

Revista electrónica de  
Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

*Revista Electrónica de Psicología Iztacala*  
*Vol. 13 No. 3*  
*Septiembre de 2010*

---

# DE LA PATOLOGÍA A LA NORMALIDAD: DECO-CONSTRUCCIÓN Y EMPODERAMIENTO

Patricia Trujano Ruíz<sup>1</sup> y Gilberto Limón Arce<sup>2</sup>  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional Autónoma de México

## Resumen

Se presenta el caso de una mujer que acude a terapia buscando seguridad, confianza, independencia, y superar su fobia a lugares cerrados. Desea dejar los medicamentos prescritos por su psiquiatra y dice tener una historia de depresión y múltiples terapias. Fue diagnosticada con síndrome de trastorno bipolar de la personalidad, y estuvo internada en una institución psiquiátrica. Mediante un mecanismo terapéutico que identificamos como deco-construcción, se fueron alterando los significados relacionados con la patologización de su experiencia, para abrir a la consultante a nuevas formas de interpretación. El cuestionamiento de los discursos dominantes, el uso de analogías, la externalización, la búsqueda de excepciones y la potencialización de sus recursos, favorecieron el empoderamiento y la construcción de un proyecto de vida digno y satisfactorio a más largo plazo. Al finalizar, ella reportó sentirse segura, confiada e independiente, capaz de asistir a lugares cerrados, y su psiquiatra le redujo significativamente el medicamento.

Palabras clave: Deco-construcción, terapias narrativas, terapia centrada en soluciones.

---

<sup>1</sup> FES Iztacala. Profesora Titular y Terapeuta: [trujano@servidor.unam.mx](mailto:trujano@servidor.unam.mx)

<sup>2</sup> Facultad de Psicología. Profesor Titular y Terapeuta: [limon@servidor.unam.mx](mailto:limon@servidor.unam.mx)

#### Abstract

We report the case of a woman who goes to therapy seeking for security, confidence, independence, and overcome his phobia towards enclosed spaces. She wants to stop with the medication prescribed by her psychiatrist and says she has a depression history and multiple therapies. She was diagnosed with bipolar personality disorder syndrome, and was interned in a psychiatric institution. Using a therapeutic mechanism that we identify as deco-construction, the meanings associated with the pathologizing of her experience were altered, opening the patient to new forms of interpretation. The questioning of dominant discourses, the use of analogies, the outsourcing, the seek for exceptions and the potentiation of its resources, favored the empowerment and the construction of a decent and satisfactory long term living project. At the end, she reported feeling safe, confident and independent, capable of visiting enclosed places, and her psychiatrist has significantly reduced her medication.

Keywords: Deco-construction, narrative therapies, solution focused therapy.

### Introducción

En la actualidad las sociedades parecen caracterizarse por impresionantes avances tecnológicos y por redimensionamientos culturales, lo que está favoreciendo una amplia y constante exposición a nuevos valores, opiniones, actitudes y estilos de vida tendientes, desde una mirada optimista, hacia una mayor tolerancia, pluralidad y diversidad. En esta época, que algunos autores han venido identificando como postmodernidad, se considera que estamos cada vez más inmersos en un mundo de múltiples perspectivas acerca de la realidad, y de cuestionamientos de las supuestas verdades universales, de las creencias absolutas, y de los discursos cerrados y excluyentes (Gergen, 1991), independientemente del nivel en el que se encuentren (la ciencia, la psicoterapia o la vida personal). Y es en este contexto en donde el construccionismo social ha venido jugando un papel fundamental.

Considerada por Ibáñez (1990) como heredera intelectual del racionalismo y de su vertiente teórica contemporánea, el construccionismo social se contempla como un movimiento que "...desde sus inicios buscó distanciarse de las interpretaciones cognoscitivistas y biologicistas de la psicología, además de presentar un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes" (Limón, 2005a; p. 32). Pero, además, se trata de una orientación que ha contribuido de manera sustantiva a las modalidades terapéuticas identificadas como narrativas o postmodernas, y, en nuestro caso, sobre formas de intervención que promueven la emancipación de las personas que pudieran estar "atrapadas" en formas de ser y de pensar muy restrictivas o estigmatizantes.

Por sus fuentes de inspiración, el construccionismo social puede considerarse una aproximación ecléctica, una orientación o movimiento que además se ha nutrido de las aportaciones más sustantivas de otras orientaciones o disciplinas. Es el caso de la teoría de la acción, que concibe al ser humano como agente propositivo y capaz de autodirigirse; o de la teoría de la atribución, que pone un marcado acento sobre las prácticas discursivas. Pero es también el caso de la orientación dialéctica marxista y postmarxista, que enfatiza el carácter histórico y relacional de nuestras formas de vida; del contextualismo de Ralph Rosnow, que subraya que el contexto sólo existe a través de los actos que constituye; de la teoría de la estructuración de Anthony Giddens, que resalta la naturaleza prioritariamente hermenéutica de los significados; o del modelo transformacional de la actividad social de Roy Bashkar, que destaca el carácter abierto de los sistemas sociales, incluidos, en éstos, los posibles efectos emancipatorios de las ciencias sociales. En el mismo sentido podemos mencionar la importancia de la teoría crítica de Habermas y su interés por la comprensión y la emancipación, además de la importancia siempre presente de la orientación hermenéutica o de las aportaciones de figuras históricas asociadas a esta postura, como Dilthey, Heidegger, Wittgenstein o Gadamer, la cual destaca, entre otras

cosas, que el saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre preinterpretaciones inherentes al lenguaje, es decir, que toda interpretación es relativa a sus condiciones sociohistóricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que lo articulan (citados en Limón, op.cit.). Es por ello que el construccionismo social se distancia de la preocupación por la predicción y el control, para identificarse con el interés por la comprensión y la emancipación, lo que puede facilitar, según Ibáñez (1990), el cuestionamiento de las creencias dominantes, y por tanto, la emergencia de formas alternativas de acción social, que podríamos igualmente identificar como formas de ser emancipatorias.

No obstante que la orientación construccionista surge en el ámbito de la psicología social, es en los años ochenta del siglo XX que pudo emigrar a los escenarios de la psicoterapia, particularmente en el campo de la terapia familiar, para posteriormente redimensionar nuevas tendencias, mismas que han sido genéricamente identificadas como terapias narrativas o postmodernas. Según Gianfranco Cecchin (1992), en la terapia familiar podemos observar un desplazamiento lento pero permanente desde una epistemología basada en principios cibernéticos, hacia otra sustentada en la idea de que las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos socialmente, de modo que las interacciones nos brindan las oportunidades y establecen los límites de nuestros mundos. Por ello, nos dice este autor, “un terapeuta construccionista social es siempre levemente subversivo respecto de toda ‘verdad’ cosificada” (p. 119). El desafío está en la negociación y en la co-construcción de maneras de ser viables y sostenibles (Cecchin, Lane y Ray, 2002). Como menciona Mark Beyebach (1999), desde un punto de vista que podríamos denominar político, este abordaje supone una crítica frontal a las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización, que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia y a la sociedad occidental en su conjunto.

Entre las propuestas más destacadas de estas innovadoras tendencias, podríamos mencionar la terapia colaborativa de Harlene Anderson (1999), el equipo reflexivo de Tom Andersen (1994), las sugerencias de Gianfranco Cecchin sobre la curiosidad y la irreverencia (1992), las terapias reflexivas de Lynn Hoffman (1992), el uso de los medios literarios, la externalización y la reautoría contempladas por Michael White y David Epston (1980), la terapia centrada en soluciones de William Hudson O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), y la terapia como diálogo hermenéutico y constructorista de Gilberto Limón (*Inédito*), entre otros.

Al margen de las diferencias y particularidades de los distintos autores afines a estas nuevas orientaciones, todos consideran la posibilidad de involucrarse, en mayor o menor medida en un proceso terapéutico que se distingue por la búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo, y por un proceso conversacional que lleva implícita la idea de la participación conjunta o colaboración entre el terapeuta y el consultante. Así, en las conversaciones con las personas, como lo señalan Anderson y Goolishian (1992), más que hablarle *a* otro, se implica la idea de hablar *con* el otro, con el propósito de desarrollar nuevas modalidades relacionales, nuevos significados y nuevas narraciones, tanto con nosotros mismos como con el mundo a nuestro alrededor.

Por ello, entre las características más sobresalientes de nuestra forma de hacer terapia, resulta importante trabajar con los sistemas de significados relacionados con el discurso de los consultantes, a la vez que contemplamos analizar las implicaciones personales, familiares y sociales de los juegos relacionales, de lenguaje y de significado en los que pudieran estar involucrados, sobre todo en su incidencia a más largo plazo (Limón, *Inédito*). A través de la conversación intentamos relativizar algunas de las experiencias y creencias que puedan estar dificultando su mejor desarrollo, buscamos ampliar sus márgenes de

libertad y generar estilos de vida alternativos, además de detectar y potencializar sus habilidades, entre otras muchas otras posibilidades.

Ahora bien, dentro de esta amplia gama de posibilidades del trabajo narrativo, figura la orientación centrada en soluciones y el trabajo de O'Hanlon y Weiner Davis (1989), quienes subrayan la eficacia de abordar los recursos de las personas más que sus déficits, sus fuerzas más que sus debilidades, y sus posibilidades más que sus limitaciones. Esta forma de hacer terapia no empieza atacando la queja, ni detectando déficits, ni buscando las áreas problema del consultante, sino buscando soluciones y pensando luego cómo llegar a ellas. Es un planteamiento, nos dicen estos autores, que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, además de ayudar a la gente a ver potencialidades y evocar acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Teniendo como antecedente el trabajo de Steve De Shazer (1986), lo fundamental es identificar y amplificar las secuencias de solución. Entre las principales premisas de este enfoque se encuentra la certeza de que todas las personas tenemos recursos y fuerzas para resolver nuestros dilemas, que el cambio es constante y por lo mismo que el cometido del terapeuta es localizarlo y maximizarlo, y que no hay una única "forma correcta" de ver las cosas, sino muchos puntos de vista, todos igualmente válidos; finalmente, que debemos concentrarnos en lo que es posible y puede cambiarse. Con esta interesante postura obtenemos la ventaja adicional de observar cambios en poco tiempo, lo cual resulta sumamente importante para quienes trabajamos en instituciones con un gran número de demandas de servicio, o, como es nuestro caso, donde nos regimos por un estricto calendario escolar universitario.

Como lo mencionan Adams-Westcott & Isenbart (1993), es posible que las personas desarrollen problemas cuando asumen narrativas que las inmovilizan, es decir, cuando se adhieren a historias experimentadas como opresivas. Al respecto, Durrant y White (1993) han observado que mucha gente tiene la firme creencia de estar "marcada" (o simplemente se asume en etiquetas o diagnósticos

que los restringen y/o limitan), lo que puede llegar a convertirse en una 'profecía autorrealizable'.

Estamos convencidos de que como terapeutas de alguna u otra manera influimos sobre la experiencia que los consultantes tienen acerca de su situación y, también, sobre la manera en que han de 'resolverlo'. De aquí nuestra responsabilidad en el proceso. Lo que preguntamos, lo que ignoramos, la forma en que abordamos los temas, el cómo encuadramos su discurso, etcétera, todo ello les ayudará a dibujar un paisaje diferente de sí mismos y de su futuro, pues la conversación terapéutica les llevará a reificar o rectificar las diversas experiencias que los llevaron a terapia. "El lenguaje es el medio universal en el que se realiza la comprensión misma", nos dice Gadamer (1984; p. 467), en donde ocurre el acontecer hermenéutico como experiencia del mundo. Y es a través del diálogo hermenéutico y constructor (preguntas y respuestas, apropiaciones y rechazos, muestras de confianza y extrañeza, etcétera) como surge la posibilidad de cuestionar los discursos dominantes, y en su lugar poder construir con las personas versiones más 'sanas' y liberadoras (Limón, 1997; *Inédito*; Trujano y Limón, 2005).

Nos referimos a un proceso terapéutico conversacional que hemos denominado *deco-construcción*, sobre todo para hacer más explícita la idea de que cuando abordamos las características de una historia, narración o 'texto' (en este caso tendientes a la patologización), adicionalmente estamos construyendo una perspectiva diferente, ampliada y presumiblemente más liberadora. *Grosso modo* se trata de un mecanismo que puede amplificar las alternativas y recursos de los consultantes de manera reflexiva, que, por cierto, en el caso que nos ocupa se trata de las formas de ser y de pensar relacionadas con el empoderamiento. Esto es, analizando/interpretando los sistemas de significados involucrados en las narrativas 'patologizadoras', para derivar, al mismo tiempo, interpretaciones alternativas que puedan ofrecerle un futuro más satisfactorio (lo que también

hemos identificado como proyecto de vida alternativo). Se trata de un proceso terapéutico conversacional que contempla un mecanismo simultáneo de deconstrucción y construcción de significados con su correspondiente generación de sentido (Limón, *Inédito*), mismo que puede imprimirle cambios sustantivos a las diferentes modalidades relacionales alrededor de las particulares formas de vida de las personas que buscan ayuda en la terapia. Y es también un proceso conversacional complejo en un horizonte de interpretación y comprensión compartida que, presuntamente, puede permitirles estar mejor consigo mismas y con su entorno significativo.

Por esta razón, en el caso de la orientación construccionista para la psicoterapia, y de nuestro punto de vista en particular, las historias de vida de las personas no tienen por qué percibirse como ‘sanas’ o ‘enfermas’, únicas o inamovibles, ahistóricas o absolutas, falsas o verdaderas. Lo importante es analizarlas como construcciones sociales que pueden volverse a pensar, para poder ‘liberar’ a las personas de preconcepciones rígidas o paralizantes, y, con ello, vislumbrar la posibilidad de ampliar sus perspectivas de vida. En otras palabras, son mecanismos que nos ofrecen la posibilidad de darle un giro conceptual a nuestra actividad como terapeutas, para poner el énfasis en las relaciones sociales, para acentuar el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad, y para destacar la importancia de los sistemas de significados que están implícitos en el discurso con el que nos comunicamos. Se trata de una perspectiva que nos está permitiendo afrontar los intrincados “problemas de la vida” de los consultantes de una manera que consideramos más apropiada o pertinente para el contexto social contemporáneo (Limón, 2005b; *Inédito*).



Partiendo de esta postura conceptual, el presente trabajo tiene como objetivo mostrar la intervención realizada con una mujer que acudió a terapia diagnosticada bajo la 'etiqueta' *de trastorno bipolar de la personalidad*.

## Historia de Caso

Motivos de la Solicitud.

A la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la UNAM, México, llega una mujer de 39 años, divorciada, con nivel de estudios profesionales, presumiblemente de clase socioeconómica media, en busca de empleo, solicitando el servicio psicológico *"...para aumentar la seguridad y confianza en mí misma, dejar de ser tan dependiente, superar la fobia a lugares cerrados, y especialmente, para que me ayuden con mi enfermedad, pues soy bipolar y tomo muchos medicamentos"*.

El contexto

La consultante (L) comenta que se le diagnosticó un trastorno bipolar de la personalidad, debido a que sufría periodos de depresión muy profunda (de aproximadamente 6 meses) seguidos por euforias, mismos que le impedían trabajar y llevar una vida normal. Esto ocurrió durante dos años seguidos, por lo que ella consultó a diferentes médicos que no supieron identificar *"su problema"*. Después tuvo que viajar a Estados Unidos por razones laborales y ahí la diagnosticaron, internándola en una institución psiquiátrica por un mes. Refiere que antes de ser ingresada *"estaba muy mal"*, pues tenía dos empleos muy demandantes y de mucha responsabilidad, apenas comía y dormía, *"estaba fuera de la realidad"*, y siempre *"muy estresada"*.

El primer médico que la vio en ese país le dijo que quizás tenía un tumor cerebral, lo que ocasionó que sus *"nervios colapsaran"*, por lo que fue al hospital y de ahí la mandaron a psiquiatría; posteriormente recomendaron su internamiento.

Cuando salió del psiquiátrico estuvo tomando litio por prescripción médica. Ella decidió concluir con sus actividades laborales en EUA y volver a México con su familia.

A la fecha dice estar mejor, pero muy preocupada por temer “*una recaída*”, porque le han dicho que “*los trastornos bipolares como el suyo no se curan nunca*”, porque siente que tantos medicamentos que toma le hacen daño y quiere dejarlos (actualmente ve a un psiquiatra en México), y porque “*se sabe hipocondríaca, insegura y dependiente*”. Piensa que un psicólogo la puede ayudar a tener una vida completamente *normal*.

### **Análisis**

Lo primero que pudimos observar fue un discurso completamente inmerso en la patologización, y una gran adhesión a etiquetas rígidas y paralizantes, lo que había llevado a L a una narración muy cerrada para explicar su situación y a mantenerla en márgenes de libertad muy estrechos. Ella parece una experta en etiquetas nosológicas, se describe mucho a sí misma a través de ellas, y eso nos dio la idea de que su comportamiento podía estar respondiendo al rol asignado por las mismas etiquetas, lo que nos recordó el planteamiento de la profecía autocumplidora (mencionada por Durrant y White, op.cit.). En otras palabras, consideramos que la interpretación que los médicos, psiquiatras y ella misma habían construido alrededor de su comportamiento, con el tiempo la habían ‘atrapado’ en una dinámica de temor, preocupación, sintomatologías, y constante cuestionamiento acerca de su ‘normalidad’ o ‘anormalidad’, restringiendo sus posibilidades de actuación y mermando su despliegue de potenciales y alternativas.

Congruentes con la postura construccionista y con los planteamientos de las terapias narrativas, las intervenciones se centraron en el análisis de las capas de sentido (deconstrucción) relacionados con los significados patológicos y, al

mismo tiempo, en la construcción de narrativas más liberadoras o adaptativas (lo que denominamos como deco-construcción). También exploramos las excepciones y los recursos de los que podría echar mano la consultante, buscamos potenciar sus habilidades, cuestionar el discurso dominante que la tenía atrapada en la enfermedad, y contemplamos su proyección a futuro. Esto lo hicimos desde el primer momento en la primera sesión, una vez que ella terminó de exponer su motivo de consulta (lo que le llevó cerca de 40 minutos, acompañados de llanto, en los que sólo habló de patologías e infelicidad):

*Terapeuta: Mmm, me parece que me quedan claras las razones que te trajeron aquí. Pero déjame hacerte ahora una pregunta: entiendo ya cómo te la pasas los días que son difíciles, pero háblame ahora de aquéllos en que te encuentras bien, en que estás a gusto y despreocupada, ¿cómo son? ¿Qué es diferente?*

Como nos ha ocurrido con otros consultantes, L pareció sorprendida por la pregunta, dejó de llorar, pensó un poco, tardó en responder y preguntó: “¿Cómo? ¿Quieren que les hable de cuando me siento bien?”

*Terapeuta: Si, explícame qué pasa en esos días. ¿Cómo consigues que sucedan?* L empezó a hablar de esos días excepcionales, y a partir de aquí el trabajo terapéutico se fue alejando cada vez más de las pesadumbres y la enfermedad para hablar de los recursos, los potenciales y el proyecto de vida que quería construir. Descubrimos juntos que ella tenía muchas habilidades, que es una buena profesional, y tan hábil que fue capaz de mantener dos empleos con muy buenos salarios, además de destacar en ese terreno. Se trata de una persona con redes sociales muy sólidas, pues su familia y su novio actual siempre la han apoyado. Es una mujer joven aún, guapa, simpática y con muchos amigos. Descubrió que es segura e independiente, pues ha tomado sola muchas decisiones importantes en su vida, como aceptar esos trabajos en Estados Unidos, a pesar de que iba a estar sola, o tomar la decisión de regresar a México, darse tiempo para buscar uno aquí y acudir al psicólogo por sentir que no quiere

depender para siempre de sus medicamentos. A continuación se describen algunos momentos del proceso terapéutico de forma resumida, intentando resaltar algunos aspectos que consideramos importantes para ejemplificar los cambios.

### **Descripción de la intervención terapéutica**

Primera sesión.

A la pregunta de las excepciones planteada anteriormente, **L** respondió en forma dudosa; supone que lo que le ayuda es su fe en Dios, comer bien, hacer ejercicio, y el apoyo de la familia, novio y amigos. Reflexiona al respecto y piensa que estar en compañía la anima a levantarse, bañarse y arreglarse. Ella para responder a su preocupación se esfuerza por estar animada, atenta y participativa. En un momento, temerosa, nos dijo que sin embargo, no siempre lo consigue, pues le “entra la depresión”.

El terapeuta entonces aprovecha para, por un lado, empezar a despatologizarla y usar el término “bajón” (en sustitución de “depresión”); y al mismo tiempo inicia la externalización de la queja, dado que ella mencionó “me entra la depresión”. Así que la siguiente pregunta fue:

*Terapeuta: Pero cuando sí consigues evitar que te entren los bajones, ¿cómo lo haces?, ¿qué es diferente?*

**L:** Mmmm, me hablo a mí misma, me digo que yo soy más fuerte que mi enfermedad, o sea, me convengo de que puedo salir adelante. Pero... ahora que lo pienso, creo que también me entran cuando estoy muy estresada. Esos días siento que amanezco con una nube negra encima...

Aquí el terapeuta aprovecha la analogía de “la nube negra”:

*Terapeuta: ¿Y has notado qué cosas te ayudan a alejar esa nube? ...*

En esta sesión, como puede observarse, el terapeuta da por hecho que **L** tiene recursos, como evitar que algunos días le entren los bajones, o que ya existen cosas en sí misma o en su entorno que le sirven para afrontarlos.

Poco antes de finalizar esta sesión, **L** sacó una receta de su psiquiatra, la mostró y preguntó cuándo le empezaríamos a disminuir y/o a quitar la medicación. Respondimos que ése era un tema que tenía que acordar con él, pero que le recomendábamos le explicara que estaba acudiendo a terapia. También le propusimos que si él o ella así lo deseaban, podríamos reunirnos todos. Tomamos nota de la medicina y las dosis con el fin de buscar información al respecto y nos despedimos.

Segunda sesión.

**L** llegó puntual a la cita. Se le veía más animada y su arreglo personal era más cuidadoso. El terapeuta le hizo comentarios positivos al respecto y posteriormente le preguntó:

*Terapeuta: ¿Cómo estuviste esta semana? Cuéntanos acerca de los mejores momentos que hayas tenido estos ocho días.*

**L** respondió que salió muy animada de la terapia. Nos contó que antes había estado con otros terapeutas y siempre salía llorando y angustiada. Dijo también que decidió hacer una hora diaria de ejercicio, lo que a su vez le provocó un mayor apetito y dormir mejor por las noches. Por otro lado, **L** habló con su psiquiatra, quien opinó que era genial que estuviera en tratamiento psicológico, y le prometió que de acuerdo a la mejoría que observara, le iría reduciendo los medicamentos y dosis. Esto funcionó a su vez como motor para subir su estado de ánimo. El terapeuta entonces estuvo trabajando a través de preguntas circulares con el objeto de amplificar el cambio, como:

*Terapeuta: ¡Qué bien!, pero dime, ¿qué te comentaron en tu casa?*

**L:** Que se alegraban de que esté asistiendo a terapia, y que por lo visto ésta sí va a funcionar...

*Terapeuta: ¿Quién fue el primero en notarlo? ¿Qué te dijo? ¿Cómo te hizo sentir esto?*

Posteriormente, **L** hizo un comentario que nos pareció importante: dijo que toda la semana se había sentido muy bien y que su novio le preguntó a qué creía que se debía que esta terapia funcionara tan rápido, y ella le contestó: “creo que hablar de cosas positivas me hace sentir positiva”, por lo que los siguientes minutos hablamos de cómo las etiquetas diagnósticas la habían llevado a su vez a actuar como enferma.

Casi al terminar la sesión, **L** comentó algo que quería tratar en terapia y que le preocupaba. Era el asunto de la confianza y seguridad en sí misma. Nos contó que de adolescente tuvo ideas suicidas y el terapeuta al que iba en ese entonces le dijo que su problema era su falta de confianza y seguridad, y su dependencia hacia los demás, particularmente su madre, lo que al parecer había empezado cuando murió su padre. Como ella misma no conseguía expresar a lo que se refería, le pedimos que durante la semana, observara las cosas que sentía que le ayudaban a ganar seguridad y confianza. Con esta tarea la despedimos.

Tercera sesión.

**L** se presentó nuevamente sonriente y arreglada. El terapeuta inició preguntando qué cosas había observado durante la semana que le proveían de seguridad y confianza en sí misma. Ella dijo que sus hermanos y sobrinos la habían ido a visitar y eso la había hecho sentir muy bien. Después uno de sus sobrinos se acercó y estando a solas le pidió un consejo, lo que la hizo reflexionar acerca de que si los demás confiaban en ella era porque lo merecía. También decidió hacer su currículum y enviarlo para buscar trabajo, pues llegó a la conclusión de que el aspecto profesional es una parte importante de su vida. La sesión transcurrió analizando la importancia de los afectos en la vida de una persona y del cómo el rodearse de ellos y de actividades que a uno le llenan contribuye a sentirse a gusto con uno mismo. Dijo estar muy contenta, muy activa y haciendo muchos planes. Sin embargo, en un momento se detuvo, y preocupada preguntó si era

normal estar así o sería que estaba entrando a una fase de *euforia*. El terapeuta empezó a conversar sobre los sistemas de significado relacionados con la distinción entre la euforia y el estar contento, tratando de construir una nueva interpretación de su estado de bienestar, para, en un proceso que describimos como deco-construcción, poder generar un sentido diferente de este estado, sin los fantasmas patologizadores que siempre rondaban alrededor de la descripción de su persona.

*Terapeuta: ¿Cómo distingues entre estar contenta y estar eufórica?*

Ella contestó que en ese momento no se le ocurría la respuesta.

*Terapeuta: Si no encuentras la respuesta, entonces ¿por qué tendría que ser importante?*

Más adelante, ella dijo que pensándolo bien, las primeras señales de que le entraba la fase eufórica era que sufría insomnio, no podía parar de hablar y no se podía estar quieta un momento. Se le hizo ver que la noche anterior había dormido bien y que en el momento actual se encontraba sentada y pensativa. Ella rió y aceptó esto. A partir de ahí la conversación giró en torno al cuestionamiento de la utilidad de las etiquetas, y especialmente, a hablar acerca de lo que la hace sentir bien sin tener que recurrir a explicaciones patologizantes.

Cuarta Sesión.

Después de saludarla y comprobar que se mantenía animada, el terapeuta inició la sesión con el uso de la escala para sondear los cambios y hacerlos patentes.

*Terapeuta: Me gustaría que me dijeras, en una escala del 1 al 10, cómo va tu seguridad y tu confianza en ti misma.*

Ella dijo que iban entre siete y ocho.

Considerando que llegó con un dos o tres, el trabajo se centró en esta parte en analizar cómo lo estaba logrando, enfatizando siempre que el cambio continuaría, que era ella quien lo estaba consiguiendo, y que eran valiosos recursos de los que

siempre podría echar mano, subrayando, con ello, el control que es capaz de tener sobre sí misma y sobre sus emociones (lo que hemos identificado como empoderamiento). Esto fue importante para darle un giro interpretativo a la visión que tenía de su persona y, posteriormente, para seguir encontrando interesantes matices relacionales en su vida laboral y en sus vínculos con los demás.

*Terapeuta: ¡Caray! pues eso nos dice que vas muy bien, ¿no? Pero dime, ¿cómo conseguiste avanzar tanto?*

L comentó que durante la semana pensó que, en lo que conseguía trabajo, quería mejorar su imagen (por sí misma y por razones laborales), pues éste es otro factor que le ayudaría a mejorar su autoestima, así que acudió con una nutrióloga que le dio un régimen alimenticio para bajar de peso (confesó que en los últimos 3 años ha subido cerca de 12 kilos) y que lo estaba cumpliendo al pie de la letra. Agregó que había tomado la decisión ella sola, lo que la había llevado a pensar que después de todo no era tan dependiente como creía. Finalmente, dijo que había estado pensando en la sesión anterior y había concluido que efectivamente, no estaba eufórica sino contenta, que la alegría era algo que siempre la había caracterizado a pesar de sus problemas, y que quería recuperar a como diera lugar esta parte de ella que se le había perdido en el camino sin darse cuenta:

*Terapeuta: Pues a lo mejor no la perdiste, sólo la guardaste un rato, pero siempre estuvo ahí, a la mano, para volver a tomarla, como veo que lo estás haciendo.*

De acuerdo a nuestra concepción del derecho que todos tenemos a ser como somos o a querer ser de una manera diferente (Limón, 2005a; *Inédito*), el tiempo restante lo dedicamos a hablar acerca de lo que a ella le gustaría cambiar y lo que no le gustaría cambiar de sí misma y de su vida, incluyendo el cómo pensaba que la veían los demás (su familia y novio, principalmente), y cómo le gustaría que la vieran, así como la importancia de “ser ella misma pero en versión mejorada”, según sus propias palabras.



### Quinta Sesión.

Saludamos a **L**, que se mantenía arreglada y con buen ánimo. Al preguntarle acerca de las cosas positivas de la semana, **L** comentó que estaba muy contenta, pues habían sido unos días excelentes: el psiquiatra le redujo la dosis del medicamento y la llamaron para una entrevista de trabajo. Y para cerrar con broche de oro, comentó que se había subido al metro y a un elevador y había podido controlarse bastante bien. Es importante hacer notar que la fobia reportada al inicio de la terapia no se había abordado explícitamente hasta el momento, pero consideramos que los cambios generados en sus maneras de pensarse a sí misma pudieron producir un especie de ‘efecto dominó’ sobre otras áreas de su vida, incluida la ‘fobia a los lugares cerrados’ (un área de su vida que muy probablemente estaba contaminada con sus anteriores interpretaciones patologizadoras).

*Terapeuta: Vaya, ¡muy bien! Me sorprendes mucho! Y ¿cómo lograste hacer eso?*

**L** dijo que su mamá le había pedido que la acompañara al centro y no quiso negarse puesto que ella siempre la ha apoyado, así que pensó cómo lo conseguiría, pues no quería hacer un *show* en medio de tanta gente. Recordó que en terapia habíamos hablado acerca de que ella tiene los recursos y las respuestas, y finalmente decidió apoyarse en dos estrategias: llevar su MP3 para escuchar música, porque eso la relaja y aleja los pensamientos de miedo, y al mismo tiempo hablarse a sí misma y decirse “tu puedes, tranquila, tu tienes el control, ve cómo no pasa nada, relájate..”

*Terapeuta: ¿Y qué te dijo tu madre? ¡Debe haber sido una grata sorpresa para ella!*

**L**: Sí, lo fue, estaba muy contenta y muy orgullosa de mí. Ella quería irse en taxi para no mortificarme, pero yo le dije que iba a estar bien, y sí, ¡lo conseguí! Pero no fue fácil, sobre todo al principio hubo varios momentos en que me empecé a

poner tan nerviosa y a sudar tanto que creí que saldría corriendo de ahí. Estuvimos ahí más de una hora de ida y otra de vuelta.

*Terapeuta: ¡Pero al final tú conseguiste controlar la situación! ¿Eso cómo te hace sentir? ¿Qué te dice de ti misma?*

**L:** (Sonriendo) Me siento muy satisfecha, fue una buena experiencia. Ahora sé que sí puedo.

*Terapeuta: Esa experiencia, ¿qué efecto tiene sobre tu seguridad, tu confianza y las decisiones que tomas?*

**L:** Me doy cuenta de que “todo está en mi cabecita”. De que puedo hacer lo que me proponga, o bueno, casi... Creo que sí tengo seguridad y confianza en mí misma, pero no me había dado cuenta porque estaba muy preocupada pensando en mi enfermedad, o bueno, en la enfermedad esa que se supone que tenía...

A partir de aquí se estuvo conversando en la importancia de que **L** es capaz de detectar las señales de situaciones que la incomodan y de buscar alternativas de actuación. También se resaltó que recursos como escuchar música y darse autoinstrucciones le sirven para sentirse en control y con fuerzas para enfrentar situaciones difíciles. Adicionalmente, se normalizó el hecho de que los lugares cerrados son incómodos para mucha gente, pues la cercanía física con tantos desconocidos y la sensación de ahogo y de calor pueden resultar muy agobiantes, pero no tiene que ser algo patológico. Finalmente, **L** dijo que en su escala, la puntuación se encontraba entre 8 y 9, por lo que se trabajó en lo que tendría que pasar para continuar el cambio en esa dirección. De tarea, se le pidió que pensara en las cosas que le ayudan a sentirse más fuerte y a salir adelante, y también en aquellas características suyas que quiere conservar y que le gustaría que no cambiaran.

### Sexta Sesión.

L llega puntual, sonriente, y observamos que se cambió el corte y el color del cabello. Le hacemos notar que le favorecen e iniciamos la sesión. Dice sentirse bien, a pesar de que le redujeron el medicamento, y nos comenta que en la entrevista de trabajo no pasó nada, pues al parecer no les gustó su perfil. Sin embargo, le llamaron de otro lugar y tiene otra entrevista programada. Su novio está fuera de la ciudad por razones de trabajo, y ella aprovechó para cambiar su aspecto y tomar más en serio el ejercicio, pues quiere que a su regreso la encuentre más atractiva. Con respecto a la tarea que le dejamos, nos dijo:

L: Me estuve analizando y llegué a la conclusión de que quiero volver a ser la mujer alegre que era. Siento que desde que vengo a terapia ya lo empecé a lograr, pero me preocupa pensar cómo dejé perder esa parte de mí que me gusta mucho, creo que fue porque yo y todos nos clavamos en mi supuesta enfermedad, pero me preocupa recaer.

El terapeuta entonces ubica el problema en el pasado.

*Terapeuta: Si, como lo comentamos alguna vez, cuando estuviste atrapada en esa dinámica y en esa etiqueta parece que dejaste guardadas algunas de tus habilidades y de tus recursos. Sin embargo, ahí están; lo importante es que pudiste atravesar esa parte de tu vida, ese periodo difícil, para transitar a éste en el que te encuentras ahora, que te está permitiendo “sacar del cajón” lo que tú eres, con todo tu potencial.*

L: Sí, me siento un poco frustrada por el tiempo que perdí, pero es una etapa que ya pasó y ahora estoy en otra, más constructiva.

*Terapeuta: ¿Qué otra parte de ti quieres que esté presente en ti en esta nueva etapa?*

L: Mi fortaleza, dentro de todo me siento una persona fuerte, a pesar de los altibajos que he tenido en mi vida. Yo sé que soy una persona fuerte.

Nótese que L usa la palabra altibajos en lugar de depresión o bipolaridad, lo cual representa un importante giro conceptual en su sistema de significados, y, por supuesto, en la concepción de su persona.

*Terapeuta: ¿Qué te ayudará a conservar esa alegría y esa fortaleza?*

**L:** Estar bien conmigo misma, en equilibrio. Mi mamá y mi novio me ayudan, pero no quiero una relación enfermiza ni de dependencia. Quiero estar bien, estén ellos o no estén.

*Terapeuta: ¿Y cómo lo estás consiguiendo?*

**L:** Estoy aprendiendo de lo que he vivido. Estoy intentando no caer en los mismos errores. Estar consciente de lo que pasó, y recordarme a cada momento que mi vida la controlo yo, no los demás; ni los medicamentos, ni los psiquiatras, sino yo. También es importante mi fortaleza espiritual, trato de ir a misa todos los domingos y conseguí recuperar una relación amistosa con Dios. A él le pido fuerzas y paciencia. Eso me ayuda, porque sé que me escucha.

La sesión transcurre conversando en torno a otros recursos que ella posee, enfatizando que el problema quedó atrás, centrándonos en el presente y proyectando a futuro, pero destacando esta nueva forma que tiene de estar consigo misma y con los demás.

Séptima Sesión.

**L** llega muy animada, pues es muy probable que haya conseguido ya un empleo. Nos cuenta que le fue muy bien en la entrevista, que al principio se puso nerviosa pero se acordó que hablarse a sí misma le ayuda, así que se dijo frases como “tú puedes hacerlo bien, eres una persona muy capaz, demuéstalo”. Después le dijeron que había pasado la primera etapa y le aplicaron una serie de pruebas psicométricas. Bromeó al respecto de si detectarían que “está medio loca”; quedaron en avisarle por teléfono. Tiene claro (y se los dijo) que sólo aceptará un trabajo en el que pueda dedicarle 8 horas e irse a casa, porque no desea volver a

estresarse como antes. Nos dice también que por fin ya todos notan que está bajando de peso (6 kilos) y ya redujo una talla, lo que la tiene muy contenta. Empezamos usando la escala, y L dice encontrarse en un 9 en cuanto a su seguridad, confianza y bienestar. Dice que no ha alcanzado el 10 porque de repente duda. Le normalizamos esos momentos. También comenta un disgusto que tuvo con su novio y otro con su hermana. Como ella se mantiene en este tema, decidimos abordarlo.

*Terapeuta: ¿Tú dirías que existe algún común denominador entre ambas discusiones? ¿Cuál sería?*

**L:** A lo mejor es que yo tengo momentos en que no estoy de humor y respondo mal. Pero se vale, ¿no?

*Terapeuta: Si, se vale. Todos tenemos malos momentos. Pero entonces, ¿por qué parece que te preocupan esas discusiones?*

**L:** Porque me da coraje que fueron malos entendidos.

*Terapeuta: ¿Por qué?*

**L:** Por no aclarar las cosas. Por no hablarlas cuando ocurren y dejar que se acumulen.

*Terapeuta: ¿Y qué se puede hacer al respecto?*

**L:** Hablar, comunicarse. Buscar el momento idóneo y sentarse a platicar antes de que todo se haga bolas.

*Terapeuta: ¿Y entonces?*

**L:** Claro, entonces es algo que tengo que hacer, y estar al pendiente...

Cerramos la sesión normalizando y comentando que todos tenemos buenos y malos momentos, que en la vida hay altas y bajas, pero que siempre podemos hacer cosas para estar mejor.

### Octava Sesión.

Saludamos a **L**, quien inicia narrando que aunque la aceptaron en el trabajo que había solicitado decidió no tomarlo porque significaba viajar mucho y no desea hacerlo, pero que ya tiene programada otra entrevista en otro sitio. Al respecto comenta que se considera afortunada, pues aun cuando todavía no tiene empleo, está optimista pues no han dejado de llamarla para entrevistas. Su psiquiatra le prometió reducir próximamente la dosis de sus medicamentos y la nutrióloga la felicitó, pues sigue bajando de peso y ya se encuentra dentro de su normopeso. Todo esto la tiene muy contenta. Habló con su novio y consiguieron aclarar el malentendido. También contó que se fue de fin de semana con su familia y aprovechó para tener una larga conversación con su madre.

El terapeuta hizo varios comentarios acerca de que esta semana habían pasado muchas cosas muy positivas. Posteriormente, se habló acerca de que el semestre estaba por finalizar, y se planteó la posibilidad de dar por terminada la terapia o de volver al siguiente semestre (dado que la clínica en donde se le atiende se rige por el calendario escolar de la universidad).

**L:** La verdad me da un poco de miedo dejar la terapia, me asusta tener una recaída ahora que estoy tan bien. Pero... sí, creo que es un buen momento.

El terapeuta decide primero reforzar los cambios antes de abordar el tema de la posible recaída.

*Terapeuta: ¿En qué punto de la escala te encuentras?*

**L:** En 10, definitivamente. Me siento... no. Me sé segura, confiada e independiente.

*Terapeuta: ¿Qué tendrías que hacer para mantenerte así?*

**L:** Mirar en retrospectiva. Tener presente todo lo que recuperé gracias a la terapia. Y también mirar al futuro, analizando cada paso que doy, sabiendo que soy capaz de muchas cosas. Seguir poniendo todo de mi parte. Seguir trabajando y esforzándome en mejorar cada día mi autoestima, mi confianza, mi seguridad...

hacer conciencia de que yo puedo ser lo que yo quiera, que depende de mí, no de los demás. Luchar por mantenerme bien. Esforzarme en ser feliz y hacer felices a los que quiero. Algo importante que aprendí aquí fue a pensar, a analizar en lugar de entrar en el pánico y en la depresión, eso voy a hacer.

*Terapeuta: ¿Y en el remoto caso de que tuvieras un episodio de recaída? ¿Qué harías para superarlo?*

**L:** Recordar todo lo que aprendí aquí. Utilizar mis herramientas, hacerle frente a la situación y salir adelante. Mantener el control y llevar una vida normal. Estar consciente de que en la vida hay altibajos pero que lo importante es perseverar. Gracias por ser mis guías. Ahora soy una nueva **L**, pero en versión mejorada...

Se siguió conversando acerca de lo que **L** aprendió de sí misma, de sus recursos, de sus capacidades y de su potencial. Se le ofreció estar siempre disponibles para ella si así lo requería y se dio por terminada la terapia.

## **Conclusiones**

Después de 8 semanas de trabajo, consideramos alcanzados los objetivos de **L** al acudir a terapia. Juntos conseguimos incrementar su seguridad, confianza e independencia. Ella logró permanecer tranquila en sitios cerrados y con mucha gente (lo que llegó refiriendo como fobia), y finalmente pudo superar la etiqueta diagnóstica de *trastorno bipolar de la personalidad*. Adicionalmente su psiquiatra redujo considerablemente los medicamentos, y la nutrióloga la bajó de peso casi ocho kilos, con lo cual de paso mejoró su imagen corporal y su autoestima. En nuestra opinión, se fue empoderada, optimista, emprendedora y lo más importante, con formas relacionales más adaptativas y estimulantes, y con un proyecto de vida sobre el cual caminar. Por supuesto, hubo varios factores que ayudaron a que esta terapia fuera tan exitosa, como el entusiasmo de **L**, sus poderosas redes sociales (particularmente su madre y su novio), y su fe en Dios. Así, deconstruir su imagen patológica para construir una imagen de sí misma más

constructiva y liberadora, hacer uso de analogías, externalizar la 'patologización' de su persona, potenciar sus recursos, normalizar sus temores, cuestionar los discursos alienantes y empoderarla, fueron algunas de las estrategias utilizadas en esta terapia.

Concluimos por lo tanto reforzando la idea de que si logramos que nuestros consultantes cambien la forma de ver y de actuar frente a su problema, y conseguimos construir significados diferentes a sus experiencias, entonces podremos colocarlos en la posibilidad de ampliar sus márgenes de libertad, de elaborar narraciones más satisfactorias, y de generar proyectos de vida más dignificantes (Trujano y Limón, en prensa).

### Referencias Bibliográficas

- Adams-Westcott, J. & Isenbart, D. (1993). ***Escaping victimization and developing an audience for emerging narratives***. Paper presented at Narrative Ideas & Therapeutic Practice, Vancouver. CA.
- Andersen, T. (1994). ***El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos***. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). ***Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia***. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: S. McNamee y K. Gergen (Comps.) ***La terapia como construcción social*** (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En: G. Navarro y G. Fuentes (Eds.) ***Intervención y prevención en salud mental***. Salamanca: Amarú.



- Cecchin, G. (1992). Construcción de posibilidades terapéuticas. En: S. McNamee y K. Gergen (Comps.) ***La terapia como construcción social*** (pp. 11-120) Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. (2002). ***Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas***. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1986). ***Claves para la solución en terapia breve***. Buenos Aires: Paidós.
- Durrant, M. y White, Ch. (1993). ***Terapia del abuso sexual***. Barcelona: Gedisa.
- Gadamer, H. (1984). ***Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica***. Salamanca: Sígueme.
- Gergen, K. (1991). ***El yo saturado***. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. McNamee y K. Gergen (Comps.) ***La terapia como construcción social*** (pp. 25-43) Barcelona: Paidós.
- Ibáñez, T. (1990). La cuestión metodológica. En: T. Ibáñez (Comp.) ***La psicología social construccionista*** (pp. 111-151) México: Universidad de Guadalajara.
- Limón, G. (1997). Psicoterapia y postmodernidad: perspectivas y reflexiones. ***Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales***, Grupo Dictia, Barcelona: Paidós, 2, 53-69.
- Limón, G. (2005a). ***El giro interpretativo en psicoterapia***. México: Pax.
- Limón, G. (2005b). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En: G. Limón (Comp.) ***Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*** (pp. 29-48) México: Pax.
- Limón, G. ***La terapia como diálogo hermenéutico y construccionista. Márgenes de libertad y deco-construcción en los juegos relacionales, de lenguaje y de significado***. Inédito.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). ***En busca de soluciones***. Barcelona: Paidós.

- Trujano, P. y Limón, G. (2005). Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En: G. Limón (Comp.) **Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas** (pp. 69-83) México: Pax.
- Trujano, P. y Limón, G. (En prensa). Modelos narrativos y postmodernos. En: M.L. Rodríguez y P. Landa (Comps.). **Modelos de psicología clínica y su aplicación**. México: Pax.
- White, M. y Epston, D. (1980). **Medios narrativos para fines terapéuticos**. Barcelona: Paidós.