
REMOVIENDO LOS RECURSOS OCULTOS DEL (DE LA) TERAPEUTA: PERMITIDO IMPROVISAR

Removing the hidden resources (de la) therapist: permitted improvise

Cynthia Ulloa Hernández*

Resumen

En el presente trabajo, se revisa el concepto de improvisación en psicoterapia. Se describen los conceptos de terapeuta efectivo(a) e improvisación, distinguiendo los recursos que influyen en que ambos elementos se vinculen, deviniendo en el éxito psicoterapéutico. Se describen 3 metodologías creativas de trabajo terapéutico. Se revisó literatura proveniente de la psicología y de la política y se concluyó que un (a) terapeuta efectivo que improvisa exitosamente, establece un vínculo positivo con la persona y hace uso flexible de la técnica psicológica y de sus propios saberes en función de las necesidades presentes de la persona atendida. Finalmente, se plantean algunas reflexiones para visibilizar la influencia transversal que ejercerán el paradigma, el género y la clase en el proceso terapéutico.

Palabras clave: Psicoterapia, improvisación, terapeuta efectivo(a).

Abstract

In this paper, the concept of improvisation in psychotherapy is reviewed. The concepts of effective therapist (a) and improvisation are described, distinguishing the resources that influence both elements are linked, becoming in the psychotherapeutic success. 3 Creative methodologies therapeutic work are described. Literature from psychology and policy was reviewed and it was concluded that a (an) effective therapist improvising successfully establishes a positive link with the person and makes flexible use of psychological technique and their own knowledge based on the needs presents person served. Finally, some thoughts are raised to visualize the cross-influence exercise paradigm, gender and class in the therapeutic process.

Keywords: Psychotherapy, improvisation, effective therapist (a).

* Psicóloga dedicada al trabajo en Convivencia Escolar. Santiago de Chile, cynthia.ulloa.h@gmail.com

Como se ve en el cuadro, para que un terapeuta sea efectivo(a), debe hacer uso tanto de recursos disciplinares como personales, tales como: dominio técnico, comunicación lúdica, irreverencia, creatividad y actitud positiva (empatía, aceptación incondicional, autenticidad y escucha activa) de una manera flexible. Estos recursos serán puestos en acción en la interacción con la persona/cliente y deben ser actualizados en función de lo que suceda momento a momento (temporalidad presente), teniendo siempre consciente la influencia del paradigma desde el que se posiciona esta relación y las variables de género y clase social, que serán transversales a este posicionamiento, a la relación terapéutica y a la problemática con que llega la persona a terapia. Si todos estos elementos se desenvuelven armónicamente, entonces, es posible que emerjan como resultado, procesos exitosos de improvisación.

2. TERAPEUTA EFECTIVO (A)

Tomar un poco de distancia de la técnica y utilizar la espontaneidad que emerge de la sensibilidad terapéutica, transmitirá una imagen confiable, la cual conectará irremediamente con una afectividad positiva por parte de la persona y disminuirá las resistencias a la terapia (Mussi), 2005. El mismo autor sostiene que la resistencia del (de la) paciente es directamente proporcional al grado de inflexibilidad del (de la) terapeuta. Esto es muy relevante, debido a que, tal como indican Beutler y Clarkin (1990), el resultado terapéutico estaría ligado a lo que el (la) terapeuta transmite. Este resultado sería también producto de una actitud terapéutica cálida, optimista, interesada y aceptadora; de la capacidad de encuadrar correctamente la terapia (establecer un contrato que especifique el curso, la duración, y el proceso de la terapia, incluyendo los roles de ambos), el ejercicio de habilidades terapéuticas para considerar el enojo del paciente sin ponerse a la defensiva y, finalmente, el uso de la imaginación creativa, que corresponde a la actitud de curiosidad y entusiasmo durante los procesos de descubrimientos.

De acuerdo a Mussi (2005), un(a) terapeuta efectivo(a), se destaca porque reconoce la presencia de los sentimientos del (de la) paciente, expresa una comprensión auténtica sobre éstos, logra una

comprensión fenomenológica de los significados y percepciones del (de la) paciente, es conocedor(a) experto(a) y no autoritario, comunica un interés genuino sobre el sufrimiento del (de la) paciente, expresa aceptación por características inusuales, temidas o inaceptables para el (la) paciente y finalmente, es confiable, es decir, mantiene los compromisos contraídos con el paciente.

Muy por el contrario, un(a) terapeuta no efectivo, sería aquel que critica o corrige a un(a) paciente, juzga el bien y el mal, asume que sabe lo que el (la) paciente piensa o cree, trata de convencer al (a la) paciente para que cambie de opinión, desacredita o minimiza el punto de vista del (de la) paciente sobre lo que es real o valioso, interrumpe el fluir de ideas y sentimientos del (de la) paciente priorizando sus necesidades personales a las del (de la) paciente, viola las expectativas de confianza del (de la) paciente y finalmente, se pone a la defensiva y se enoja por la expresión de ideas o sentimientos del (de la) paciente (Mussi), 2005.

Siguiendo con la misma idea Beutler y Clarkin (1990) sostienen que los (las) mejores terapeutas son aquellos(as) que pueden poner en juego los siguientes recursos:

- a) pueden elevar la intensidad de la sesión creando emoción;
- b) son capaces de cambiar lo que hacen para adaptarse a cada paciente;
- c) agregan a la psicoterapia otros tipos de tratamiento;
- d) logran involucrar más al (a la) paciente con el tratamiento;
- e) evalúan bien la resistencia del (de la) paciente y pueden ser no-directivos(as) con los (las) pacientes resistentes; esto es, pueden seguir al (a la) paciente en vez de guiarlo.

Estos autores han formulado un conjunto de elementos que favorecen el éxito terapéutico. A saber:

1. Actitud de aceptación positiva incondicional, comprensión empática, cuidado por el otro, confianza en uno mismo y paciencia,
2. Conocimiento técnico
3. Disponibilidad de herramientas físicas, como contar con un lugar seguro y de fácil acceso.

4. Adecuado manejo del tiempo y de las estrategias de intervención, es decir, “cuándo hacer qué con quién” y, finalmente
5. Imaginación y creatividad, desarrollando nuevas ideas y aplicándolas de manera creativa y flexible.

Esta respuesta “improvisada” y flexible requiere herramientas previas que le permitan tomar aquello que en el momento resulta oportuno y útil al curso de la terapia. Es decir, un(a) buen(a) terapeuta sabe muchas cosas, no sólo de psicología, pero tiene un objetivo claro y para llegar a él se sirve de ocupar lo que estime prudente para alcanzarlo. De esa manera: dibujar, actuar, pasear, hablar, dejar de hablar, ver un video, jugar un partido de futbol, tejer, contar una anécdota, etc. están permitidos, si y solo si, cooperan al fin último de la terapia que es el cambio terapéutico y el aumento del bienestar de la persona y su entorno.

Para alcanzar la soltura necesaria para la improvisación, se requiere confianza, experticia y saber, pero saber tanto de terapia como de lo que pasa fuera de ella, lo que pasa en las calles, en los cines, lo que dicen los libros y la televisión, lo que hay en el mundo de los/as clientes, y eso plantea un desafío doble a los/as terapeutas: jamás descuidar su actualización teórica ni desaprovechar su tiempo libre. A continuación, se realizará una revisión del concepto “improvisación”.

3. REVISANDO EL CONCEPTO DE IMPROVISACIÓN

La improvisación es un concepto que ha sido ampliamente abordado desde el campo de las artes, particularmente las escénicas y musicales. Rendón (2008), se refiere a la improvisación teatral como la “facultad de inventar, de hacer de la nada, de crear al instante” (p.87). Sostiene que es una habilidad característica del ser humano creativo, sea cual sea su condición. Es también la agilidad de expresar en un corto tiempo, un mensaje claro, utilizando como principales recursos la imaginación, la creatividad y la intuición. La improvisación es un compendio de destrezas adquiridas (por la persona) mediante el desarrollo continuo y disciplinado de su arte, siendo aplicadas de una forma oportuna para la solución de

conflictos de una manera veloz, hábil y eficaz (Rendón, 2008, p.87).

Sánchez de León (2011), otro autor proveniente del mundo de las artes específicamente del jazz, sostiene que la improvisación tiene que pasar por un proceso de digestión y maduración, antes de ser presentada, [además] se debe conservar una sola línea temática. La intención es conseguir una exposición original y viva, utilizando las ideas que se van presentando durante el desarrollo del discurso. El estar sueltos, libres y entusiastas, ayuda en la improvisación y también lo hace aportar con una cuota de humor. En todos los casos [hay que] respirar, tomarse unos momentos de silencio (Sánchez de León, 2011, p.160).

4. RECURSOS ÚTILES PARA CONSEGUIR UNA IMPROVISACIÓN FRUCTÍFERA: DOMINIO TÉCNICO, COMUNICACIÓN LÚDICA, IRREVERENCIA, CREATIVIDAD Y ACTITUD POSITIVA.

A partir de los elementos revisados (factores que influyen en una terapia efectiva e improvisación), se pueden distinguir 5 conceptos con que estos dos elementos se articulan y actúan.

4.1 Dominio técnico

La psicoterapia no sólo consiste en un encuentro humano, sino que se trata un espacio de acompañamiento sostenido en el tiempo en que el (la) terapeuta facilita el proceso de un(a) otro(a) que requiere trabajar aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y/o espirituales de su vida. Para ello, el (la) terapeuta dispone su saber técnico y emplea métodos con fundamentación teórica. Todas las psicoterapias se basan en la relación entre terapeuta y paciente, así como en la utilización de procedimientos y técnicas específicas. (Ministerio de Salud y Política Social, 2009).

A pesar de la dispersión que hay en el campo teórico y técnico en psicoterapia, las diferentes prácticas psicoterapéuticas podrían encuadrarse dentro de cinco grupos principales: el enfoque conductual, cognitivo, psicodinámico, humanista y familiar (sistémico). Existen otras terapias que tradicionalmente no se han incluido en estos cinco grupos, pero que paulatinamente han ido acumulando conocimiento y

desarrollo científico, algunas serán examinadas más adelante. Todas ellas se inician con una evaluación y formulación o conceptualización clínica del problema o problemas que presenta la persona, como guía de la estrategia psicoterapéutica. Además, todos los enfoques señalados comparten principios generales, tales como la necesidad de establecer una alianza terapéutica con la persona y una relación colaborativa dirigida a los objetivos de cambio que se han propuesto (Ministerio de Salud y Política Social, 2009).

4.2 Comunicación lúdica

La comunicación lúdica, es una herramienta que ha sido promovida por la terapia narrativa para el trabajo con niños(as), sin embargo, puede ser llevada también a otros grupos etarios. Los autores Freeman, Epston y Lobovitz (2001), sostienen que el juego permite a las personas aportar sus propios recursos y eso les parece fascinante, de forma tal que es posible crear nuevos relatos menos colmados de problemas, permitiéndoles ocupar otras formas de expresión más propias de ellos(as) mismos(as). Para este trabajo creativo es necesario conocer a la persona al margen del problema, entusiasmarse con sus habilidades, conocimientos, características e intereses, logrando re-narrar historias alternativas y de esperanza, que rescatan sus potencialidades y fortalezas. Como se ve, los autores ocupan las formas de expresión de las personas atendidas para articular su propia intervención, de forma tal que la imaginación de éstas, su curiosidad, interés por las historias fantásticas, entre otros de sus recursos, pasan a convertirse también en herramientas del propio terapeuta.

4.3 Irreverencia

Otra temática afín ha sido el concepto de irreverencia abordado desde la escuela de Milán. Los autores Cecchin, Lane y Wendel (2002), proponen que un(a) terapeuta debe estar familiarizado(a) con diferentes posturas teóricas y ser experto(a) en una de ellas, siendo el entusiasmo de éste(a) por cierto enfoque lo que le permite aproximarse a una familia o persona, manteniendo al mismo tiempo una dosis de respeto y curiosidad. Al cuestionar los supuestos de su propia intervención el (la) terapeuta requiere cierto grado de irreverencia y una cuota de buen humor pues será la irreverencia la que le permitirá dar una vuelta circular sobre su propia práctica y librarse de las

limitaciones de sus marcos teóricos y de las hipótesis que acostumbran a emplear con sus clientes o familias, para conseguir posteriormente, volver a generar las preguntas más básicas que emergen de la curiosidad recientemente mencionada.

Así, tal como sostiene Zlachevsky (1996), el (la) terapeuta no sabe qué le pasa al cliente o sistema familiar, pero sí es experto(a) en hacer preguntas, sosteniendo que no saber dónde, cómo y cuándo le duele, lo que le duele al sistema consultante, lleva a lo único que puede hacer [el (la) terapeuta] que es preguntar, no dar nada por supuesto, y tratar de no caer en la trampa de adivinar los significados de quienes vienen a consultar (Zlachevsky, 1996, p.10).

4.4 Creatividad

La creatividad como parte del proceso psicoterapéutico es un aspecto que también ha sido trabajado, ya que se presenta como un área que genera controversias al momento de diferenciar lo “novedoso” de lo “patológico”, por ende, su abordaje influye sobre la elección de las técnicas o elementos útiles para usar en sesiones y su definición colabora en discriminar el límite en que una persona se encuentra más integrada (en términos de salud mental) ó el problema le ha invadido.

Maslow (1971) reconoce que la capacidad de ser creativos(as) se refiere a la tarea de transformarnos en personas que no necesiten paralizar el mundo, congelarlo y estabilizarlo, que no necesiten hacer lo que los padres hicieron, que sean capaces de afrontar con confianza el mañana sin saber que les traerá, lo bastante seguros de nosotros mismos para poder improvisar en una situación que jamás ha existido (Maslow, 1971, p.85).

También señala que existen dos tipos de creatividades la primaria que corresponde a la inspiración, a la idea y la secundaria que consiste en el proceso de llevarla a cabo (apoyada tanto en las virtudes de la persona como en su creatividad). La persona creativa (podríamos agregar la persona inspirada o que improvisa), está absorta en el presente, perdida en su aquí y ahora, viviendo ese momento con éxtasis, raptó y exaltación. A partir de esta definición, cabe preguntarse, ¿Cómo fomentar la capacidad creativa en las personas? (Landau) 1987).

Tal como reconoce Martin (2007), el(la) psicoterapeuta en formación se entrena desde el principio para desarrollar algunas destrezas que facilitan una actitud creativa, tales como la tolerancia a la ambigüedad, ser receptivo/a a las experiencias internas y externas, plantearse preguntas (disponerse en actitud de curiosidad o ignorancia), ser flexible, mostrar autoconfianza, perseverar en los intentos de solución y explorar nuevos caminos y, finalmente ser sensible a los problemas que obstaculizarían los objetivos terapéuticos. En un trabajo previo y en línea similar a Martin, Nickerson (1999), citado en Martin, (2007) propone algunas sugerencias en relación al desarrollo de la creatividad en los(as) niños(as). Estas recomendaciones pueden ser llevadas a la formación y al trabajo de los(as) psicoterapeutas, para desarrollar habilidades creativas. A saber:

- Clarificar propósitos e intenciones de las acciones (tanto para sí mismos(as), como para las personas que atiende, de manera que los objetivos sean congruentes con las necesidades de éstas)
- Adquirir conocimientos de otros dominios (artes, oficios, profesiones, etc.)
- Estimular la curiosidad (ser más observador(a), buscar nuevas explicaciones, jugar con las ideas)
- Disponerse al riesgo y desafiar el miedo a fallar o hacer el ridículo (resignificando los errores como oportunidades de aprendizaje)
- Conocer los propios puntos débiles y fuertes y finalmente,
- Encontrar un punto de equilibrio entre libertad y estructura.

Según (Varas, s/a) la creatividad terapéutica se va desarrollando a medida que se madura como terapeuta, de modo que la persona cobra más confianza a través del ejercicio sostenido de su propio quehacer. Así, los (as) terapeutas se irían autoestructurando cada vez más conjuntamente con esa capacidad observadora y creativa, siempre y cuando se mantengan con una actitud completamente fenomenológica.

4.5 Actitud Positiva: Empatía, Aceptación Incondicional, Autenticidad y Escucha Activa

4.5.1 Empatía

Se entiende la empatía como la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta, y de saber comunicar a la persona interesada esta comprensión. Este ejercicio implica ingresar al marco de referencia de la persona y desde ahí interpretar sus sentimientos, percepciones y acciones y las implicancias emocionales, cognitivas y conductuales que tienen en su vida. Posteriormente, es relevante transmitirle a la persona que se ha realizado este esfuerzo, para que se sienta comprendido(a), para lo cual sirve la escucha activa y otras herramientas, tales como: abordar aquello que es más importante para la persona, formular preguntas clarificadoras, utilizar paráfrasis, síntesis y recapitulaciones, emplear el reflejo, entre otras (Bados y García, 2011; Gómez, 2010).

4.5.2 Aceptación incondicional

La aceptación incondicional implica aceptar a la persona tal como es, y valorarle como merecedora de dignidad, dejando a un lado los juicios morales y recibiendo su propia manera de vivir, con una actitud de acogida. Esto implica respetar al otro, aún cuando la propia postura del (de la) terapeuta pueda ser contraria a la de la persona. Este asunto es relevante, porque favorecerá que la persona se sienta segura y aprenda de sí mismo(a) (Bados y García, 2011; Gómez, 2010).

Existirían distintos niveles de aceptación, desde la desaprobación del (de la) terapeuta hacia la persona hasta la aceptación sin condiciones. Los componentes de esta herramienta terapéutica serían el compromiso hacia la persona (demostrar interés y disposición de ayudar) y, esforzarse por comprender (escuchando activamente, preguntando y contrastando información) Bados y García (2011).

4.5.3 Autenticidad

La autenticidad es la coherencia entre lo que la persona es y lo que piensa, percibe y comunica Gómez (2010), implica mostrarse tal cual es, comunicando los propios sentimientos y experiencias internas. Un(a) terapeuta efectivo(a), expresa algo de sí mismo(a), sin invadir el campo de la persona y sin caer en excesos.

Simplemente, se muestra honesto(a), respetando la expresión del otro(a), pero expresando sus opiniones y sentimientos siempre que éstos sean pertinentes al beneficio del (de la) otro(a). La situación terapéutica requiere saber qué decir o expresar, cómo y en qué momento (Bados y García, 2011).

4.5.4 Escucha activa

Como la terapia es un proceso de comunicación, es inevitable asumir que su condición básica es que exista un emisor, receptor, canal y un mensaje (para una mejor comprensión de los modelos de la comunicación, revise autores como Aristóteles, Shanon y Weaver, Berlo, Laswell, Habermas, entre otros).

En psicoterapia, la actitud del (de la) terapeuta debe ser de atención y escucha para generar un clima de confianza, asegurando que, finalmente, el mensaje llegue lo más íntegro posible. Esta actitud de escucha no corresponde a la de un receptor pasivo, sino a la de un agente activo que recibe, elabora y refleja. Al disponerse con una actitud de escucha activa, se facilita que las personas hablen sobre sí mismas y sus problemas y comuniquen información relevante; aumentando así la probabilidad del (de la) terapeuta de comprender mejor el mensaje; potenciando la relación terapéutica y la responsabilidad de la persona con su proceso de cambio (Bados y García, 2011).

Para estos mismos autores, la escucha activa implica tres actividades:

1. *Recibir el mensaje*, lo que implica atención e interés por el mismo.
2. *Procesar los datos atendidos*, discriminando lo relevante de lo accesorio y estableciendo su significado. Es importante ser consciente de los propios valores y sesgos, que estarán interfiriendo en la lectura del mensaje.
3. *Emitir respuestas de escucha*, para confirmar que se está siguiendo con interés el curso de su relato.

Siguiendo la revisión de los mismos autores (Bados y García, 2011), se encuentran algunos obstáculos para la escucha eficaz. Estos son: no tener interés por la persona o sus problemas; juzgar sus mensajes; experimentar reacciones emocionales

ante el comportamiento del paciente; distracciones asociadas con las propias preocupaciones; interrumpir de forma innecesaria; no respetar los temas que son importantes para la persona; formular hipótesis firmes con pocos datos y atender selectivamente a los datos que las confirman; responder a la información que la persona todavía no ha comunicado formulando preguntas antes de tiempo; realizar interpretaciones u ofrecer sugerencias de forma prematura; la presión autoimpuesta del (de la) terapeuta para resolver problemas o encontrar respuestas; variables situacionales como el exceso de calor o frío, el ruido o la hora del día; y, finalmente, no encontrarse bien o sentirse cansado.

5. TENDENCIAS EMERGENTES SURGIDAS A PARTIR DE LA IMPROVISACIÓN: DANZA MOVIMIENTO TERAPIA, JUEGO TERAPÉUTICO y DIÁLOGO CON LOS ÓRGANOS.

Ciertas tendencias en psicoterapia se han iniciado gracias a que algunas personas incorporaron creativamente sus diversas áreas de interés al trabajo clínico, cruzando el umbral de aquello considerado “posible” o “correcto”. Su capacidad de utilizar herramientas impensadas, sin despreciar el trasfondo teórico que sustentó su actuar, ha permitido que algunas de estas prácticas hayan resultado exitosas para las personas atendidas, y pudieran mantenerse en el tiempo, llegando incluso a estructurarse y fundar escuelas para su divulgación. A continuación, se revisan 3 ejemplos: danza movimiento terapia, juego terapéutico y diálogo con los órganos.

5.1 Danza Movimiento Terapia

Una forma de terapia es aquella que incorpora el arte como una línea de trabajo inusual convirtiendo este recurso en una útil metáfora. En esta línea se encuentra la Danza/movimiento terapia que según Reca (2005), proviene de la corriente psicoanalítica y surge alrededor del año 1950 cuando Marian Chace en Estados Unidos, empezó a utilizar la danza con pacientes psicóticos, probando un método que permitía la comunicación con ellos(as) a partir del movimiento. Actualmente, esta terapia se define como “el empleo psicoterapéutico del movimiento en un proceso que posibilita la integración física, emocional, cognitiva y

social del individuo” (Reca, 2005, p.17). En este tipo de procesos, el movimiento se convierte en la herramienta de terapia, así como en las terapias verbales lo es la palabra. El (la) terapeuta se encarga de “espejar”, lo que quiere decir que empatiza kinestésicamente con la persona, devolviéndole sus propios movimientos o invitándole a bailar.

En esta terapia se ocupa el movimiento espontáneo, por ende, no sigue técnica en particular. La herramienta fundamental es la improvisación en el movimiento, que opera como asociación libre, y es sobre este material que trabaja la pareja terapeuta-persona, hasta que pueda ser simbolizado y resignificado. Esta terapia se ha ocupado de abordar una amplia diversidad de temas, tales como duelos en familiares de desaparecidos, manifestación y tratamiento de la violencia, delincuencia, xenofobia, entre otros

5.2 Juego Terapéutico

Otro trabajo que ha sido sistematizado ampliamente es el que inicia Violeta Oaklander (2008) a partir del juego con niños(as). Esta psicoterapeuta utiliza un método basado en ocupar la imaginación, la metáfora y la narrativa y en involucrar al (a la) niño(a) en la acción física de hacer o representar algo.

Desde esta perspectiva sustentada en la terapia gestalt, el uso de la imaginación, la expresión sensorial y la articulación metafórica dan cabida y promueven la ocurrencia del proceso proyectivo. Por ello, luego de explorar estas proyecciones se trabaja para que los(as) niños(as) logren re-adueñarse de estas partes o atributos proyectados, creando así un sentido de integración y totalidad personal más profundo.

Para este trabajo, la terapeuta investiga el mundo de los(as) niños(as) hasta encontrar un lenguaje que les sea propio y ayude a superar los problemas por los que llegan a sesión, de los cuales, los más frecuentes son la dificultad para contactarse con padres, profesores, pares y libros y el pobre sentido de sí mismo que les acompaña. Antes de cualquier intervención, ella se preocupa de indagar las variables más relevantes que influyen en las problemáticas de los(as) pequeños(as), tales como: la confluencia del niño(a) con su madre y la diferenciación que ha conseguido, el egocentrismo normal, los introyectos, su nivel de dependencia en la

satisfacción de necesidades, la forma en que maneja la rabia y finalmente, aspectos sociales que afectan su desarrollo (capacidad de establecer límites, las expectativas culturales y los sistemas familiar, escolar, judicial y otros).

Luego de aclarar la realidad de los(as) niños(as) y acercarse a la particular forma en que cada uno(a) construye la realidad, la tarea será que éstos(as) puedan recuperar el pleno y gozoso uso de sus sentidos, su cuerpo, su intelecto y su expresión de emociones. Para ello, la terapeuta debe ayudarle a recuperar esas partes faltantes de sí mismo, usando técnicas expresivas y creativas, las cuales son potentes proyecciones y proveen un puente a la vida interior del niño. Con este panorama claro, ella se sirve de las técnicas más irreverentes que se pueda imaginar, por ejemplo: usar arcilla, usar cartas para representar el estado del niño(a) (pero con diseños de animales), trabajar la respiración con: globos, motas de algodón, instrumentos musicales (armónica), que el(la) niño(a) se hable a sí mismo(a) frente a un espejo, tocar tambores para expresar la rabia, usar cartas con dibujos para representar el pasado, presente y futuro, entre otros.

5.3 El diálogo con los órganos: la terapia de Adriana Schnake

Adriana Schnake (2007), ha trabajado la psicoterapia desde un enfoque holístico de la salud y la enfermedad, mediante el diálogo con órganos. A través de su práctica profesional (de formación psicodinámica), Schnake fue desafiando sus propios conocimientos y abriendo paso a la experimentación de nuevos y creativos métodos de trabajo.

Para la autora, sería en este diálogo, donde la persona pone a ese “otro” que no quiere ver (sus problemas, preocupaciones, etc). Schnake (2000) sostiene que el discurso médico ha limitado la aproximación al cuerpo, el cual ha necesitado este conocimiento para enfrentar la enfermedad, “se pierde así la increíble oportunidad de facilitar a todo el mundo una comprensión más vivencial de este órgano, que estando dentro de cada uno de nosotros es capaz de hacer lo que hace y ser él, tan solidario, generoso, fiel y tan poco individualista y dependiente que puede abandonar a los que ya no lo necesitan, para servir en otro lado” (Schnake, 2000, p. 7).

De acuerdo a la autora, este discurso medicalizante ha llevado a una enajenación del cuerpo, sin embargo, sostiene que el “verdadero discurso del cuerpo” tiene que ser escuchado tanto por la propia persona como por los agentes de su entorno (personas e instituciones), desde una mirada humana que surge de la confianza y de las relaciones entre iguales. Schnake afirma que los síntomas y las enfermedades leves, pueden mostrar leves desequilibrios internos, mientras que las enfermedades graves podrían mostrar desequilibrios graves. Lo importante es reconocer que todas pueden ayudar al autoconocimiento y la autorrealización.

Schnake (2000), declara que “en la medida que la enfermedad o cualquier síntoma, nos detiene, nos obliga a conectarnos con el que somos Aquí y Ahora y nos permite escuchar el lenguaje de nuestro cuerpo, (así) podemos descubrir aspectos insospechados de nosotros mismos” (p.13).

Cuando se logra que la persona se enfrente a ese ‘otro’ (para el caso su propio órgano) la persona puede llegar a darse cuenta que el único modo de ‘sostener’ la relación con ese órgano dañado, es aceptándolo con las características que tenga, aunque para el (ella) sean rechazables. De esta manera, en los diálogos con el cuerpo lo simbólico y lo poético están implícitos en el discurso, y la labor del (de la) terapeuta es hacer que la persona vaya alternando uno y otro discurso: el de la persona misma y el del órgano, al que el (la) terapeuta le aporta elementos para su defensa.

Es así, como en esta psicoterapia se pretende favorecer la ‘auto-ayuda’ de la persona, “para reposar su propio cuerpo, para entregarle el conocimiento de sí que se ha negado” (Schnake, 2000, p.22)

6. CONSIDERACIONES FINALES: SOBRE PARADIGMA, GÉNERO Y CLASE SOCIAL

6.1 Sobre el paradigma

Tal como reconoce Maritza Montero, “un paradigma es un modelo o modo de conocer que incluye tanto una concepción del individuo o sujeto cognoscente, como una concepción del mundo en que vive y de las relaciones entre ambos” (Montero, 2011, p. 1-2). Son los paradigmas los que guiarán finalmente

la acción de los sujetos, incluyendo la labor realizada por los(as) psicoterapeutas. Por ello, es importante tener en cuenta, que, tal como explica la autora, un paradigma no se sustenta sólo de los clásicos componentes metodológicos, epistemológicos y ontológicos, estudiados hasta entonces, sino también, incluye en su concepción las dimensiones ética y política. A partir de la inclusión de estos elementos en la reflexión paradigmática, surgirán interrogantes que cruzarán el proceso terapéutico: por ejemplo: ¿quién es el (la) otro(a)?, ¿qué es lo bueno o lo malo de su comportamiento o problema?, ¿para quién supone un problema?, ¿cuál es el lugar de ese(a) otro(a) en la producción del saber?, ¿qué del problema está asociado al cumplimiento de sus derechos y deberes civiles y a las relaciones de poder y su dinámica en ese espacio? La respuesta a estas preguntas será, entonces, un asunto de vital importancia para la terapia, puesto que a partir de la consciencia del auto posicionamiento paradigmático, se situarán cada una de las intervenciones realizadas.

Para reforzar estos asuntos, Smith (1990), citado en Montero (2001), sugiere algunos aspectos frente a los cuales se debe prestar atención y no deben ser evitados:

- La omisión o el descuido de todo lo relacionado a los valores
- La necesidad de incluir la perspectiva de los actores, de manera que las acciones terapéuticas sean congruentes con ésta.
- Dar cuenta de las acciones que se están llevando a cabo, vale decir, informar al (a la) otro(a) hasta que éstas sean comprendidas
- Respetar los derechos de los “sujetos humanos”

A partir de esta reflexión, cabe señalar entonces que, cualquiera sea la forma que tome la terapia que se promueva, es indispensable considerar tres factores transversales a cualquier intervención social: el paradigma, el género y la clase social.

6.2 Sobre el género

Para algunos autores (Bados y García, 2011) el sexo del cliente no ha sido considerada una variable importante para el éxito del tratamiento y ha sido

estudiado en función de la complementariedad entre el sexo de la persona y el del (de la) terapeuta. Sin embargo, hablar de sexo, no es lo mismo que hablar de género y muchas veces su presencia ha sido naturalizada bajo la lógica imperante del sistema patriarcal. Referirse a ambos conceptos (sexo y género), supone reflexionar sobre el poder, lo femenino y lo masculino.

Aclarando algunos términos, cabe señalar que el concepto de sexo, hace referencia a la diferencia biológica que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. El género, por su parte, constituye un producto cultural. La caracterización de hombre o mujer, de lo masculino y lo femenino, sólo es posible y adquiere sentido dentro de un sistema de significantes, es decir dentro de una cultura y de su ideología, según los diferentes lugares y épocas, lo que significa que el ser femenino o masculino estará atravesado por otras categorías sociales que especificarán sus vivencias de género, por la clase, la edad y la pertenencia étnica. Es decir no existe una sola identidad femenina ni tampoco un modelo único (Ministerio de Educación, 2012).

Estudiar este factor es de suma relevancia, puesto que el género “estructura diversos patrones de expectativas, ordena los comportamientos y procesos sociales, funciona como organizador de la identidad social y personal. Constituye una fuente de equidad o inequidad conforme a la cultura en que estemos inmersos” (MINEDUC, 2012, p.13), es así, como irá indefectiblemente definiendo la naturaleza de los problemas de la persona que acude a terapia y en un modo inconsciente, estará influyendo en su permanencia y/o resolución. Sumado a lo anterior, son las mujeres quienes se encuentran actualmente en una posición desmejorada en relación a los hombres, tanto en términos económicos y sociales, como de salud mental y aun cuando son superiores en número a los hombres, no han logrado librarse del sometimiento histórico de lo masculino sobre lo femenino (Beauvoir, 2005). En términos concretos, se encuentra por ejemplo, que la falta de acceso a la educación, a cargos de responsabilidad y al ingreso económico puede limitar las posibilidades de la mujer de proteger la propia salud y la de su familia (Organización Mundial de la Salud, 2009; Matud, 2008).

5.2 Sobre la clase social

Otro factor transversal a las problemáticas con las que acude la persona a terapia será su clase social. Hablar de este concepto, es retornar irremediamente al desarrollo teórico iniciado por Karl Marx sobre la filosofía, economía y política alemana. Si bien sus postulados han sido revisados y criticados, aún no han podido ser superados del todo. Esto, debido a que el concepto de clase social sigue siendo para muchos “el punto de arranque para explicar cualquier fenómeno que tenga que ver con la creación mental del hombre (ideas, ideologías, culturas, etc.) y ha de situarse en la existencia y las relaciones que mantiene el hombre para sobrevivir” (Monzón, 1990, p.148)

Para Marx y Engels (1974) las clases sociales tienen su origen en las relaciones de producción. Éstas se definirán de acuerdo al lugar que ocupa cada clase en el proceso de producción. La clase dominante será aquella que posee y controla los medios y quienes aporten la mano de obra, constituirán la clase dominada. “La estructura social se fundamenta en la existencia de clases que por definición, son antagónicas (tesis y antítesis) y están en lucha constante” (Monzón, 1990, p.149).

De acuerdo a Marx y Engels (1974), los cambios en las relaciones de producción generan cambios de estructura social que a su vez, constituirán nuevas formas de pensar y reflejarán la nueva relación entre clases sociales. Esta tensión entre la clase dominante versus dominada, es constante y afectará la posición de cada persona en la sociedad ya que tanto la superestructura (conjunto de formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas y filosóficas que definen la ideología de una clase social), como la conciencia, las ideas y la ideología, están estrechamente vinculadas a las fuerzas productivas y relaciones de producción, afectando por ende la producción material humana. Monzón (1990). Al cambiar las condiciones materiales, cambiarán también las condiciones de vida, puesto que, para Marx y Engels (1974) no será la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia.

Es importante destacar que las clases que ocupan la posición dominante impondrá legitimidad de su dominio y esto afectará las relaciones humanas,

vinculares, sociales, afectivas, políticas y económicas establecidas entre clases sociales y también de cada clase consigo misma (Monzón, 1990). Un fenómeno asociado a esta dominación, lo constituye la enajenación, la cual se produce cuando

“las personas son separadas de sus medios de producción y se ven obligadas a vender su fuerza de trabajo para subsistir. Este proceso no afecta sólo al obrero, sino a todos aquellos que participan en el proceso de producción, incluido el empresario, aunque de manera diferente y en distinto grado” (Monzón, 1990, p.151).

El proceso de enajenación del trabajo, generará desapego del sentido del trabajo y de la propia vida del trabajador alienado. Esto se observa fuertemente como resultado de la flexibilidad laboral en que existen formas de relación laboral con bajo compromiso de la parte empresarial, externalización de actividades hacia otras empresas, e introducción de cambios en las formas del trabajo (Recio, 2007). Es por esta razón, muy importante considerar que el ser parte del grupo dominado forma parte de la vida cotidiana del (de la) sujeto(a), es decir, del conjunto de prácticas que desarrolla a diario y de los esquemas de sentidos con que entiende ese mundo cotidiano. Así considerada, es posible preguntarse “cómo la vive la persona”, pudiendo haber distintas respuestas dependiendo del conjunto de su vida y del mundo social en que está inserta. Se encuentra, por ejemplo, que un(a) trabajador(a) precarizado, vive su experiencia laboral acompañada comúnmente de precariedad familiar, de vivienda y en el vínculo con el territorio, aunque no siempre necesariamente se da esta conjunción (Lindón, 2003).

Dado lo anterior, no es casual encontrar que personas de clase social baja consigan peores resultados en sus tratamientos. Este asunto podría deberse a factores como mayor estrés, menores recursos sociales y económicos y peor relación terapéutica (Garfield, 1994, citado en Bados y García, 2011).

6. CONCLUSIÓN

El proceso creativo, de ser irreverente, de improvisar, de jugar, implica que la persona conozca sus capacidades y limitaciones, sienta curiosidad por

descubrir nuevos aspectos de la realidad, eche mano a sus “otros saberes”, tenga las energías suficientes para probar sus ideas novedosas y sea capaz de retroceder cuando sea necesario. Por ello, los(as) autores(as) investigados dan cuenta de dos asuntos importantes: Primero, hay que conocer en profundidad un marco teórico antes de flexibilizar en el modo de utilizarlo y segundo, hay que estar en fuerte conexión con lo que está pasando en el momento, con la persona atendida y consigo mismo(a) y sus propios recursos. Estos elementos en combinación muestran ser un gran aporte a la soltura del (de la) terapeuta, al encanto que le genera un trabajo capaz de volverse atractivo permanentemente y al interés y compromiso de la persona.

El (la) terapeuta debe manejar obligatoriamente los contenidos técnicos y metodológicos que aporta la psicología y deben ser capaces de llegar a explicar asuntos muy complejos en términos simples. Es mediante esa misma simplicidad como logran que las personas se unan al ejercicio de encontrar nuevas alternativas a los problemas que les llevan a consultar y consigan finalmente, obtener el bienestar que necesitaban encontrar.

Es muy importante señalar que todas nuestras acciones y las de las personas que atendemos están cruzadas por un posicionamiento político, de género y de clase social, por ello se debe tomar consciencia de la influencia de estos factores, hacerlos visibles e intervenir desde éstos, buscando en todo momento que la persona que acude a terapia logre el éxito en su proceso de cambio.

Finalmente, nuestra responsabilidad terapéutica no sólo recae en satisfacer el objetivo de la terapia, sino también en que aquellos que han depositado su confianza en nuestro saber técnico terminen el proceso terapéutico sintiendo que han ganado en consciencia y reflexión, y que este proceso ha sido memorable y significativo, logrando en adelante, enfrentar su vida con un ánimo positivo, construyendo desde sus espacios cotidianos una sociedad más saludable, reflexiva, aceptadora, diversa, respetuosa, activa, resolutive y juguetona, por qué no.

REFERENCIAS

- Bados, A. y García, E. (2011) Habilidades terapéuticas. Barcelona: Universidad de Barcelona. Extraído el 28 de Octubre de 2013 desde <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Beauvoir, S. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Beutler, L. y Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2001) Factores comunes y procedimientos específicos en psicoterapia ¿un divorcio “empíricamente validado”? , en *Temas de Psicología: Homenaje al profesor Luis Jiménez Díaz*, 8, 313-344.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel R. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Giddens, A. (1990) *Consecuencias de la Modernidad*. Madrid: Alianza.
- Gómez, R. (2010) Una Metodología de Intervención Social. Aplicación práctica de la relación de ayuda desde el método de Trabajo Social. En *Documentos de Trabajo Social*, 47, 168-183.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapies. En (J.C. Norcross y M.R. Goldfried, eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books, 94-129.
- Landau E. (1987). *El vivir creativo: teoría y práctica de la creatividad*. Barcelona: Herder.
- Lindón, A. (2003). La precariedad laboral como experiencia a través de la narrativa de vida. *Revista Gaceta Laboral*, 9(3), 333-352.
- Lytard, J. (1987). *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martin, B. (2007). Psicoterapia y creatividad. Extraído el 13 de diciembre del 2011 desde <http://www.feap.es/anuarios/2007/pdf/premio1-txt.pdf>
- Marx, C. y Engels, F. (1974). *La ideología alemana*. Barcelona: Grijalbo.
- Maslow, A. (1971). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- Matud, M. (2008). Género y salud. En *Suma Psicológica*, 15, 75-94.
- Ministerio de Educación (2012). *Enfoque de género en el espacio educativo*. Santiago, Chile: MINEDUC.
- Ministerio de Salud y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Provincia de Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Montero, M. (2001). Ética y Política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas. En *Athenea Digital*, 0, 1-10.
- Monzón, C. (1990). Revisión y crítica del concepto clásico. En, A. Muñoz, C. Monzón, J. Rospir y J. Dader, *Opinión pública y comunicación política* (pp.146-175). Madrid: Eudema.
- Mussi, C. (2005). *Entrenamiento en habilidades terapéuticas. Cómo mejorar los resultados en psicoterapia*. Nuevo León, México: Universidad de Montemorelos.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Resumen analítico. Las mujeres y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Reca, M. (2005) *Que es danza/movimiento terapia: el cuerpo en danza*. Buenos Aires: Lumen.
- Recio, A. (2007). Precariedad laboral: Del neoliberalismo a la búsqueda de un modelo alternativo. Ponencia presentada en el Congreso El Desarrollo Humano. Propuestas locales para otra Globalización, Bilbao 8-10 de Febrero. Bilbao, España: HEGO, Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional.
- Rendón, F. (2008). La improvisación como herramienta de la creación colectiva en el teatro la Candelaria, en *Revista Colombiana de las Artes Escénicas*, 2, 84 – 98.
- Sánchez de León, J. (2011). Acerca de la improvisación musical, En *Synergies Espagne*, 4, 155-163.
- Schnake, A. (2000). *La voz del síntoma*. Santiago, Chile: Cuatro vientos.
- Schnake, A. (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter*. Santiago, Chile: Cuatro vientos.
- Varas, M. (s/a). Profundizando en el Darse Cuenta. Elementos y propuestas para el desarrollo del Darse Cuenta en Terapia Gestáltica. Chiloé: Anchimalén. Extraído el 28 de Octubre de 2013 desde <http://www.anchimalen.cl/sitio/wp-content/uploads/Profundizando-en-el-Darse-Cuenta1.pdf>
- Zlachevsky, A. (1996). Una mirada constructivista en psicoterapia, En *Revista Sociedad Chilena de Psicología*, 26, 1-12
- Fecha de recepción: 29 de octubre del 2013
Fecha de aceptación: 12 de marzo del 2014