

LAS CONVERSACIONES DEL EQUIPO EN EL MODELO NARRATIVO-TEMÁTICO ABRIENDO PASO A LA HISTORIA POR VIVIR

TEAM CONVERSATIONS IN THE NARRATIVE-THEMATIC MODEL OPENING A SPACE FOR THE STORY NOT-YET-LIVED

Ricardo Ramos Gutiérrez

Consultor Emérito de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3803-6693>

Sheila Izu

Terapeuta Familiar de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5159-1339>

Laila Aljende

Terapeuta Familiar de la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona, España

Servicio Atención a Hombres para la promoción de relaciones no violentas,
Ayuntamiento de Barcelona. España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5920-7127>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos, R., Izu, S. y Aljende, L. (2020). Las Conversaciones del Equipo en el Modelo Narrativo-Temático. Abriendo paso a la Historia por Vivir. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 249-263. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.386>



Resumen

El modelo narrativo - temático, sobre el que se articula el presente trabajo, es un intento de síntesis y desarrollo de otros dos modelos terapéuticos con los que comparte premisas: la terapia narrativa y la terapia dialógica. Algunos de los instrumentos que propone el modelo, ejemplificados a través de un caso clínico, ponen de relieve las principales diferencias con estas terapias: qué posición asume el terapeuta, cuál es el locus de intervención, a qué y quién responde la conversación terapéutica y qué objetivo tiene la terapia.

Este modelo plantea una forma particular de uso del equipo que permita a los integrantes zafarse de cómo la historia que cuentan (las familias y los profesionales) condiciona sus respuestas. Teniendo en cuenta el flujo de conversaciones que preceden a la conversación terapéutica, el Plan Temático de la Sesión se plantea como una herramienta que permite al equipo situarse en la red y ayudar así a repositionar a la familia apuntando a posibilidades y a futuro. La conversación terapéutica busca influir sobre las relaciones entre los miembros de la familia y los profesionales con los que se van a seguir relacionando. Para ello se tiene en cuenta qué personas y qué temas se activan en un momento determinado en el sistema, así como qué sesgo van tomando las conversaciones. La historia que interesa es la que se pueda construir a partir de lo que le ocurre a la familia mientras transcurre la terapia, lo que denominamos la historia por vivir.

Palabras clave: Modelo Narrativo–Temático, Terapia Narrativa, Terapia Dialógica, Plan Temático, Historia por Vivir.

Abstract

The narrative-thematic model, which this work seeks to examine, represents an attempt to develop the initial approaches of two other therapeutic models: the narrative model (the problem- saturated story and the need of a new one) and the dialogical model (the problem determinated systems and the need of a new way of talking). Some of the instruments proposed by the model, illustrated through a clinical case, illustrate the main differences with these therapies: what posture the therapist adopts in them, the locus of intervention, what and whom the therapeutic conversation is based on, and the objective of the therapy.

This model posits a particular form of team use that allows members to realize how the story they tell (families and professionals) conditions their responses, and to overcome this tendency. Taking into account the flow of conversations that precede therapeutic conversation, the thematic plan of the session is viewed as a tool that allows the team to situate itself in the network, thereby helping to reposition the family, pointing to new possibilities and the future. The therapeutic conversation seeks to influence the relationships between family members and the professionals with whom relationships will be maintained. To this end, we take into account the people and topics that are activated at a given moment in the system, as well as the bias that the conversations take on. The story that is of interest to us is that which can be built based on what happens to the family during the course of the therapy, which we term the “story not yet lived”.

Keywords: Narrative-Thematic Model, Narrative Therapy, Dialogical Therapy, Thematic Plan, Story Not Yet Lived.

El encaje del modelo narrativo-temático en las terapias posmodernas

En la segunda mitad del siglo XX surge un movimiento crítico que se extiende a diversas disciplinas (artes, filosofía, sociología, antropología, psicología, etc.), desafiando los principios básicos de la modernidad y que supone un giro en la práctica psicoterapéutica.

Las prácticas terapéuticas posmodernas (Andersen, 1987; Anderson y Goolishian, 1988; Arnkil y Seikkula, 2015; Shazer, 1985; Seikkula, 1994; Sluzki, 1992; White y Epston, 1989) conciben las relaciones como el medio a través del cual el *self* se define sugiriendo que el conocimiento del sí mismo aparece a través de diferentes prácticas sociales (Madigan, 2011). Pese a las diferencias en lo que concierne al nivel más pragmático, todas ellas compartirían una serie de premisas básicas sobre el lenguaje, el conocimiento, los problemas, las relaciones interpersonales y la identidad.

Varios autores dentro de estas corrientes posmodernas y postestructuralistas en psicología (Anderson, 1997; Gergen, 1990; Gergen et al., 1995; White y Epston, 1989) subrayan que históricamente el lenguaje de la psicoterapia ha sido un lenguaje de déficit y que la terapia frecuentemente es vista como una tecnología para “componer” personas defectuosas, haciendo énfasis en su preocupación por los efectos negativos que de esta forma los diagnósticos psicopatológicos pueden tener sobre las personas.

Para evitar una perspectiva que se focalice en lo patológico, estos modelos se interesan por lo que va bien, por lo que sí funciona, y por los significados que las personas les dan a sus vivencias. Se potencian así los recursos y la creatividad y se enfatiza la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica, en la que el usuario y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo en una relación donde el usuario es el experto en su propia vida (Anderson y Goolishian, 1992). En este contexto, los terapeutas buscarían crear relaciones y conversaciones que permitan la búsqueda de nuevas posibilidades desde una postura de curiosidad sobre las narraciones de los usuarios. Crean en la agencia personal para tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, están orientados hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio.

El modelo Narrativo-Temático, sobre el que se articula el presente trabajo, está inspirado en las propuestas iniciales de los modelos clínicos derivados de dos escuelas: la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa o Dialógica. Estos dos modelos comparten premisas epistemológicas similares, como la inexistencia de una verdad objetiva, y la influencia del lenguaje y los contextos socioculturales en la creación del problema; pero establecen ciertas diferencias en el papel que le toca jugar al terapeuta.

En el modelo narrativo el terapeuta opera como un activista sociopolítico que se propone liberar el conocimiento y las historias subyugadas mientras en el modelo colaborativo el papel del terapeuta es el de arquitecto del diálogo, que se preocupa de quién tiene que hablar con quién, dónde, cuándo y acerca de qué,

funcionando de cara al usuario como un editor amistoso (Monk y Gehart, 2003).

El principio básico del modelo Narrativo-Temático postula que ni las personas, ni las familias, ni los grupos, ni las instituciones tienen una historia; lo que tienen es un pasado en base al cual se pueden contar distintas historias. No existe una historia previa al acto de contarla, en la que existan ciertos hechos que se puedan establecer como imprescindibles y otros como prescindibles, a la que el relato del narrador-historiador pueda ser más o menos fiel, y que dé cuenta suficientemente de ese pasado. No hay más historia que la contada (hablada o escrita) y esa historia se cuenta en el presente, por el presente y para el presente (Ramos, 2001).

Las familias y usuarios que nos consultan se esfuerzan, sin embargo, en contarnos una historia más o menos consensuada y polémica por la que pretenden explicar los hechos que los han llevado a la situación problemática en la que se encuentran. La selección que se puede hacer de los hechos del pasado para contar una historia acerca del mismo con cierto sentido tampoco puede ser arbitraria (Veyne, 1984). Los hechos del pasado poseen una organización natural que se le impone al narrador-historiador una vez que este ha elegido a qué historia del pasado referirse y la está contando. En el contexto clínico lo que nos tratan de explicar los usuarios a través de la historia que nos cuentan es el camino por el que han llegado a alcanzar la posición que ahora mantienen en la situación conflictiva por la que están en nuestra consulta.

Contar una historia es una práctica social que tiene su centro en la relación narrador-receptor. Un texto, incluso un texto escrito, es una “máquina perezosa de crear sentido, que necesita de la colaboración del lector” (Eco, 1979). Por lo tanto, el lector (el terapeuta) es un elemento estructurante del texto y es corresponsable de la historia que ha dejado que le cuenten.

En el modelo narrativo-temático se contemplan tres dimensiones de intervención que no son sucesivas, sino que se intersectan, aunque con cierto predominio de una u otra en distintos momentos de la terapia: la dimensión deconstructiva, la temática y la reconstructiva (Ramos, 2018).

La dimensión deconstructiva hace referencia a las posiciones conversacionales desde las que la familia y el terapeuta contribuyen paso a paso a la construcción del relato. Mientras la familia busca sumarle determinismo al relato el terapeuta trata de restárselo. La familia relata desde una posición conversacional básica de necesidad (“pasó tal e hicimos esto, y entonces pasó cual y tuvimos que hacer aquello...”). Frente a ello el terapeuta debe participar desde una posición de contingencia (“les creo, pero qué pena que no pudieran hacer otra cosa o esto otro”).

La dimensión temática alude a los temas de los que se habla durante la terapia y al papel que el terapeuta tiene en la introducción y articulación de estos. La historia que circula en la terapia es la ilustración, en forma figurativa y concreta, de un tema existencial que tiene atrapada a la familia en ese momento (¿qué es la pérdida?, ¿qué es la paternidad?, ¿qué es la enfermedad?) y al que la familia trata de

buscar respuesta a través de la historia que se está construyendo y del final posible que se le puede dar, dadas las circunstancias (Ramos, 2008).

La dimensión reconstructiva se refiere a la construcción de la historia terapéutica. El material de esta historia, o dicho de otra forma, los acontecimientos que la componen, no se buscan en el pasado ya vivido sino en aquello que se está viviendo en el presente. El foco está centrado en los acontecimientos que ocurren durante la propia terapia, así como en el nuevo final (Ramos, 2015).

En cuanto al papel del terapeuta, el objetivo principal en la dimensión deconstructiva, tal y como ya comentábamos anteriormente, es el de restar determinismo a la historia que la familia nos cuenta. A nivel de la dimensión temática se puede caracterizar como el esfuerzo de emplazar a la familia a hablar entre ellos de los temas que es necesario hablar en este momento de sus vidas y en este punto de su trayectoria asistencial. Por último, en lo que respecta a la dimensión reconstructiva se basa en promover, articular, testimoniar y documentar los acontecimientos que ocurren durante la terapia, para darle el mejor final posible, dadas las circunstancias.

¿Con qué familia estamos tratando?

En lo que resta de artículo presentaremos viñetas de un caso para ilustrar algunos aspectos del modelo y sus diferencias con los modelos en los que se inspira. La familia, que es atendida en el servicio de terapia familiar de un hospital de especialidades de una gran ciudad, nos ha hecho llegar, siguiendo el protocolo de admisión, una hoja de solicitud firmada por ambos en la que explican los motivos por los que solicitan la consulta. Además, señalan si hay otros problemas que les preocupan y adjuntan los informes de los profesionales que les han venido atendiendo y cuyo contenido, normalmente, conocen.

Se trata de una familia compuesta por un hombre menor de 50 años, que nos viene diagnosticado como “alcohólico crónico”, una mujer mayor de 40, extracomunitaria, viviendo hace 11 años en España, diagnosticada de “trastorno bipolar y episodios psicóticos” y un niño de 8 años, diagnosticado de “trastorno del desarrollo”. La razón aducida para derivarlos a terapia familiar es que “sus problemas psicológicos afectan a las dinámicas familiares”.

Esta caracterización podría ser la sinopsis de lo que convenientemente desarrollado se correspondería con la “historia saturada de problemas” formulada por White y Epston (1989). Según estos autores, las historias dominantes por la que los profesionales identificarían a las familias (y con la que las familias se sentirían identificadas), son restrictivas, no abarcan toda su experiencia y empobrecen su identidad (White, 2007; Madigan, 2011) restringiendo así las oportunidades que posibilitan construir significados que abarquen la complejidad de sus propias vidas.

De esta forma, podríamos decir que los usuarios buscarían terapia cuando las narrativas en las que se ven envueltos resultan limitantes y opresivas y la terapia se propone como una oportunidad para reinterpretar los eventos de sus vidas y sacar a la luz aspectos menos visibles que contradicen la historia dominante (Carey et

al., 2009).

La dimensión narrativa de la identidad se negocia en los diferentes círculos en los que el individuo participa. Por esa razón es de particular importancia el papel de la audiencia que da testimonio de cómo la reconstrucción de la historia configura nuevas identidades. En nuestro modelo prestamos especial atención al contexto profesional en este proceso. En este sentido, entendemos que la red de asistencia contribuye a una interpretación de los eventos de sus vidas en coherencia con la historia dominante, con lo que se continúa estableciendo la multiplicidad de problemas como definitoria en su identidad como familia consultante.

Las terapias de orientación posmoderna han incluido diferentes concepciones del equipo terapéutico (Seikkula et al., 2003; Andersen, 1987, 1991) buscando encarnar la multivocalidad de las situaciones humanas problemáticas. Distintos miembros del equipo resuenan con distintas vicisitudes de la familia, se identifican con miembros distintos, se enganchan con distintas versiones. En el modelo narrativo-temático usamos una forma particular de discusión del equipo para tratar de zafarnos de cómo la historia saturada de problemas (y su sinopsis) puede atraparnos y condicionar nuestras respuestas (Ramos, 2015).

El equipo está formado por un Terapeuta Senior (TS) que conoce todo el dossier del caso, establece la convocatoria a la primera sesión (las siguientes se convocan por consenso) y funciona como supervisor inter-, y de dos a cuatro terapeutas junior más, estudiantes de formación avanzada (T1-T4), que pueden variar de una sesión a otra, por lo que el conocimiento de los terapeutas participantes sobre el caso también puede variar.

Cada terapeuta junior conoce solo uno de los documentos del caso y lo comparte en la conversación de equipo explicándolo en base aquello que recuerda después de haberlo leído, sabiendo que los otros van a hacer lo mismo en base a una fuente de información (informe) distinta. Partimos de la idea de que la historia que nos llega del pasado de nuestros usuarios (por lo que ellos nos cuentan y por lo que los informes profesionales cuentan de ellos) nos atrapa. Al situarnos ante un caso con la responsabilidad de intervenir, y contando con una información que consideramos parcial e incierta, el terapeuta recibe un impacto: “una amalgama de imágenes, ideas (y emociones) que gradualmente a través del proceso narrativo en sí mismo toma una forma más o menos lineal, una organización basada en el tiempo con una estructura narrativa” (Dovey, 2002).

Se estima que el recuerdo y el olvido tienen que ver con factores de implicación afectiva. En base a ello consideramos que recordamos lo que nos ha afectado particularmente. Hayden White (1973) establece que nuestra relación con el pasado (personal o de otros) es emocional; recordamos lo que nos ha impactado. Por eso, entendemos que los terapeutas seleccionan de cada informe los núcleos de sentido que consideran importantes para ellos.

No obstante, la articulación de estos núcleos de sentido es colectiva. Lo que buscamos con este procedimiento es pasar de la resonancia (Elkaim, 1992), a través

de los detalles que recuerda cada uno, a la organización de una trama narrativa básica (Ramos, 2019). De esta forma, al compartirla resulta más lúbil y menos obvia de aquella a la que cada participante habría llegado de haber tenido que organizar y resumir todo el material de forma individual.

T1.- Son una pareja con un hijo de 8 años, Vienen derivados por el centro de salud mental. Hablan de problemas psicológicos que influyen en la armonía familiar:

T2.- Los dos van al mismo ambulatorio. En el informe de él se habla de consumo de alcohol con “clínica depresiva y ansiosa”, con 3 años de abstinencia y de personalidad introvertida. Él está en paro, la pareja es pensionista por, dicen “trastorno bipolar” y el niño tiene un “déficit de atención”. El informe de ella dice que ha tenido episodios de “trastorno bipolar” y algún “episodio psicótico”, pero que la clínica ha remitido y se mantiene estable; y habla también de problemas de pareja.

T3.- El niño lleva casi un año atendido por una psicóloga. Su informe habla de “problemas de atención y retraso del aprendizaje”, que le cuesta diferenciar entre realidad y fantasía, es muy controlador y tiene problemas de relación con los iguales y con los padres; estos dicen que es muy rígido y le cuesta aceptar límites. Pero ha habido mejoras. Lo derivan porque ha sobrepasado la edad de ser atendido por ella; recomienda abordaje familiar.

T2.- El psicólogo trabaja con la madre, que es extracomunitaria y lleva 11 años aquí, para que no transmita ansiedad al hijo.

T1.- Pero... ahora no entiendo si dicen que los “problemas psiquiátricos” de los padres influyen en la relación familiar o es un niño con problemas de conducta capaz de montar de repente un lío en casa.

La vacilación de T1 indica que el encaje que se estaba buscando tácitamente presenta grietas. De esta forma, lo que se pretende es organizar una trama narrativa menos sólidamente engarzada dejando espacios abiertos para aspectos que, aunque en la información que manejamos se contemplan, quedan oscurecidos por la trama narrativa básica. Se nos dice que los tres miembros de la familia están mejor, pero hay que buscar un espacio narrativo emocionalmente cargado para que esa mejoría abra el camino de una historia con un final distinto. Eso es lo que se intenta reconstruyendo la sinopsis de la historia a un terapeuta (T4) que llega con retraso.

T2.- Es una pareja, él de cerca de 50 años y ella mayor de 40 con un hijo de 8 años y dicen que tienen problemas psicológicos que afectan a la dinámica familiar. Traen informes del centro de salud mental. En el de él se nos dice que hubo abuso de alcohol, que está abstinento y que está en paro; también hablan de personalidad introvertida. Dicen que ella ha tenido depresiones, parece que, en el posparto, y algún episodio psicótico; es de origen extracomunitario y vive hace 11 años en (ciudad). Del hijo dicen que tiene dificultades de atención, tratado por una psicóloga.

T4.- ¿Qué edad tiene el niño?

T3.- Ocho. Han tratado con ella que no le transmita ansiedad. Le han dado pautas; no especifican mucho.

T4.- Entiendo que es un niño que tiene problemas de aprendizaje y que hay que darle confianza, no transmitirle angustia.

T3.- Supongo que no le atosigue con las tareas, que la madre no le haga según qué comentarios.

T2.- También hablan de la dinámica de pareja. Quizás que no le transmitan sus problemas al hijo.

T4.- Que sea consciente de que su malestar puede influir en el niño.

T3.- Hay una mejora en el lenguaje. Los problemas de lenguaje y atención afectaban a su resultado académico.

TS.- ¿De quién estamos hablando?

T3.- Ahora estamos hablando del niño.

TS.- ¿Del niño de quién?, ¿quiénes son esas personas?, ¿qué sabemos de ellas?

T3.- Ella es una enfermera...de fuera de aquí.

T2.- Él es una persona introvertida; y ella un poquito más angustiada que ante los problemas se puede saturar fácilmente.

TS.- Por lo que nos dicen estamos hablando nada menos que de una “depresiva psicótica con depresión post-parto” y un “alcohólico fóbico” que tienen un hijo con “problemas de desarrollo”. La “depresiva” en “remisión completa” y el “alcohólico” que lleva tres años sin beber.

T2.- Y aún así, siguen vinculados a los profesionales.

TS.- Están aquí porque les han dado de alta a los tres, y ... de repente piden terapia familiar ¿por qué?

T4.- Están intranquilos con ellos...por si pasara algo. El niño no está tan mal como podría.

TS.- ¡Los mandan aquí porque no se pueden fiar de ellos! El niño no está ni la mitad de mal de lo que se podría esperar. Así que ¿qué les vamos a plantear ahora?

Nuestra propuesta apunta a cambiar la caracterización de los personajes de la historia, aproximarnos a ellos desde otro ángulo. Verlos con una mirada diferente es uno de los pasos iniciales para construir una historia terapéutica (Madsen, 2007). Escoger entre las diferentes miradas posibles, aquella que permite vislumbrarlos oteando más hacia el futuro y, como consecuencia, requiriendo más de su capacidad.

Centrándonos en el nivel de las tramas narrativas básicas, nuestro interés reside también en explorar cómo los relatos afectan al receptor. Pretendemos empezar a plantear ideas de cómo se puede identificar al mismo tiempo que soslayar ese efecto, para así tratar de reconducir la narración hacia un final terapéutico (Ramos, 2015).

Del *not-knowing* al plan temático de la sesión

El modelo dialógico propone que el terapeuta trabaje desde una posición de *not knowing* que reubica el papel de experto en el propio usuario (Anderson y Goolishian, 1992; Gergen y Ness, 2016). En lo que debe ser experto el terapeuta es en el diálogo; es su responsabilidad mantener un espacio y un proceso donde se dé una relación colaborativa (Anderson, 2012). Su papel se puede definir como el de un arquitecto del diálogo, sugiriendo quién debe hablar con quién, dónde, cuándo y acerca de qué (Anderson y Goolishian, 1988).

La posición de *not knowing* es la plasmación de una postura filosófica en base a la cual el terapeuta busca construir una relación colaborativa que le permita ser, actuar y responder de manera que la otra persona comparta el vínculo y la acción conjunta (Anderson, 2012; Shotter, 1984). A través de ella el terapeuta trata de estar dispuesto y preparado para estar con otra persona, orientándose y reorientándose hacia ella (Anderson, 2012), y poder así conocer y actuar desde dentro (Shotter, 1993). En base a ello el terapeuta no trata de llevar la conversación en ninguna dirección particular, sino que se centra en el encuentro terapeuta-cliente, considerándolo de forma autosuficiente a la vez que incondicionado de las conversaciones simultáneas y sucesivas que se siguen desarrollando con otros profesionales implicados en el sistema determinado por el problema.

Pero es en el concepto de usuario donde se articula una de las diferencias con el modelo que estamos presentando. En el modelo narrativo-temático es importante la distinción entre el usuario (las relaciones cuya transformación busca la intervención) y el *locus* de la intervención. Lo que propone el modelo es que trabajamos con un caso, y que el *locus* principal es la familia.

Entendemos por caso una definición de una situación problemática que afecta a una familia, construida a través de conversaciones guiadas por los profesionales y que ha alcanzado una estabilidad sin ser estable (por ser producto de versiones distintas dadas a distintos profesionales y estar sujeta a polémica). Esta llega al terapeuta en forma de núcleos de significado ejemplificados por eventos aislados, susceptibles de ser articulados en una trama que permite esbozar una historia inacabada que va apuntando hacia un final vago e impredecible, pero en todo caso indeseado.

En el caso que estamos considerando, nos hallamos ante el impacto que la historia previa genera en nosotros: una posible trama que emerge como trágica (“esto no puede acabar bien”) con el hijo como protagonista.

Las relaciones que en este modelo hay que tener en cuenta, y sobre las que se intenta contribuir a transformar en la medida de lo posible, son las relaciones entre los miembros de la familia y entre estos y los profesionales con los que se va a seguir relacionando. Por lo tanto, el terapeuta tiene que velar porque lo que se diga (y la forma en que se diga) en la sesión con la familia esté moldeado tanto por las necesidades de la familia como por los requerimientos de las circunstancias en las que la familia se encuentra (Shotter, 2016), incluyendo en ello a los profesionales.

La conversación terapéutica con la familia tiene que responder (hacerse eco y tener eco) a las otras conversaciones que se van a seguir produciendo sobre el caso entre la familia y los otros profesionales, gracias a los cuales nuestra intervención resulta posible, y ante los cuales también tenemos que responder. La manera de intentarlo que propone el modelo es el plan temático de la sesión (Ramos, 2008, 2012, 2015).

En base a la discusión del equipo, el terapeuta presenta a los convocados un conjunto de temas (entre tres y cinco a fin de que se puedan retener) como asuntos que le preocupan en base a lo que ya sabe de la familia a través del protocolo de admisión ya descrito, y sobre los que plantea a la familia que le gustaría hablar en la sesión. Se proponen al comienzo de esta con la petición de que elijan por dónde quieren empezar, qué tiempo creen oportuno conceder a cada uno y qué otros temas ellos desearían añadir.

Los temas no son arbitrarios ni están presentados arbitrariamente, sino que tratan de estar relacionados con temas que son o han sido candentes en conversaciones previas principalmente con otros profesionales, y deben ser formulados siempre que sea posible apuntando a capacidades y a futuro (Madsen, 2011). La elección de los temas depende de cada caso y de cada situación pero, en general, apuntan a cerrar o distanciar a la familia de problemas o temas pasados que ya no tienen actualidad aunque sigan mencionándose en la definición del caso, y/o temas capaces de retornar la responsabilidad y la agentividad a la familia y/o temas susceptibles de abrir un proyecto de futuro asumible. El objetivo es establecer un nuevo reparto de derechos y deberes en la situación actual (en el nuevo episodio que se abre en la terapia), para el que estén mejor capacitados y que les resulte más asumible (Harré et al., 2009; Harré y Moghaddam, 2014).

En este caso se formuló el siguiente *Plan temático*:

Les mandó aquí la colega que está atendiendo a su hijo pequeño porque, por problemas de agenda, tenía que finalizar su trabajo y se planteaba que se pudiera seguir trabajando con ustedes de alguna forma. En cualquier caso, daba a entender en su informe que el niño había mejorado (cerrar el tema de los problemas del hijo). Así que, como han pasado unos meses desde que le dieron allí el alta hasta que hemos podido realizar esta visita, lo primero que queríamos preguntarles es qué es lo que han visto que más les ha preocupado del pequeño en este tiempo (devolverles la responsabilidad).

Lo segundo que queríamos hablar con ustedes es que, por lo que sabemos, ambos han estado personalmente tratados durante bastante tiempo y por problemas serios. Pero también sabemos por los informes que tenemos de ustedes que ambos han mejorado (distanciarse de su pasado de enfermedades). Queríamos preguntarles qué es lo que personalmente consideran que todavía tendrían que cambiar, y porqué sería importante para ustedes cambiar en eso ahora (devolverles la responsabilidad).

Y la tercera cosa que queríamos hablar, un poco como resumen después de

todo lo que han pasado, sería si hay algún indicio que les permitiera vislumbrar que pueda estar llegando el momento de disfrutar un poco de su vida, después de todo lo que han pasado (viabilidad de un proyecto de futuro).

El sistema determinable por el problema: la carta a la red

En las terapias dialógicas un sistema no se considera como un grupo con historia y con futuro, sino una red conversacional generadora de significado. El problema no se ve como el resultado de la disfunción de un sistema (la familia) sino que es el sistema el que se considera el resultado de la difusión de un problema. Se define el concepto de Sistema Determinado por el Problema (SDP) (Anderson et al., 1986) como una red conversacional que se edifica a raíz de una alarma que un miembro de un sistema profesional suscita en base a la conducta observada de un miembro de un sistema natural (el paciente identificado), alarma que encuentra eco y que acaba automantiéndose.

La conversación terapéutica es una conversación más en el marco y en el flujo de las conversaciones desarrolladas en el SDP. La conversación se ve alimentada en sus temas y en el planteamiento de los mismos por las conversaciones que le han precedido y es capaz, a su vez, de alimentar a las que le sucederán. Así pues, el objetivo de la conversación terapéutica no es resolver el problema, sino disolverlo, permitiendo así que se acabe disolviendo el propio SDP que lo generó (Anderson y Goolishian, 1988).

El SDP conduce a una quiebra conversacional, en la que las conversaciones acaban por ser monológicas en lugar de dialógicas. Se “habla a”, instruyéndolo, antes que “hablar con”, escuchándonos.

En nuestro modelo consideramos que no todos los interlocutores implicados tienen el mismo poder simbólico, definido como el poder de constituir lo dado al afirmarlo, de actuar sobre el mundo actuando sobre las representaciones del mundo (Bourdieu, 1991). Por lo tanto, cuenta quién habla y desde dónde. Proponemos, pues, que la comunicación social se desarrolla bajo una doble constricción: la del contenido de la comunicación (de qué se habla) y los sujetos que comunican (quiénes hablan) (Díaz Martínez, 1996).

Eso nos lleva a proponer dos conceptos; el primero es el de sistema determinable por el problema, referido a quiénes son las personas que, dado el punto al que ha llegado el problema (en función de su intensidad, consecuencias o duración) podrían o deberían añadirse a la conversación. Y el segundo es el del estado de activación de la red conversacional, referido al sesgo que van tomando las conversaciones en función de la secuencia y los eventos que marcan su transcurso (Anderson y Goolishian, 1988; Ramos, 2008).

Mientras el sistema determinado por el problema se refiere a las personas (particularmente profesionales) que están hablando con la familia en una situación dada (Anderson y Goolishian, 1988), el sistema determinable por el problema hace referencia a las que deberían estar hablando o se pueden incorporar en cualquier

momento a la red conversacional, habida cuenta el cariz que está tomando la situación (Ramos, 2008), y que el terapeuta debe tener en cuenta por el sesgo que les puede dar. Por ejemplo, si una situación conflictiva de una pareja con hijos pequeños llega a la violencia, el terapeuta tiene que plantearse la presencia de los servicios de protección del menor.

El estado de activación tiene que ver con cómo se orientan las conversaciones en función del eco y trayectoria de la alarma. Por ejemplo, si en el curso de la terapia se produce un episodio grave de maltrato, la temática de las sesiones puede derivar a ayudar a la propia familia a ser ellos los que notifiquen el episodio a los servicios de protección como la mejor manera de hacer posible la continuación de la terapia (Mackinnon, 1998).

Estimados colegas.

La presente carta es para informaros que hemos comenzado una terapia familiar con los padres del paciente X. Sabedores de que lo estáis evaluando, no lo incluiremos en nuestras sesiones hasta que vuestro equipo haya acabado la evaluación y nos podáis especificar los aspectos en los que querríais que trabajáramos, dentro de nuestra área.

Los padres nos han dicho que la familia ha atravesado muchas situaciones complicadas. Sin embargo, parece que han alcanzado cierta estabilidad, lo cual es algo que querríamos trabajar.

La madre está ahora estable respecto a su Trastorno Bipolar y el padre está abstinentes en el consumo de alcohol por un período razonable de tiempo. Ambos están interesados en proporcionar el máximo de estabilidad a su hijo, hacia quien han expresado un profundo afecto.

La última situación complicada que han experimentado (la pérdida de la casa en que vivían), parece haber alcanzado un buen final, dado que han conseguido encontrar otra casa en la que están mejor.

El próximo paso que nos planteamos es tener entrevistas individuales con ambos miembros de la pareja para explorar con ellos los cambios positivos que han alcanzado. La idea es trabajar sobre el impacto que esas mejorías pueden tener en la vida de la pareja.

Tenemos también noticias de la próxima visita de los abuelos maternos. Estamos considerando la idea, con la previa autorización de los padres, de invitarlos y solicitar su apoyo al proceso de estabilización que estamos intentando consolidar.

Esperamos que esta información os sea de ayuda para conocer la situación global de vuestro paciente.

Quedamos a la espera de vuestras noticias.

Esta es la carta enviada al finalizar la primera visita a los colegas que seguirían viendo, a partir de ese momento y durante un tiempo, al hijo de esta pareja. Estos colegas de salud mental infantil constituyen los nuevos miembros del sistema determinable por el problema con los que habrá que contar y que quizás, por la ausencia de historia compartida con la familia en sus peores momentos, podrían asumir más

fácilmente el sesgo que estamos intentando dar: que después de la mejoría se abra, por fin, un periodo de esperanza.

De la historia-aún-no-contada a la historia-por- vivir

Las conversaciones en el SDP son, tal y como hemos dicho, monológicas. En ellas, desde una posición de experto el profesional “habla a” los usuarios, intruyéndoles sobre qué hacer. La posición de *not knowing* alumbraría conversaciones dialógicas en las que se “habla con”, permitiendo la emergencia de lo aún-no-dicho, con lo que la terapia se concebiría como la expresión y expansión de lo *not-yet-said* (Anderson y Goolishian, 1988).

Pero en nuestro modelo la historia que interesa no tiene que ver con ninguna historia del pasado, contada o no. Nos centramos en la historia-por-vivir, aquella que se puede construir dando sentido a las cosas que pasan en la terapia y en la vida del usuario mientras esta transcurre (Ramos, 2015).

La historia, tanto de un periodo histórico como de una etapa de la vida, se construye seleccionando y engarzando unos eventos dentro del flujo ininterrumpido de eventos que constituye ese periodo (o esa vida). Se trata de elegir entre ellos: a) un Motivo Inaugural, a partir del cual comienza la historia; b) unos Motivos de Transición, cosas que ocurren en ese periodo (en nuestro caso, durante la terapia) que se intuyen como importantes, pero cuya importancia y significado no se sabrán hasta que la historia concluya; y c) un Motivo Terminal, un evento que permite cerrar esa serie de eventos extrayendo de ella un cierto sentido, aun cuando la vida continúe (Ramos, 2018; White, 1973).

El primer paso para construir esa historia-por-vivir es buscar y tratar de hacer circular algo que pueda funcionar como motivo inaugural de la misma, a la espera de que sigan pasando cosas que se puedan ligar como desarrollo de ese motivo inaugural. En este caso, la afortunada ubicación en un nuevo domicilio tras el desahucio del anterior (mencionado en la carta a los colegas) se propone como el acontecimiento que pudiera inaugurar un cambio hacia un futuro mejor que esta familia, tras todo su empeño, merece.

Una vez consolidado el motivo inaugural el terapeuta debe estar atento a percibir, promover y además testimoniar (como hizo con la carta) cuantos nuevos eventos ocurran durante la terapia que se puedan articular como pasos (motivos de transición) hacia la mejor salida y final posible de la situación en la que llegaron a terapia dadas las circunstancias. Se trata de buscar y proponer un acontecimiento que funcione como colofón y salida de esa historia (motivo terminal) y que permita, así, darle un cierre significativo.

Conclusiones

El modelo narrativo-temático establece una diferencia con respecto a otros enfoques posmodernos, tanto en el ámbito en el que se busca construir la historia terapéutica como en la organización de la conversación terapéutica destinada a

conseguirlo.

No se trata de buscar una historia alternativa en base a acontecimientos distintos, pero también presentes en el pasado, como en el modelo narrativo, ni tampoco una historia pasada que no había sido contada aún, como en el modelo dialógico. Se trata de contar una historia que está ocurriendo en el presente, durante la terapia, cuyo sentido pleno lo adquirirá en el futuro, cuando la terapia alcance un final.

Planteamos que la historia-por-vivir, la historia en la que el terapeuta está presente es en la que este puede tener la máxima incidencia. Asimismo, proponemos el plan temático como una guía para el terapeuta de forma que, resonando lo más posible con otras conversaciones que la familia está manteniendo simultáneamente, permitan que la conversación terapéutica alcance su máxima eficacia.

Referencias

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. Norton.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversation: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process*, 51(1), 8-24. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. En S. McNamara y K. J. Gergen (eds.), *Therapy as social construction* (pp 25-39). Sage.
- Anderson, H., Goolishian, H. y Widerman L. (1986). Problem Determined System. Towards transformations in Family Therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 5(4), 1-13. <https://doi.org/10.1521/jsst.1986.5.4.1>
- Arnkil, T. E. y Seikkula, J. (2015). Developing dialogicity in relational practices: Reflecting on experiences from open dialogues. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 142-154. <https://doi.org/10.1002/anzf.1099>
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Polity.
- Carey, M., Walther, S. y Russell, S. (2009). The absent but implicit: a map to support therapeutic enquiry. *Family Process*, 48(3), 319-331. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01285.x>
- Díaz Martínez, C. (1996). *El presente de su futuro: modelos de autopercepción y de vida entre los adolescentes españoles*. Siglo XXI.
- Dovey, J. (2002). Notes toward a hypertextual theory of narrative. En M. Rieser y A. Zapp (eds.), *New Screen Media. Cinema/Art/Narrative* (pp. 135-145). British Film Institute.
- Eco, H. (1979). *The Role of the Reader: Explorations in the Semiotics of the Text*. University Press.
- Elkaïm, M. (1992). *Si me amas no me ames: psicoterapia con enfoque sistémico*. Gedisa.
- Gergen, K. J. (1990). *The saturated self*. Basic Books.
- Gergen, K. J., Hoffman, L. y Anderson (1995). Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue. En F. Kaslow (ed.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 102-118). Wiley.
- Gergen, K. J. y Ness, O. (2016). Therapeutic practice as social construction. En M. O'Reilly y J. N. Lester (eds.), *The palgrave handbook of adult mental health, discourse and conversation studies* (pp. 502-519). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137496850_26
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Pilkerton-Carnie, T., Rothbart, D. y Sabat, S. (2009). Recent Advances in Positioning Theory. *Theory and Psychology*, 19(1), 5-31. <https://doi.org/10.1177/0959354308101417>
- Harré, R. y Moghaddam, F. M. (2014). Positioning Theory. En: N. Bozatzis & Th. Dragonas (eds.), *The Discursive Turns in Social Psychology* (pp. 129-138). Taos Institute Publications.
- Mackinnon, L. (1998). *Trust & Betrayal in the Treatment of Child Abuse*. The Guilford.
- Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy: Theory and Practice*. The American Psychological Association.

- Madsen, W. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. Norton.
- Madsen, W. (2011). Collaborative helping maps: a tool to guide thinking and action in family-centered services. *Family Process*, 50(4), 529-543. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01369.x>
- Monk, G. y Gehart, D. (2003). Sociopolitical Activist or Conversational Partner? Distinguishing the Position of the Therapist in Narrative and Collaborative Therapies. *Family Process*, 42(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00019.x>
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Paidós.
- Ramos, R. (2008). *Temas para Conversar*. Gedisa.
- Ramos, R. (2012). El plan temático de la sesión: una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes, Revista de psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 27, 73-90.
- Ramos, R. (2015). *Terapia Narrativa con familias multiproblemáticas*. Morata.
- Ramos, R. (2018). Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el Modelo Narrativo-Temático. En T. Zohn, E. N. Gómez y R. Enriquez (eds.), *Investigación en Psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión* (pp. 13-51). Iteso.
- Ramos, R. (2019). Historia, Conversación y Acontecimiento: tres elementos de la narración Terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 30(114), 17-29. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i114.318>
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16(4), 401-414. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.1994.00805.x>
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. y Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.42201.x>
- Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. Norton.
- Shotter, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. Blackwell.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language*. Sage.
- Shotter, J. (2016). Ontological risks and communication anxieties – on what and whom others will “allow” us to be. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1694.4805>
- Sluzki, C. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31(3), 217-230. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1992.00217.x>
- Veyne, P. (1984). *Writing History; Essay on Epistemology*. Manchester University Press.
- White, H. (1973). *Metahistory. The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe*. Johns Hopkins University Press, Baltimore-London.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton.
- White, M. y Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Dulwich.