



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 20, 2009

Análisis del discurso de personas que reciben servicios de salud mental tradicional y la Terapia Narrativa como alternativa de intervención¹

Brendaliz Vargas, Nydia Ortiz y Nydia Capps
Escuela de Medicina de Ponce²

Resumen

En este estudio nos propusimos abrir un espacio de reflexión, analizando las premisas discursivas propias de los modos tradicionales de hacer psicoterapia dentro del modelo médico de enfermedad. Examinamos tres premisas: esencialismo, patologización y relación terapéutica de poder. Analizamos estas unidades discursivas a partir de conversaciones con 14 personas adultas, partícipes de la psicoterapia tradicional de los servicios de salud mental. Entre las reflexiones que resultaron del análisis del discurso de estas voces sugerimos que: 1) desde el esencialismo, la persona corre el riesgo de dejar de ser persona y de convertirse en su enfermedad por medio de una clasificación nosográfica, 2) que el énfasis en el déficit excluye a la persona de su propio *expertise*, marginando su contribución para superar sus dificultades y 3) el poder atribuido a la ciencia tiende a silenciar la experiencia de la persona y a reforzar un papel pasivo frente a sus problemas o dilemas. A modo de respuesta alternativa a las intervenciones tradicionales, presentamos una propuesta para utilizar los principios de la Terapia Narrativa.

Palabras claves: *psicoterapia tradicional, terapia narrativa, análisis de discurso, post-modernidad*

¹ *Nota:* Este artículo fue sometido a evaluación en septiembre de 2008 y aceptado para publicación en marzo de 2009. El mismo fue editado por la Dra. Irma Roca.

² Para información adicional, por favor, comuníquese con Nydia Ortiz, PhD: nortiz@psm.edu

Abstract

In this study we created a reflective space to analyze the premises that surround the traditional approaches to psychotherapy within the medical/illness model. We examined three main premises: essentialism, pathologization, and power in the therapeutic relationship. We analyzed these discursive units through conversations with 14 adult consumers of traditional mental health services. Through the analysis of these voices three main reflections emerged: 1) a nosological perspective makes the individuals “feel” their identity as a diagnosis or condition and not as a person, 2) the emphasis on deficit deprives individuals from accessing their own expertise and isolates them from contributing to their recovery, 3) the power attributed to science tends to silence the individual’s experience and reinforces a passive role in addressing his/her problems or dilemmas. We present Narrative Therapy as a plausible alternative to traditional models of therapy in order to address these findings.

Keywords: *traditional psychotherapy, narrative therapy, discourse analysis, postmodernism*

En el Puerto Rico actual se considera que la salud pública, incluyendo la salud mental, es una de las necesidades sociales de prioridad (Fondos Unidos, 2007). Sin embargo, siendo un país dependiente de los cambios económicos característicos del neoliberalismo, Puerto Rico apresuró una agenda política orientada hacia la privatización de los servicios de salud. Bajo la nueva reforma del sistema de salud, el estado enfoca sus recursos en administrar más que en servir, haciendo de la salud mental un bien mercadeable a merced del *Cuidado Dirigido* (Rosich, 1995). En este contexto, las compañías aseguradoras sólo autorizan, proveen o pagan el tratamiento que determinan efectivo, en la medida en que se pueda demostrar y medir. El estado y la ciencia vuelven a aliarse, patrocinando y oficializando modelos de intervención que auspician el modelo médico, anticipando economías y ganancias a corto plazo. Este enfoque resulta una respuesta limitada en una era posmoderna donde la diversidad, la fluidez y la heterogeneidad retan la representación de modelos sostenidos por la razón científica la cual pretende predecir lo impredecible. Durante este proceso, se tiende a silenciar la voz de cada paciente/cliente y a marginar su historia mediante una categoría diagnóstica que, *a priori*, determina su mal como algo inherente y natural, despojándolo de posibilidades de superación y recuperación.

Propósito del Estudio

En este estudio realizamos un análisis de discurso de las unidades de significación que han sostenido las prácticas del saber de la psicoterapia tradicional en el contexto médico tradicional que ofrece servicios de salud mental. Su objetivo principal fue el abrir espacios de reflexión acerca de las implicaciones de estos procesos terapéuticos en emancipar o reprimir lo nombrado como *enfermedad mental* y sus efectos, en apoderar o desapoderar a quién recibe los servicios.

La Terapia Narrativa pretende de-construir los discursos sostenidos por el modelo médico en privar o limitar la emancipación y el manejo del paciente de su condición emocional y de vida. Desde un referente socio-construccionista, la Terapia Narrativa pretende alertar sobre los reduccionismos y los riesgos de perpetuar patologías y enfoques psicoterapéuticos tradicionales. Se propone afianzar un modo de intervenir que, de-construya las premisas patologizantes del modelo médico. Se pretende apoderar a la persona de su propia narrativa, dando un regreso a las significaciones del lenguaje y una mayor consideración de las fortalezas. El nuevo enfoque en *Recuperación*, promovido por los principales intereses económicos de la provisión de salud mental, presenta una coyuntura para establecer negociaciones con la Terapia Narrativa y evitar reproducir el des-apoderamiento del paciente de salud mental.

Método

El análisis del discurso fue el método utilizado para esta investigación. Este acercamiento investigativo parte esencialmente de la fenomenología alemana y del post-estructuralismo francés que promueven una vuelta al lenguaje, brindando la apertura al estudio del discurso. Este interés se ha caracterizado por el estudio de la diversidad de los significados y las diferentes formas del lenguaje que gobiernan nuestras subjetividades y nuestras acciones. El presente trabajo nos permitió el análisis de los entendidos *a priori*, sostenidos por el modelo médico en la psicoterapia tradicional dentro de los servicios de salud mental y desde las voces de quienes han recibido terapia en estos espacios. Los ejes de análisis de este estudio fueron: 1) el esencialismo o la construcción de una identidad de enfermo(a) como un fenómeno natural, 2) el énfasis en la patología y 3) la relación de poder por el saber científico.

Participantes

En este estudio participaron 14 personas adultas con historial de tratamiento psiquiátrico por un mes o más. Sus edades fluctuaban entre los 22 y los 52 años. Su selección fue por disponibilidad y fueron localizadas en la práctica privada de un psiquiatra en Ponce, Puerto Rico. Para ser partícipes de esta entrevista, se requirió una evaluación de su estatus mental el día de la entrevista. En esta evaluación psiquiátrica se certificó que las personas que participaron en la entrevista se encontraban orientadas a la realidad en sus tres esferas y no informaban ni existía evidencia de trastornos perceptuales al momento de la evaluación. Cada participante leyó, estudió y firmó el consentimiento informado previamente, aprobado para estos propósitos por la Junta de Revisión Institucional de la Escuela de Medicina de Ponce.

Procedimiento

A través de una entrevista semiestructurada obtuvimos los *textos*, producidos por la muestra de personas en tratamiento psiquiátrico. Realizamos las entrevistas individualmente, en el mismo lugar y utilizando preguntas abiertas orientadas a: 1) promover el diálogo en torno a la visión sobre sí mismo/a como paciente de salud mental, 2) conversar sobre la experiencia de psicoterapia y tratamiento en los servicios de salud mental y las implicaciones del mismo en el manejo de sus quejas de malestar emocional, 3) obtener una descripción de su relación con su psiquiatra y/o psicoterapeuta y 4) explorar su conocimiento sobre su condición de salud mental y cuáles estrategias de manejo ha desarrollado desde que recibe los servicios de salud mental.

Resultados y Discusión

A continuación, presentamos algunos de los textos producidos por cada participante y la discusión de tales expresiones a partir de los ejes de análisis definidos para el estudio: 1) el esencialismo, 2) el énfasis en la patología y 3) la relación de poder por el saber científico.

El esencialismo se refiere a la configuración de una identidad determinada, que pasa a ser leída por el experto/a. La persona asume la definición de un ente enfermo y asume también estas patologías como parte de su esencia natural. Algunas de las verbalizaciones ofrecidas por los/as participantes de esta investigación ilustran este fenó-

TERAPIA NARRATIVA

meno. Se presenta entre paréntesis el código de identificación de cada participante:

“Esto es como un SIDA mental... lo llevas adentro...” (01)

“Esto es molesto... me imposibilita... estoy enferma y la gente me juzga por eso...” (12)

“Si tienes un diagnóstico, es que no estás apto para funcionar... yo era segura y ver que no soy yo, que me enfermé emocionalmente...” (04)

“Es algo que no anda bien en tu mente... busco ayuda porque tengo problemas emocionales... me dicen que estoy loca...” (06)

La repetición y la regularidad esencialista que caracteriza la psicoterapia tradicional establecen generalizaciones de la experiencia humana y ésta se enajena de su multidimensionalidad. Ante esta enajenación, las voces partícipes de este enfoque tradicional señalan:

“ Es que no tocan mi parte personal, por eso entiendo que el tratamiento no ha sido efectivo...” (14)

“Uno de los que visité (psiquiatra), me dijo que todo el mundo era loco... eso no me ayudaba... eso era matasanos...” (01)

“Todavía no he encontrado las razones por las que llegué a la adicción... las cosas que dicen en las terapias no tienen que ver conmigo... en el hospital me ayudó más el grupo y las experiencias de ellos...” (07)

La psicoterapia dentro del modelo médico corre el riesgo de reproducir aquello que Foucault (2004) denomina como procesos de alienación, en la medida en que la modernidad nombra como verdad toda una categorización simbólica en la cual la persona loca queda expulsada como sujeto. Desde la voz del *loco* o de la *loca* que siente la alienación de sí mismo/a y de su experiencia:

“El tratamiento no ha sido útil... No me dan *break* de enfocarme en la base del problema... Siempre me han hecho preguntas generales, pero no preguntas que entren en mí o que yo pueda hablar de mis problemas...” (10)

El énfasis en el uso de etiquetas de déficit y diagnósticos tiene la cualidad de saturar de patología la vida pasada, presente y futura de la persona, lo que produce un efecto de desapoderarla y de no considerar las posibilidades de trascender el déficit, quedando entrampada en el déficit que pretendía superar al buscar ayuda de la ciencia:

“Yo sé que esto no se cura...” (14)

“La doctora me explicó lo de *recurrente* y es que esto no se cura... eso me frustra...” “Ahora que yo sé que esto es una enfermedad, me doy cuenta que he estado enferma toda mi vida...” (12).

Ante esto, Foucault (1984) puntualiza: “...tratan de normalizarlos refiriéndolos a toda su vida anterior, pero se desligan de ellos/as al aislarlos como un trastorno brutal. Comprenden su enfermedad como un destino, dan fin a su vida quebrándola...” (p. 68)

“El tener un diagnóstico no significa que uno está loco... es que uno no está apto para funcionar...” (04)

“Es una incapacidad y una condición que las personas a tu alrededor no entienden... yo me siento como incapacitado...” (11)

Para Foucault (2003), la experiencia clínica se reduce a ejecuciones de cálculo y mirada (vistazo) que registra y totaliza. La persona queda despojada del saber de su experiencia, enajenándose de su propia existencia. En palabras de Mannoni (1998), el diagnóstico queda destinado a otros/as, distanciando al que busca ayuda de su posición de sujeto, sometiéndolo a un sistema de leyes y reglas que muchas veces escapa a su comprensión:

“Creo que mi diagnóstico es depresión mayor y severa... la doctora lo puso en el expediente y yo lo vi... No conozco sobre el diagnóstico...” (04)

“Mi psiquiatra me dijo que era depresión mayor severa... No sé qué significan esas palabras ni me lo explicaron tampoco...” (06)

En el análisis del racionamiento de servicios propio del sistema del Cuidado Dirigido, Rosich (1995) establece que el propósito principal de la medicina dentro de este modelo es reducir gastos y aumentar ganancias. Como posibles efectos, el autor expresa: “Este racionamiento ocurre día a día, sustituyendo medicamentos por razón de precio, evitando pruebas diagnósticas y tratamientos...” (p.59). En este contexto se asume el riesgo de reducir la relación terapéutica a la de consumidor/proveedor y mercantilizar la salud mental:

“Cuando llego a buscar ayuda y siento que no se me escucha porque hay mucho trabajo y poco tiempo, me frustró...” (08)

“He ido a unos psiquiatras, carne de puercos, lo primero que te dicen es que no te cubre el plan y por estar cinco minutos contigo te quitan \$60.00...” (13)

La Terapia Narrativa como Alternativa

Durante la entrevista a cada participante de este estudio incluimos una secuencia de preguntas basadas en la Terapia Narrativa para examinar también dichas respuestas. Las preguntas específicas fueron las siguientes: 1) Hábleme del momento en el cual usted no tenía un diagnóstico y usted se sentía bien, 2) ¿Qué recuerda de ese tiempo?, 3) ¿Qué de esto conserva todavía?, 4) ¿Qué piensa hace falta para lograr recuperar un poco de ese estado de bienestar?, 5) ¿Quién puede ayudarle a lograr este estado?

De acuerdo con Gremillion (2004), en la Terapia Narrativa se externalizan los conceptos de enfermedad y de salud en una conversación en la cual se hace visible tanto la construcción de una identidad problemática como identidades alternativas. En estas identidades alternativas se ubica al problema de una manera externa a la naturaleza de la persona, descentralizándolo de discursos dominantes que han cons-

truido la identidad de ésta a base de una categoría diagnóstica. Se ayuda a la persona a obtener una perspectiva reflexiva sobre su vida, retando “verdades” que la han marginado, explorando nuevas opciones. Se exploran, a su vez, historias que contradigan la historia dominante saturada por el problema o de aquellas historias que la empobrecen (Rodríguez & Ortiz, 2005). Entre estas historias capaces de contradecir discursos de culpa, debilidad, vulnerabilidad e impotencia, entre otros, los/as participantes develaron historias tales como:

“Estaba con ilusiones en la espera de mi primer hijo... Eso me daba energía, ilusión y motivación...” (03)

“Era bien activa... la mañana lo veía todo hermoso... y tenía deseos de hacer mi trabajo...” (06)

“Recuerdo cuando me llamaron para ser refuerzo de un equipo de pelota... me sentí importante y capaz, que no necesitaba a nadie para vivir...” (11)

“Yo comía ‘limber’, galletitas, iba a los juegos de pelota...” (13)

En la Terapia Narrativa se prefiere explorar lo alterno al déficit con un tono de genuino optimismo, contrarrestando las descripciones de deficiencias que se han construido desde la psicopatología y las categorizaciones diagnósticas. Se promueve el destacar las preferencias, las esperanzas y las fortalezas, rescatando estos aspectos de su vida y de su yo que el diagnóstico totalizó como disfuncional.

Propuesta

A continuación, presentamos a modo de bosquejo nuestra propuesta para la utilización de la Terapia Narrativa en los contextos de salud mental. Los ejes de análisis utilizados en el estudio cualitativo anteriormente resumido, proveen la base para la articulación de las metas, objetivos, guías para el proceso terapéutico y posibles actividades.

Meta I – De-construcción del Discurso Esencialista

Objetivos

- Externalización de la condición psiquiátrica y del estresor identificado. El problema se separa de la identidad de la persona y se comienza a reflexionar sobre el mismo como un problema externo a él o a ella y sobre su relación con el problema.

- Promover que la persona con condición psiquiátrica verbalice el reconocer la condición como algo que tiene en su vida y el factor precipitante como algo que está teniendo efectos en su vida.
 - A. Guías para el proceso terapéutico.
 - a. Una *escucha* diferente: Dirigida a escuchar y explorar la historia saturada de síntomas y de estresores como el discurso dominante que resiste la transformación sintomática.
 - b. Una exploración curiosa y diferente: Las preguntas deben tener una intención deconstructiva en las cuales las personas puedan ver sus historias desde una perspectiva diferente para reflexionar sobre cómo han sido construidas y explorar nuevas posibilidades narrativas.

 - B. Posibles actividades para identificar el problema como el problema y no a la persona como el problema.
 - a. Preguntas y conversaciones de externalización nombrando la “condición” de una manera diferente, fuera de la identidad de la persona (ej: “doña depresión”, “la confusión”, “el señor coraje”).
 - b. Negociar como posible norma, el sustituir el “yo soy enfermo/a mental” por “yo estoy pasando por una condición mental” o “ yo pasé por tal o cual experiencia”.
 - c. Dibujar y nombrar la condición psiquiátrica y el estresor identificado.
 - d. Enumerar los efectos que la condición psiquiátrica tiene y/o ha tenido en diferentes áreas de sus vidas y reflexionar sobre cómo ellos/as interpretan estos efectos.

Meta II – De-construcción de una Relación Terapéutica desde el Experto/a

Objetivos

- Respetar el conocimiento de la persona sobre su problema y mantener una posición de colaborador en la resolución de su dilema, promoviendo un sentido de “agencia” personal para que comience a reconocerse como capaz de enfrentar su problema.

- Co-construir una relación terapéutica de colaboración, descubriendo la capacidad de la persona y promoviendo la elección de historias de superación.
 - A. Guías para el proceso terapéutico.
 - a. Crear una atmósfera terapéutica de respeto y valorización real del conocimiento de las personas en torno a su malestar emocional y a sus estresores.
 - b. Valorar la subjetividad y las anécdotas en la exploración y en la escucha de las personas, validando y considerando las experiencias únicas de la persona en su malestar psicosocial.
 - c. Otorgar una posición privilegiada a las preferencias de las personas con relación a sus deseos y metas.

 - B. Posibles actividades para una relación terapéutica de colaboración.
 - a. Promover que las personas nombren y provean definiciones alternativas a sus problemas y a su malestar emocional.
 - b. Preguntas de “cómo” (Ejemplos: ¿Cómo has manejado esta incomodidad/problema en tu vida? ¿Cómo te ha impactado? ¿Cómo lo has sobrevivido?) que inviten a las personas a considerar su influencia en la situación problemática y en la condición psiquiátrica y su capacidad de alterar los efectos adversos.
 - c. Preguntas de significado de las experiencias en sus vidas para conectar a las personas con sus sentimientos sobre estas experiencias y revisar cómo los significados pueden

- ser alterados, construyendo significados que los/as apoderen de la condición. (Ejemplo: ¿Qué significa para ti el haber pasado por esta experiencia? ¿Qué significa para ti el tener una condición psiquiátrica?).
- d. Ayudar a las personas a identificar y desarrollar una nueva relación con el malestar emocional y con el o los problemas.
 - e. Preguntas y discusiones reflexivas en torno a situaciones socioculturales y valores ético-morales y culturales que contribuyen o han contribuido a visualizarse como “víctima” de la condición psiquiátrica y/o de determinado problema en sus vidas.

Meta III – De-construcción del Discurso Patologizante

Objetivos

- Identificar los resultados únicos de la historia de la persona aparte de sus síntomas y mediante la co-construcción de nuevas y alternas posibilidades a su condición psiquiátrica y al problema identificado.
 - Enfatizar, recordar o ampliar eventos, ideas, acciones o intenciones que contradicen los efectos del problema en sus vidas y en sus relaciones.
- A. Guías para el proceso terapéutico.
- a. Creer de manera genuina en las posibilidades de la persona: Al definir prognosis, tomar en cuenta las historias de superación por sobre las recaídas, sus posibilidades por sobre sus limitaciones, su historia por sobre su diagnóstico, actitud de entender por sobre diagnosticar o juzgar, sus fortalezas por sobre sus déficits.
 - b. Invitar a las personas con condición psiquiátrica a contar historias sobre sus vidas, de modo no directivo, con énfasis en sus capacidades, creatividad, efectividad.
 - c. Identificar y ampliar relatos alternos sobre momentos en

la vida de las personas, en los cuales la condición psiquiátrica y los estresores identificados han tenido poca o ninguna influencia.

- d. Promover la contextualización sociocultural dominante de lo que es un diagnóstico psiquiátrico y sobre la problemática identificada.

B. Posibles actividades para de-construir el discurso de patologización y ampliar historias alternas.

- a. Preguntas de secuencia de excepciones (Ejemplo: ¿Cómo era la vida antes de la aparición de la depresión? ¿Qué sería diferente si la *señora depresión* estuviera menos tiempo en tu vida? ¿Qué tendría que ocurrir para que esto suceda?)
- b. Reflexionar sobre historias alternas de personas con condición psiquiátrica que han contradicho las historias dominantes sobre una condición psiquiátrica (Ejemplo: Películas como *A Beautiful Mind*, *Robert Fischer* y otras personalidades que relaten historias que han trascendido el problema).
- c. Ampliar a través de preguntas de exploración cualquier paso, por pequeño que sea, que propenda a la creación de una narrativa de superación.
- d. Conversaciones de re-membresía y cartas terapéuticas de adiós al pasado y de bienvenida a una nueva vida en donde no domine la historia de la condición psiquiátrica y de víctima del estresor identificado.

Besley (2002), Carr (1998), Anderson (1997) y Hoyt (2003) desde la Terapia Narrativa, enfatizan una revisión de los modos de hacer psicoterapia para reconocer su posición en una relación de poder y cuestionar la tendencia a patologizar desapoderando a la persona. White y Epston (1990), Epston y White (1992), Morgan (2000), Sluzski (1998), Zimmerman y Dickerson (1996), entre otros, nos invitan desde diferentes partes del planeta a re-examinar nuestros acercamientos psicoterapéuticos. La Terapia Narrativa provee una alternativa más justa para las personas a quienes servimos. Es, a su vez, una opción de intervención de mayor consonancia para las personas que optamos por prepararnos para ayudar a otras personas a superarse.

REFERENCIAS

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities a postmodern approach to therapy*. Nueva York, Nueva York: Basic Books.
- Besley, T. (2002). Foucault and the turn to narrative therapy. *British Journal of Guidance and Counseling*, 30, 2, 67-82.
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20, 4, 485-502.
- Epston, D. & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative and imagination: Selected papers of David Epston and Michael White, 1989-1991*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Fondos Unidos. (2007). *Estudio sobre las necesidades sociales en Puerto Rico*. Accedido el 15 de febrero de 2006 en www.fondosunidos.org
- Foucault, M. (2004). *Historia de la locura en la época clásica* (6ta Ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica* (4ta. Ed.). México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad* (3ra Ed.). España: Paidós.
- Gremillion, H. (2004). Unpacking essentialisms in therapy: Lessons for feminist approaches from narrative work. *Journal of Constructivist Psychology*, 17, 173-200.
- Hoyt, M. F. (2003). *Constructive therapies*. Nueva York, Nueva York: Guilford Press.
- Mannoni, M. (1998). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publication.

- Rodríguez, S. & Ortiz, N. (2005). El poder de la narrativa: la deconstrucción y co-construcción de “realidades” en el contexto psicoterapéutico. En G. Bernal & A. Martínez-Taboas (Eds.), *La psicoterapia en Puerto Rico* (pp.77-90). San Juan: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Rosich, W. (1995). *La verdad sobre la Reforma de Salud: vandalización de la profesión médica*. Humacao, PR.
- Sluzski, C. (1998). Transformaciones: un esquema acerca de los cambios narrativos en la terapia. *Sistemas Familiares*, 14, 2, 11-25.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York, Nueva York: Norton.
- Zimmerman, J. & Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. Nueva York, Nueva York: Guilford Press.