los suegros. En este punto, la voz dominante se podría enunciar como: "Hago el aseo más a gusto yo sola". En otras palabras, evita la presencia del suegro cuando hace el aseo. La voz del suegro remueve en ella aquello que ha estado evitando: sentir el enojo.

El enojo que se hizo presente en el motivo de consulta tiene un significado y una función. Para la consultante se presenta como un problema, por lo que el intercambio terapéutico fomenta encontrar el sentido de la emoción sin juicios ni etiquetas, por lo que acercarse al enojo expandiendo la experiencia de incomodidad, cuando dice "no me gusta", se comienza a negociar con la emoción, mapear en cuanto a sus efectos en el presente. En este caso, en la familia de los suegros y en cómo se manifiestan las consecuencias de la evitación. Poco a poco el diálogo se va adentrando en la voz identificada como problemática.

T: Ok.

C: Y pues mi suegra empieza a lavar los trastes, como lo normal, pues era su turno y mi suegro, como salieron y regresaron, nosotros nos quedamos en la casa, pues con el niño no podía dormir, así que lo intentamos dormir entre los dos, tardó como dos horas sin dormir y ellos llegaron y nos dijeron no, pues dijo: "Cris, estás lavando los trastes, ¿no fregaron ellos?", o sea, como diciendo que nosotros "¿No íbamos a fregar nosotros?" No, nosotros no vamos a fregar, le tocaba a su, su...

T: ¿Cris es tu suegra?

C: Ajá, mi suegra, mi suegra, es la que estaba lavando y mi suegro es el que le gritó, este, que si ellos no lavaron los trastes, o sea, aunque se fueron y regresaron y pues ella no le dijo nada y él empezó a decir de que 'Ay, Cris, ahí déjalos, déjalos ahí deja de hacer cosas'.

T: Mjm.

C: Y nosotros, 'Pero ¿por qué si es su turno?' Nosotros estábamos en nuestro cuarto y el niño apenas cayó en cuanto llegaron, también nosotros ponemos música para ambientar por sí, es que tenemos perros, ellos llegan y ladran los perros y nos lo despiertan.

En este segmento de la sesión la consultante oscila entre un nivel 1 (Pensamientos no deseados en niveles intermedios). Usa un lenguaje en segunda y tercera persona (no les tocaba a ellos el aseo) y un nivel 2 de

APES (reconocimiento vago de emociones dolorosas y vulnerabilidad). En este pasaje, la intervención del terapeuta se dirige hacia la escucha y conversación con esa voz no dominante que se aparece como un enojo.

Se sigue con el relato de cómo se manifiesta el conflicto; en la medida en que aumenta el reconocimiento de las emociones también se fomenta con las conversaciones terapéuticas el dar paso a la multiplicidad de voces, mediante pensamientos no deseados. La realidad y los discursos están asociados a las interacciones que se generan en su presente, con los significados de incomodidad e inquietud.

Cabe mencionar que, ante la vivencia de experiencias complejas, se presenta un quiebre psíquico que provoca confusión en la identidad, por lo tanto, autocuestionamientos, culpas, pérdida de autoconfianza, voces de ansiedad, autodesprecio y desconexión emocional. El camino terapéutico demanda generar la asimilación y elaboración para que el esquema confuso tenga mayor sentido. Esto se produce en un contexto que confirme y valide su discurso, sus voces y sus relatos.

T: Ok, entonces, digamos, Shantal, si te voy entendiendo bien, qué necesitas cómo ir, a ver, por ejemplo. ¿Cómo te digo esto?, digamos que estás aquí, ¿verdad?, pero tú quieras llegar acá, cómo poder ir dosificando el esfuerzo para que las dificultades que estás encontrando aquí, si te pones acá y las ves cómo sucedieron, ¿qué dirías de ellas? Digamos, aquí estás donde ya me imagino que, me imagino que vivir juntos?

C: Separados, ya.

T: Separados, me imagino que ese es un objetivo, imagínate que ya sucedió. ¿Cómo verías aquí las cosas que sucedieron acá? ¿Qué dirías?

C: Por fin, ja, ja... Pero pues intentar lograr, como que de qué, ah, qué bueno que hice estas cosas que no, o bueno, pudo haber salido mejor esta cosa, o ya sea así, bueno, las dificultades es que usualmente ya, los enojos son momentáneos, así no, no me pongo a pensar mucho en ellos, pero sí me pongo a pensar de que 'Debí haber hecho esto', 'no me debí haber comportado así porque causé algo peor', pero bueno, al menos ya estamos hasta acá, ya estamos solos.

T: Ok, por ejemplo, que si estuvieras acá y veías esas versiones, ¿cuáles dirías: Pude haber reaccionado distinto?

C: Uno como por haberle dicho con un tono más calmado porque dice que hablo muy, muy enojona, dice hablo muy enojona.

T: ¿Y sí?

C: A veces, ja, ja.

La intervención del terapeuta desafía a la voz dominante, el “enojo” comienza a externalizarse. La consultante identifica un reconocimiento vago de un cambio deseado (vivir separados). Al mismo tiempo, comienza a haber un diálogo con esa voz no dominante, a enunciar el problema,clarificarlo, lo cual sería un nivel 3 de APES. Se manifiestan “deseos y deberías conflictivos” de no enojarse, de no haber hecho esto o aquello. La voz del enojo comienza a tener una integración en la historia de la persona, a la vez que se empieza a marcar una distancia con ella. Se enuncia algo sobre lo que se puede trabajar, aunque todavía no hay una conexión con el resto de los elementos. En el siguiente pasaje de la sesión la intervención del terapeuta intenta establecer un diálogo más directo con esa voz, a través del uso de una metáfora:

T: Claro, ok, digamos que tenemos tres cerebros y uno está aquí.

C: ¿En la comida? Ja, ja ¿En la panza? Ja, ja.

T: No, en los afectos, los sentimientos, las reacciones viscerales, ¿sí lo has escuchado?, las reacciones viscerales, y aquí están las vísceras.

C: Ah.

T: A veces pensamos con el estómago cuando estamos enojados.

C: Por eso me dice el doctor que ando mala de eso, ja, ja.

T: Ja, ja, y es literal, no, no es nada.

C: Sí, que ando bien estresada, enojona.

T: Sí.

C: De hecho, me tocó aquí y yo, ‘ay, me dolió’.

T: Y ahí se siente.

C: Se sintió.

T: Porque se llena de aire y entonces se oyó un vacío, o sea, es literal, no, no es tan, tan inventado el asunto, o sea ¿te duele mucho aquí seguido?

C: A veces, más cuando quiero del baño, pero me viene un dolor insopitable, insoportable, pero, o sea, aunque haya hecho del baño ya en ese día.

T: Es estrés, ¿no? O sea, el objetivo es cómo podemos conectar el estómago, con el corazón y la cabeza ¿no?

C: Los tres cerebros.

Las respuestas de la consultante ante la metáfora propuesta por el terapeuta se orientan hacia establecer una conexión entre los síntomas sómicos y el enojo que siente. Se trata de un nivel 3 de APES, en el que se empiezan a reconocer deseos y deberías conflictivos, y el cuerpo empieza a expresarse y se establece un diálogo que pretende enunciar el problema, clarificarlo. El terapeuta le proporciona una base sobre la cual nombrarlo: estrés. La idea de los tres cerebros, más allá de sus componentes empíricos-científicos, se ofrece como una forma de integrar esa voz del enojo en una totalidad mayor, una remembranza, que en un juego de palabras quiere “reunir los miembros” (*re-member*, en inglés).

Se han establecido puentes entre emociones, significados y corporalidad. Se intenta establecer la conexión con el lenguaje. Ahora se habla del estado corporal, de la emoción, comienza a sentir libremente, ya se ha nombrado, bautizado y externalizado la voz: el enojo. La externalización permite sacar el problema de la identidad y poderlo observar sin percibir riesgos, ya que es un ente ajeno. Así, se puede delimitar cómo actúa, con quiénes, en cuáles dinámicas relacionales y bajo qué funcionamientos. Además, se integra en la experiencia para agrupar y dar término a la visión fragmentada y confusa.

Es importante recordar que la integración corporal, lingüística, emocional y experiencial en cuanto sus dinámicas relacionales, abre camino al aprendizaje esperado, para completar esos huecos olvidados, perdidos de vista. Por medio de la co-construcción terapéutica en forma de preguntas e intervenciones más directivas, los elementos de la historia se agrupan para tener una mirada de sí mismos con esperanza, pensando en un futuro posible, reflexionando desenlaces inesperados, sin que el problema esté presente en su vida.

En el siguiente extracto, el terapeuta le propone a la consultante la externalización del problema, a través de bautizarlo con un nombre con el cual lo identifique.

T: Ok. ¿Cómo lequieres poner a esto que sientes aquí? ¿Qué nombre? Ponle un nombre, Shantal.

C: De que, nombres con G, no sé por qué.

T: ¿Con G? ¿Qué nombre lequieres poner? A eso que sientes aquí.

C: Pues un George.

T: Ok, George, ok.

C: Así como un George, así con G.

T: Ok, George, y ¿cuántoquieres a George en tu vida?

C: Pues no mucho, ja, ja.

T: Ja, ja, ya lo estás identificando.

C: Sí, un poquito ya.

T: ¿Si pudieras hablar con él, ¿qué le dirías si pudieras hablar con George?, ¿qué le dirías?

C: Ya cálmate un poquito.

T: Cálmate un poquito.

C: Este, hay situaciones que no te deberías de enojar, ja, ja.

T: Ok, ok.

C: Como, o al menos contrólate, quédate un ratito, ahí, luego platicamos, luego me dices qué pasó, ya te digo una solución.

Las respuestas de la consultante se ubican en el nivel 3 de APES, tratando de enunciar y clarificar el problema. A través de la externalización es posible notar que se empieza a establecer este diálogo entre la voz dominante (“Cálmate un poco”) y la necesidad de molestia. El diálogo no siempre es sintónico, aparecen de manera textual “los deberías” conflictivos. En esta fase previa al insight no se establecen conexiones que permitan a la consultante encontrar explicaciones alternativas a la que ha permeado la identidad (Soy una enojona). En los siguientes turnos de la sesión el terapeuta se mueve hacia la búsqueda de conexiones de este personaje en el relato de la consultante.

T: Ok, ok, o sea darle un espacio donde puedas hablar más tranquilamente con George, y ¿desde cuándo lo identificas en tu vida?

C: ¿Desde cuándo llegó?

T: Sí, ¿desde cuándo está acompañándote, Shantal?

C: Pues creo que desde mi casa, cuando vivían mis hermanos conmigo.

T: ¿Sí?

C: Sí, es que mis hermanos solamente me hacían mucho de vagancias.

T. Sí, ¿de qué tipo?

C: Pues le tengo fobia a las arañas porque mi hermano me aventaba las arañas a la cara.

T: ¿Pero eso es fobia o es trauma?

C: Pues miedo, a lo mejor es un trauma, ja, ja.

T: Eso es un trauma, ¿no?

C: Sí, o me las arrimaban o a veces 'Ten te voy a dar algo' y me las daban en la mano.

T: ¿Y esas andan en las?

C: Las patonas.

T: Esas que no hacen nada, pero pues ves la araña ahí.

C: Sí, y yo chiquita, yo creo que tenía como unos seis años y consecutivamente, después los años me fueron haciendo más bromas.

T: Y eso, pues no está padre, ¿verdad?

C: No.

Las respuestas de la consultante empiezan a moverse ligeramente en el nivel 4 de APES, tratando de encontrar las raíces históricas del problema, reconociendo un afecto desagradable. El “enojo” comienza a enmarcarse en una situación entre hermanos en la que la consultante era objeto de “vagancias” que le generaban miedo. Es importante notar el intercambio de términos entre consultante y terapeuta entre “fobia” y “trauma”. La comprensión de la primera situación posiciona a la persona en una falta de explicación lógica, ya que por definición una fobia es un miedo exagerado o irreal, mientras que una vivencia traumática se ubica en un contexto relacional específico, en el cual las “vagancias” iban aumentando. La deconstrucción de términos en situaciones como esta es importante en el proceso de clarificación del problema. En ese último extracto se puede apreciar una explicación alternativa a la función del “enojo” en la vida de la consultante.

T: Bueno, a veces pasa así, a ver, cómo puedes ver (incomprensible) que hay con una relación, hay relaciones tóxicas, ¿no? Que ya no quieres estar

con la persona, sabes que te hace daño, pero ahí sigues. ¿Te estará pasando algo así como con George?

C: Sí.

T: Que una parte de ti ya le tomó cariño, que a lo mejor te gusta ya sentirte enojada, a veces.

C: Pues no, porque a veces me duele bien feo la cadera.

T: O qué, para que vean que sí se defenderme.

C: Pues eso lo hacía con mis hermanos, me acuerdo.

T: O sea, a lo mejor en ese contexto sí te servía, ¿no?

C: Sí, en esos contextos sí me servía, pero acá no.

En este intercambio de turnos se puede apreciar un diálogo esclarecedor que intenta seguirse moviendo en el nivel de la comprensión (Nivel 4 de APES). En su intervención el terapeuta corrige los términos, y la nominación que es aceptada es la del uso y no la del gusto. El “enojo” era una forma de defenderse de sus hermanos y que en ese contexto tenía una utilidad. La labor de insight en este pasaje se formula en una co-construcción en que la voz no dominante comienza a tener conexiones históricas y relaciones, más allá de concebirlo como un atributo de la persona. Hacia el término de esta sesión la consultante se despide con una revelación que no se tocó en la sesión: su hermano abusaba de ella sexualmente en la infancia. De esta manera, el trabajo posterior se sitúa en la atención de vivencias traumáticas por haber sido víctima de abuso. Una vez mostrados estos diferentes episodios, pasaremos ahora a unas conclusiones preliminares que pueden ser de utilidad clínica.

CONCLUSIONES

Crecer en contextos maltratantes genera dinámicas de triangulación. La persona no logra nombrarse a sí misma sin las voces de quienes la agredieron, como si fueran mandatos o introyectos de identidad. Las respuestas traumáticas se replican ante la percepción de amenazas, activando el miedo y el enojo implicados en la experiencia. Lo que ni siquiera ha podido nombrarse contextualmente comienza a identificarse mediante el proceso psicoterapéutico, narrándolo desde su circunstancia y evitando las connotaciones negativas, focalizando el servicio de adaptación y

supervivencia en el pasado y confrontándolo con el presente. Esta es una de las funciones del cerebro triuno. Este recurso práctico se enmarca dentro de la epistemología de la externalización, como uno de los primeros momentos que señala la terapia narrativa en la deconstrucción de las voces problemáticas.

La voz de la emoción del enojo y lo que trae como aprendizaje se articula como una metáfora relacional entre aliados que fueron útiles en su momento, pero que en el presente generan desadaptación. Ahora que el problema se desinstala por la narración de su identidad, la persona podrá decidir cuándo utilizar el enojo del estómago y cuándo utilizar el enojo del pensamiento, desarrollando así agencia sobre el problema. De alguna manera, se comienza a re-historizar y reescribir la historia dominante.

Se propicia un nuevo significado en la emoción del enojo por medio de sus funciones adaptativas y de supervivencia, esto fue una de las tareas de reautoría utilizando el conocimiento experto. Es preciso encontrar su sentido, porque las voces de las emociones concretan aprendizajes de vida. Sin embargo, también exigen reflexiones y aplicaciones para que las respuestas sean funcionales en sus dinámicas relacionales. Al hacer esta diferenciación se puede asumir gradualmente la decisión y con ello la percepción de control y una identidad confiable consigo misma, reconociendo y utilizando la voz del problema en función de supervivencia, de acuerdo con los objetivos de cada contexto y circunstancia. Esta es la reescritura de las experiencias traumáticas.

La consultante expresó haber vivido abuso sexual. De ahí que la sintomatología y las narraciones, los silencios, las historias inconclusas y las emociones confusas impliquen una hiperactivación de la amígdala, dificultando el afrontamiento emocional. Si sucedió en la infancia, la identidad se ha visto vulnerada por la experiencia. Estas son parte de las reacciones psicológicas frente al nexo entre violencia y estrés.

Es posible que la dificultad para narrar las experiencias emocionales tenga relación inmediata con la vergüenza y la imposibilidad de decir y resolver reflexivamente el enojo, ya que se pierde la confianza con el mundo que le rodea, sobre todo consigo misma. Por lo que externalizar y realizar un mapa de negociación entre las afectaciones cotidianas y valoraciones del problema en su vida le permitió colocarse una posición de agencia frente a sí misma.

Por otro lado, si la consultante decidió iniciar un proceso terapéutico identificando conflictos en su vida presente, específicamente la presencia del enojo y las dificultades por ser víctima de maltrato y triangulaciones en su familia nuclear, se asumen definitivamente como consecuencias en sus dinámicas relacionales. A la vez, se repiten respuestas no adaptativas, con sensaciones corporales, miedos y enojos activados que conllevan el mismo patrón inicial.

Por medio del APES se ha logrado observar de manera microscópica, con fluctuaciones del relato en una sesión terapéutica, cómo son los intercambios que integran los cambios en la posición subjetiva de la persona, con la terapia narrativa, por medio de externalización, reconstrucción y re-historización.

Los significados que surgen a partir del enfoque presentado llevan a la consultante a la posibilidad de vivirse como agente de su propio cambio, comprendiendo y luego completando sus narraciones, para asumirse desde otra posición. Esto es parte de un cambio de paradigmas que permite sentirse confiada consigo misma y, a partir de ahí, continuar la vida como sobreviviente y eventualmente ir más allá de estas etiquetas.

REFERENCIAS

- Álvarez de Diego, M. (2021). Vivir después del trauma. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, (105), 107–128.
- Arce, L. (2005). *El giro interpretativo de la psicoterapia*. Pax.
- Amnistía Internacional. (2023). *Informe 2022/23 Amnistía Internacional: La situación de los derechos humanos en el mundo*. Número de índice: POL 10/5670/2023. <https://www.amnesty.org/es/documents/polio/5670/2023/es/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a Ed). Editorial Médica Panamericana.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. (2022). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Díaz, R. (2007). *El Modelo Narrativo en la Psicoterapia Constructivista y Construcciónista*. Círculo de Psicoterapia Constructivista (Cipra). <http://www.cipra.cl>.

- Echeburúa, E., & Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Ansiedad y estrés*, 2(3), 249–264.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? En *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387. <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/intervencionencrisis.pdf>.
- Honos-Webb, L., Stiles, W., Greenberg, L., & Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 265–286.
- Janet, P. (1990). Histoire d'une idee fixe. *Revue Philosophique*, 37(1), 121–163.
- Lannamann, J., & McNamee, S. (2020). Unsettling trauma: from individual pathology to social pathology. *Journal of Family Therapy*, 42(3), 328–346. <https://doi-org.ezproxy.iteso.mx/10.1111/1467-6427.12288>
- Levine, P. (1999). *Curar el trauma*. Ediciones Urano.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Paidós Ibérica.
- Linares, J. L. (2006). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Paidós.
- Lynn-Whaley, J., & Sugarmann, J. (2017). *La relación entre violencia comunitaria y trauma: cómo la violencia afecta el aprendizaje, la salud y la conducta*. Violence Policy Center. <http://www.vpc.org>
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructiva*. Paidós.
- Martínez, J. (2010). Repensando el concepto de trauma. Una redefinición desde los aportes del Psicoanálisis Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(3), 542–561.
- Martínez, A. (2016). La violencia: Conceptualización y elementos para su estudio. *Redalyc Política y Cultura*, (46), 7–31. <https://www.redalyc.org/pdf/267/26748302002.pdf>
- McNamee, S., & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Paidós.
- Metcalf, L. (2019). Terapia narrativa centrada en soluciones. Descléé de Brouwer.
- ONU (2023). *Informe sobre la violencia*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/1918255s.evolving_forms.004.pdf

- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Paidós Ibérica.
- Pérez, P. (2004). El concepto del trauma y de respuesta al trauma en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 20, 29–36. http://www.pauperez.cat/component/option.com_docman/task_doc-details/gid.22/Itemid.8/Lang.Castellano/
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Desclee de Brower.
- Posada, R., & Parales, C. J. (2012). Violencia y desarrollo social: más allá de una perspectiva de trauma. *Universitas Psychologica*, 11(1), 255–267.
- Rothschild, B. (2015). *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment* (edición en español). Eleftheria
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Subsistema de Información de Gobierno, Seguridad Pública e Impartición de Justicia (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* [Conjunto de datos]. Inegi. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa* (1a ed.). Paidós Ibérica.
- Traver, F. (2016). *La traumática historia del trauma*. Academia.edu. https://www.academia.edu/30347790/La_traum%C3%A1tica_historia_del_trauma
- Van der Kolk, Bessel (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Eleftheria.
- White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. W. W. Norton.