

El cuento terapéutico como favorecedor de la resiliencia. Una primera aproximación

Mónica Bruder*

Resumen

A partir de la herramienta *cuento terapéutico* nos planteamos qué relación puede establecerse con el concepto *resiliencia* y su grado de influencia. Para ello el marco teórico se complementa con un estudio experimental y un caso que lo ejemplifican.

Palabras claves: Cuento terapéutico. Final feliz. Resiliencia.

Abstract

The therapeutic short story as a way from resiliencia. A first approach.

Starting from the “therapeutic short story” tool, we wonder its possible relationship with the concept of “*resiliencia*” and the level of influence. Theory is complemented by an experimental study and a model case of example.

Key words: Therapeutic short-story. Happy end. Resilience.

* Doctora en Psicología. (Universidad de Palermo). Coordinadora del Seminario de Posgrado *El cuento terapéutico*. Email: monicabruder@arnet.com.ar

Introducción

Cuento terapéutico

Se entiende por *cuento terapéutico* a todo cuento escrito por un sujeto a partir de la situación traumática más dolorosa que haya vivido y cuyo conflicto concluye con final “feliz” o positivo; es decir que la situación traumática vivida en el pasado se resuelve positivamente en el cuento (Bruder, 2004).

En todo cuento terapéutico hay un conflicto que se resuelve. La escritura de un *cuento terapéutico* puede ser homologada a las etapas de un tratamiento psicológico:

Introducción - Conflicto - Resolución

=

Motivo de consulta - Enfrentar el conflicto - Elaboración

Los personajes del cuento representan al autor de dicho cuento, puesto en un lugar desplazado, como en los sueños (Bruder, 2000). Los diferentes personajes de los cuentos son distintos aspectos del Yo (desplazamiento). Esto supone un cambio a la propuesta de Pennebaker (1997) ya que en la escritura de situaciones traumáticas, el que escribe es el yo de la persona. En cambio, en el *cuento terapéutico*, el protagonista es un yo narrativo, el sujeto es el personaje y es desde esta distancia donde se produciría lo terapéutico. Al escribir un *cuento terapéutico*, los sujetos alternan la 1º y la 3º persona “sin darse cuenta” en el momento de la creación del mismo. Este juego de persona/personaje ayudaría a provocar este cambio en el bienestar de los sujetos.

Androsoupoulou (2001) señala que el uso de la escritura en tercera persona en terapias individuales y familiares ayuda a tocar temáticas personales traumáticas que nunca pudieron ser abordadas a lo largo del tiempo. Además destaca que, cuánto más sea capaz un sujeto de construir y reconstruir su narrativa o su “*cuento terapéutico*” mejores vínculos o relaciones podrá generar.

El conflicto que se resuelve en el *cuento terapéutico* se presenta como una fotografía, como una condensación de lo vivido traumáticamente por el sujeto y que termina felizmente.

El *cuento terapéutico* es afecto (Bruder, 2000). Al señalar esto, se incluyen tanto los afectos positivos como negativos.

¿Por qué final feliz o positivo?

El cuento para ser considerado terapéutico debe aportar un final “feliz” o positivo, implicar un mañana, una esperanza, un futuro, una idea de proyecto a concretar. El *cuento terapéutico* es oportunidad, es la oportunidad de recuperar y recuperarse a través de un proyecto. Representa la libertad, ya que a través de su creación el sujeto se recupera de la esclavitud producida por la situación traumática vivida (Bruder, 2004).

Señala De Salvo (1999) que si un sujeto pasa suficiente tiempo escribiendo, eventualmente encuentra los detalles correctos, descubre la frase apropiada y los finales buscados. El sujeto resuelve esa búsqueda a través de una resolución simbólica.

El *cuento terapéutico*, cuento que un sujeto crea a partir de la situación más dolorosa que haya vivido en su vida y que la resuelve con final “feliz” o positivo, puede ser homologado a lo expresado por De Salvo en el párrafo anterior.

Al comprometerse con la escritura, con el trabajo creativo, se permite pasar de la insensibilidad al sentimiento, de la negación a la aceptación, del conflicto y caos al orden y resolución, de la ira y pérdida a un crecimiento profundo. Del dolor a la alegría.

Señala Casullo (2000):

“A partir de las tareas concretadas en el marco del proyecto UBACyT OO7 (1998-2000) sobre *PSICOMORFOLOGÍA DE LA SALUD*, se analizan temas que se estudian desde estas perspectivas: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resiliencia), los mecanismos de defensa maduros, el bienestar psicológico, las estrategias de afrontamiento, la sabiduría en tanto pragmática de la vida, los talentos y la creatividad” (p.1).

Estos temas marcan los intereses actuales de la Psicología, vinculados con los conceptos de salud y no ya de enfermedad como otrora.

Stalings et al. (1997) citan a Zautra y Reich, investigadores que han sugerido que los mecanismos por los cuales los eventos positivos pueden reducir indirectamente los afectos negativos es mediante la creación de un contexto más saludable, a partir del cual se juzga el efecto de las experiencias negativas. Este análisis es compatible con el concepto de *cuento terapéutico*, en dónde a partir de una situación traumática vivida se genera la posibilidad de que el sujeto re-cree esa situación dolorosa y en el cual el conflicto se resuelva positivamente.

Aunque la mayoría de las personas dirían que uno de los objetivos de su vida es ser feliz, sabemos poco de la causa de la felicidad o de la alegría (Lazarus, 1999). No tiene sentido hablar de felicidad como objetivo de vida porque no existe un modo consistente de perseguirla, debido a la vaguedad de lo que significa ser “feliz” y de lo que provoca dicho estado. Aristóteles (Lazarus, 1999), veía a la felicidad como el uso más completo de los recursos físicos y mentales, como un proceso más que un resultado. En la escritura de un *cuento terapéutico*, el objetivo sería similar a esta definición: *el cuento terapéutico* es un proceso, que podría ayudar a aliviar a un sujeto atravesado por una situación traumática. No es un resultado en sí mismo.

Como en el *cuento terapéutico*, la felicidad y la alegría podrían considerarse como resultado únicamente en un sentido temporario, ¿no sería suficiente a largo plazo?

En un estudio llevado a cabo con mujeres seleccionadas al azar a partir de la presencia de un suceso traumático, se demuestra el valor de la escritura imaginaria. Estas mujeres son agrupadas en tres grupos: el grupo A escribe sobre un trauma en forma real, el

grupo B escribe sobre un trauma en forma imaginaria y el grupo C sobre asuntos triviales (Greenberg, Wortman y Stone, 1996).

La investigación revela que las participantes de la escritura de trauma en forma imaginaria están significativamente menos depresivas que las participantes que escriben sobre el trauma real, medido inmediatamente después, el pos test, y tanto el grupo A como el grupo B están igualmente de enojadas, miedosas y felices. En comparación con el grupo control, el grupo A y el grupo B hacen menos visitas por enfermedad que C.

Los autores consideran que los efectos en la salud del grupo de trauma imaginario están mediatizados por dos mecanismos: la regulación afectiva y la mayor construcción posible de resiliencia en sí mismos. La escritura de cuentos a partir de una situación traumática y con final feliz reforzaría los aportes teóricos de esta investigación citada en los párrafos anteriores.

¿Qué es la resiliencia?

La resiliencia es la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir sobre ellas (Ojeda y Munist, 2001). Las diferentes definiciones enfatizan que en todo sujeto resiliente se destacan las siguientes características: habilidad, adaptabilidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, baja susceptibilidad, entre otras.

Dicen Melillo y Ojeda (2001):

“La resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otros seres humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico humano” (p. 87).

Entre los pilares de la resiliencia se pueden destacar:

- Introspección: es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una auto- respuesta honesta.
- Independencia: saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, la posibilidad de saber mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad para relacionarse con los otros.
- Iniciativa
- Humor: encontrar lo cómico en la tragedia
- Creatividad : la capacidad de crear belleza a partir del caos y el desorden.

¿Por qué el *cuento terapéutico* sería favorecedor de la resiliencia?

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad fija sino que puede variar según las circunstancias vividas; es el resultado de un balance de factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano. Es de naturaleza dinámica.

En relación a este concepto algunos autores señalan que la felicidad es posible a pesar de las circunstancias vividas y subrayan el valor de la escritura contra el silencio:

“...Los hijos de la desdicha sienten todos esta necesidad de hablar, incluso de escribir, especialmente cuando llegan a adultos. Anny Dupuney ha dedicado su libro autobiográfico a aquellos cuyos gritos no son oídos. David Bisson, el niño del placard, cuyo drama conmocionó a Francia revela:” Yo he podido expresar mi cólera, mi tristeza y poner mi sufrimiento hacia fuera. Este libro ha sido una especie de liberación...” (Vanistendael y Lecomte, 2000; p 35-36).

Por lo tanto, la escritura de un *cuento terapéutico* podría ser un buen aliado complementario de esta capacidad ya que si la resiliencia es la capacidad de enfrentar las situaciones adversas y salir fortalecidos de ellas y si el *cuento terapéutico* se crea a partir de la situación más dolorosa que un sujeto haya vivido y concluye con final feliz o positivo ambos conceptos constituyen una dialéctica complementaria. Desde la escritura de un *cuento terapéutico*, los sujetos fortalecen los pilares de la resiliencia señalados en el punto anterior. Un ejemplo es el pilar de la creatividad ya que crear un cuento que implica al propio sujeto desde el propio caos vivido es una de la manera de posibilitarle encontrar un camino creativo de salida ante tanto sufrimiento.

Algunos autores (Infante, 1997, 2001^a) señalan que a partir de este cambio en el paradigma epistemológico, en el cual del modelo de riesgo basado en las necesidades y la enfermedad se ha pasado a un modelo de prevención y promoción de la salud, los sujetos son considerados como agentes de su propia ecología y salud social. Por lo tanto un sujeto no sólo carece y se enferma sino que desde este nuevo paradigma es capaz de buscar y encontrar sus propios recursos y salir fortalecido de las adversidades, esto es, de las situaciones traumáticas que haya vivido.

Como la resiliencia es dinámica, entonces un camino posible para favorecerla sería el uso de *cuento terapéutico*, ya que como señala Cyrulnik (2001): *“La vida no es una historia. Es una resolución incesante de problemas de adaptación”* (p.117); y la posibilidad de recrearla a partir de la escritura de *cuentos terapéuticos* es un recurso válido y valioso para tal fin. Continúa Cyrulnik (2001)... *“el epílogo de la novela de una vida no es la muerte. La muerte no es sino el fin de la vida, no es el fin de la historia”*. La escritura de un *cuento terapéutico* le permitiría a un sujeto quien padeció una situación traumática frente a la muerte de un ser querido, hacer que esa situación dolorosa sea el fin de la vida pero no sea el fin de la historia y complementar así los resortes de su resiliencia.

Parte Experimental

Método

Sobre la base del marco teórico conceptual desarrollado, diseñamos una estrategia empírica que nos permitiera indagar el efecto terapéutico del cuento con final feliz en

sujetos que atravesaron situaciones traumáticas. La hipótesis general de trabajo o investigación que postulamos es que el escribir cuentos con final feliz a partir de la situación más dolorosa vivida por un sujeto ayudará a éste a mejorar su Bienestar Psicológico, favoreciendo así los resortes de la resiliencia.

Las variables con las que trabajamos son:

Variable independiente: Tipo de Narración a escribir: Cuento Final Feliz/ Cuento Final Triste/ Escritura Neutra. Historia Biográfica de Escritura.

Variables dependientes: Bienestar Psicológico; Sintomatología Física y Afectividad.

Las escalas de Depresión (Beck et al 1961) y Alexitimia (Páez, Casullo, 2000) se utilizaron para evaluar la equivalencia de los grupos y el control de homogeneidad y la no presencia de alguna patología previa. La escala de Satisfacción Vital (SWLS) se utilizó para evaluar también la homogeneidad - equivalencia de los grupos (Pre-test).

El estudio realizado es de tipo correlacional explicativo con diseño experimental.

Muestra:

La muestra está compuesta por 40 estudiantes mujeres, de Nivel Terciario de Vicente López, Provincia de Buenos Aires; Argentina, de las carreras de Profesorado de Jardín de Infantes, Profesorado de Enseñanza Primaria y Psicopedagogía.

Instrumentos y Procedimiento:

Los participantes fueron asignados al azar en tres grupos. Participaron en un taller de escritura en el que se manipuló la Variable Independiente:

- Grupo 1: control. Escritura Neutra
- Grupo 2: cuentos con “final triste” (experimental 1)
- Grupo 3: cuentos con “final feliz” (experimental 2).

Una vez reunida la muestra se la dividió azarosamente en estos tres grupos clasificados cada uno con diferentes códigos. Se aplicó un cuestionario autoadministrado integrado por las siguientes escalas: BIEPS: Bienestar Psicológico (Casullo; 2002), PANAS: Afectividad (Ubillos, Páez, Zubieta, 2001), PILL: Sintomatología Física (Pennebaker; 1982), TAS-20: Alexitimia (Páez; Casullo, 2000), SWLS: Satisfacción con la Vida (Ubillos, Páez, Zubieta; 2001), BID: Depresión (Beck et al; 1961) y HEP: Historia de la escritura personal (Bruder, 2004) Se tomaron las distintas escalas a los integrantes de los tres grupos. El procedimiento seguido fue el siguiente: 1) Pre-test ; 2) Taller (Test); 3). Se tomaron las escalas nuevamente (Post-test-1) al finalizar el taller y 4) Se tomaron las escalas nuevamente (Post- test- 2;); a los 30 días.

Cronograma de trabajo

Una semana antes del taller experimental, los sujetos completaron un cuadernillo auto-administrable con todas las escalas (Pre-test).

A la semana siguiente realizó el taller experimental. Apenas concluido dicho taller experimental se llevó a cabo la etapa del Posttest-1. Luego de un mes se realizó la etapa del Posttest-2, en dónde todos los sujetos volvieron a completar un cuadernillo autoadministrable, en este caso sólo con los tests: BIEPS (Bienestar Psicológico), PILL (Sintomatología Física) y PANAS (Afectividad).

En el siguiente cuadro puede observarse la secuencia seguida por los tres grupos:

Cuadro 1

	Grupo Escritura Neutral	Grupo Final Triste	Grupo Final Feliz
Día 1	Lectura neutra Escritura neutra	Lectura Final triste Escritura Final Triste	Lectura Final feliz Escritura Final Feliz
Día 2	Idem	Idem	Idem
Día 3	Escritura neutra	Escritura final triste/ situación traumática	Escritura final feliz/ situación traumática

Resultados

En la siguiente tabla quedan sintetizados los datos a la largo del experimento:

Tabla 1: Medias en Pre-test, 1° Post-test y 2° Post-test y diferencias significativas en Afecto Positivo y Afecto Negativo y en Bienestar Subjetivo y subdimensiones

VARIABLE	PRE-TEST			1° POST-TEST			2° POST-TEST		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
AFECTO POSITIVO	28.76 10.93	27.64 4.40	32.42 4.11	27.1 7.42	27.8 5.22	31.7 4.93	26.80 6.41	28.53 4.27	32.94 5.67
AFECTO NEGATIVO	22.90 8.63	24.29 7.93	22.66 9.52	20.5 8.48	23.5 8.33	22.1 7.70	20.51 7.04	21.51 8.43	22.38 7.78
BIENESTAR ACEPTACIÓN	6.10 .87	6.35 .90	5.97 1.40	6.12 1.16	6.30 .87	6.30 .86	6.41 .96	6.21 1.10	6.17 1.11
BIENESTAR AUTONOMIA	5.25 1.05	5.11 1.11	4.87 1.13	5.15 1.09	5.42 1.15	5.94 1.48	5.46 1.26	5.85 1.21	5.92 1.24
BIENESTAR VINCULOS	6.17 1.05	6.61 .70	6.28 1.28	6.30 1.23	6.78 .42	6.76 .43	6.20 1.03	6.59 .77	6.76 .43
BIENESTAR PROYECTO	8.59 1.56	9.10 .84	9.07 1.33	9.15 1.29	9.16 .98	9.36 .76	8.90 1.29	9.32 .57	9.51 .59
BIENESTAR TOTAL	30.72 3.96	31.98 2.86	30.66 4.33	31.9 4.07	32.9 2.51	33.2 2.93	31.57 4.34	32.70 3.24	33.45 2.25

Este experimento se complementó con un estudio de caso:

Caso Modelo: María Elena

Al concluir el experimento y previamente a la realización del Postest2, se acerca una joven quién había participado del mismo y a quien el azar la llevó a estar en el Grupo Final Feliz. Solicita si se le puede facilitar una fotocopia del cuento que escribió en el taller: *...porque necesito re-escribirlo, me hizo tan bien...* Esta situación “inesperada” o azarosa genera la estructuración de una entrevista focalizada, frente a la aceptación del sujeto de hacer pública su historia y transformarse en el *Caso Paradigmático*.

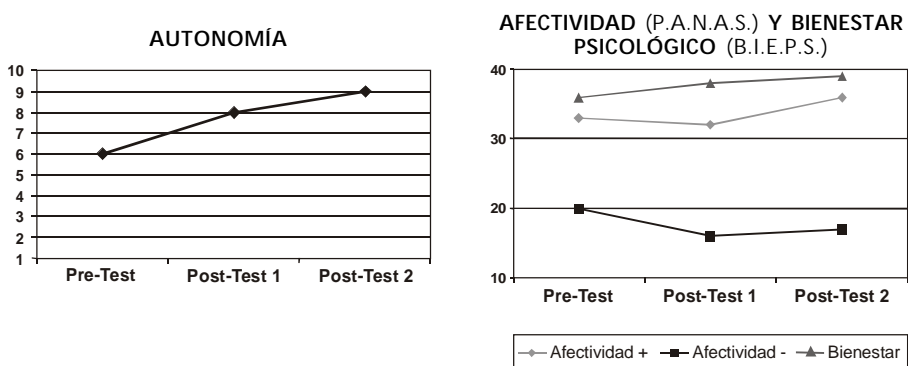
María Elena pierde a su hermano en forma abrupta, por un aneurisma cerebral, 10 años antes de la escritura de su *cuento terapéutico*. Si bien realizó en el pasado un abordaje terapéutico tradicional, recién con la escritura de su *cuento terapéutico* pudo elaborar el duelo por la muerte de su hermano.

Al cierre de la entrevista focalizada y dada las respuestas finales de María Elena, la entrevistadora “intuye” que en los próximos tiempos, María Elena quedaría embarazada. Este dato queda no sólo confirmado posteriormente, sino que tanto María Elena como la entrevistadora desconocen que el embarazo se había producido al mes de la escritura de su *cuento terapéutico*: Octubre, escritura del cuento; noviembre, embarazo; diciembre, entrevista focalizada. La relevancia de este dato se analiza en las conclusiones de la entrevista.

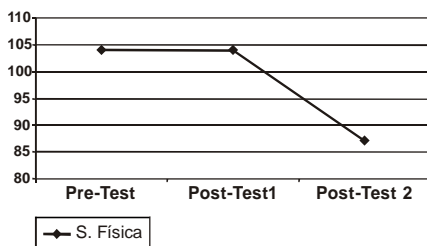
Resultados

En los siguientes gráficos puede observarse la evolución en María Elena luego de realizar el taller experimental tanto en el bienestar psicológico como en la subdimensión autonomía, en afectividad positiva, en sintomatología física, y en síntomas físicos relevantes.

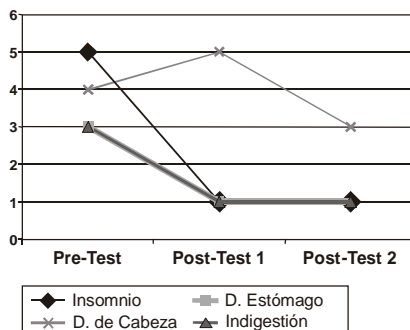
Gráfico 1: Evolución en María Elena



SINTOMATOLOGÍA FÍSICA (P.I.L.L.)



SÍNTOMAS FÍSICOS RELEVANTES



Conclusiones de la entrevista focalizada:

En las siguientes conclusiones de la entrevista focalizada se observa cómo la escritura del *cuento terapéutico* favorece los resortes de la resiliencia en María Elena:

1- Mejora sustancialmente su bienestar psicológico a partir de la escritura de su *cuento terapéutico*. Esta mejora en el bienestar se pone de manifiesto en todos los ítems del Bieps: **Aceptación:** el comienzo de una dieta que requiere de un mayor control del sujeto; **Proyecto:** en lo laboral ante la búsqueda eficaz de un nuevo empleo y sobre todo en lo personal al comenzar a pensarse en un futuro como mamá de un hijo con un nombre diferente al de su hermano. Este dato señala cómo la escritura del *cuento terapéutico* favorece en María Elena la elaboración del duelo por la muerte de su hermano al decidir otro nombre y discriminando así los lugares de cada uno; **Vínculos:** en este caso se infiere que a partir de la escritura del *cuento terapéutico*, María Elena al recuperarse en la ficción, en la imaginación en un vínculo posible con Pablo, su hermano, esto le permite ser trasladado a todos sus otros vínculos y **Autonomía:** Este ítem aparece reflejado en la entrevista a partir de su decisión de comenzar una dieta, hecho que para María Elena era de gran dificultad.

2- Mejora en su bienestar físico en los síntomas: insomnio, tos, dolores de cabeza, problemas estomacales, entre otros. Cabe destacar la asociación entre el *cuento terapéutico* en el que se pone de manifiesto el momento en que concretamente muere Pablo, su hermano, de un aneurisma, los dolores de cabeza de María Elena, y su mejoría a partir de la escritura

3- En la entrevista surge cómo una terapia tradicional no es suficiente en sujetos como María Elena para lograr la elaboración del duelo ante una situación traumática violenta.

4- Es interesante remarcar el aporte que hace al señalar que seguramente no hubiese sido lo mismo para ella, si en vez de escribir un cuento con final feliz la indicación hubiese sido con final “triste” como en efecto ocurrió en el grupo experimental 2.

5- En la construcción de su *cuento terapéutico* relata la escena exacta de la situación traumática desde dónde pudo dar un giro a partir de la propuesta de “final feliz”.

6- El sujeto cuenta entre sus recursos con la escritura, hecho que fuera incentivado en la escuela secundaria. Esto le facilita, frente a la muerte de su hermano, utilizarlo en un diario íntimo y ponerlo nuevamente en práctica con la escritura del *cuento terapéutico*.

7- Es interesante también señalar que en su escritura alternan la 1º y la 3º persona, puede observarse así cómo la ficción y la realidad se van entrelazando, dato que permite inferir que, mediante esta escritura, María Elena va elaborando la situación traumática.

8- No cabe duda, luego de todo este análisis, que María Elena representa al sujeto más saludable de la muestra, no sólo por lo datos recogidos en las distintas tomas sino por haberse atrevido a hacer pública su historia.

Conclusión general del estudio

En las siguientes conclusiones se observa además cómo mejoran los sujetos del grupo final feliz tanto en su bienestar psicológico como en su afectividad positiva, favoreciendo así la resiliencia de estos.

Los grupos analizados no presentan diferencias significativas en las distintas variables analizadas (previo a participar en la intervención), lo que en su momento corroboró la homogeneidad de los grupos y la ausencia de niveles extremos en aspectos como Alexitimia y Depresión, variables éstas que sólo se incorporaron en el Pre-test.

En relación al Bienestar Psicológico Total (BIEPS); al observarse las medias en Pretest de BIEPS total y las cuatro subdimensiones, el Grupo Final Feliz es el que comparativamente con Grupo Final Triste y Grupo Control tiene las medias más bajas. Por lo tanto este dato estaría indicando que la mejora obtenida por este grupo luego del taller experimental es aún más significativa. Además en nuestro medio como se ha señalado en una investigación llevada a cabo en Argentina en población adolescente (Castro Solano en Casullo et al; 2002), se señala que de las seis dimensiones propuestas por Ryff para la consideración del Bienestar Psicológico en adultos, sólo las dimensiones Proyecto, Aceptación y Vínculo se constatan en grupos adolescentes. Siguiendo este aporte y observando que la subdimensión Autonomía no aparece como significativa, en futuras investigaciones sería interesante el uso de la herramienta *cuento terapéutico* en la que esta subdimensión es altamente significativa con grupos específicamente de adolescentes.

En relación a la Afectividad (PANAS), aunque no es significativo, el Grupo Final Triste es el grupo con la media más elevada en Afectividad Negativa. Se puede deducir siguiendo la teoría Pennebaker que este grupo se benefició en esta dimensión al escribir cuentos con final triste (las medias bajan en post1 y post2). El Grupo Final Feliz es el grupo con la media más elevada en Afectividad Positiva. Se puede deducir, a partir de los datos que arroja esta investigación, que este grupo se benefició en esta dimensión al escribir cuentos con final feliz. Por lo tanto, nuevamente se puede vincular el uso del *cuento terapéutico* para favorecer la resiliencia en los sujetos.

A propósito de analizar los datos de la variable Sintomatología Física (PILL) se confecciona una clasificación en dos grupos (PIRE, PILL reducido): A) psicósomático; B) somático (Bruder, 2004) A lo largo del experimento se observa, a través de las medias, la

mejora del grupo A (psicosomático) en el Grupo Final Triste manteniéndose estable el Grupo Final Feliz. En un estudio de Pennebaker se concluyó que aquellos sujetos quienes describen emociones positivas en sus escrituras no son los sujetos más saludables. La escritura de emociones negativas en el experimento, la posibilidad de expresar la situación traumática vivida a través de un cuento con final triste tendría una mejor correlación con la mejora en la salud (De Salvo, 1999).

Los datos en este experimento indican que se observa finalmente una mejora en la Sintomatología Física general (PILL-PIRE) en el Grupo Final Triste. En síntomas específicos como Asma y Dolor de espalda, los beneficios se diferencian según el grupo experimental. Mientras que el Grupo Final Triste muestra una mejora en el dolor de espalda, el Grupo Final Feliz lo hace en el síntoma Asma.

Gráfico 2: Puntuaciones medias en Asma por Grupo en Pre-Test y Post-Test 1 y 2

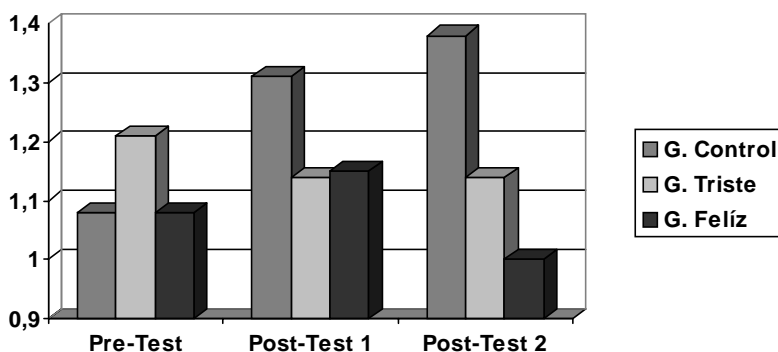
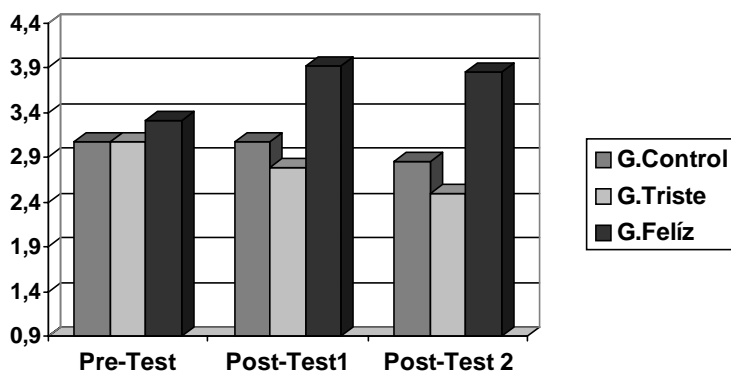


Gráfico 3: Puntuaciones medias en Dolor de Espalda por Grupo en pre-test y post test 1 y 2



En relación al análisis cualitativo del experimento, al obtener los sujetos para la muestra, si bien en un comienzo hubo resistencia, finalmente la muestra con la que se trabajó no mostró dificultades con las consignas. No hubo pérdida de sujetos: comenzaron 40 sujetos y terminaron los mismos 40 sujetos. En el Grupo Control surgieron dudas acerca del motivo de hacerles escribir sobre cuestiones organizativas. Por tratarse de estudiantes en su mayoría de la carrera de Psicopedagogía buscaban algún objetivo proyectivo.

Cabe destacar que en el taller experimental, el tiempo de escritura en cada grupo fue diferente: Grupo Control tiempo de escritura: 10 minutos; Grupo Final Triste tiempo de escritura: 20 minutos; Grupo Final Feliz tiempo de escritura: 30 minutos. El análisis de estos tiempos de duración de escritura no sólo confirma lo teórico: para la escritura de un *cuento terapéutico* se requiere no sólo de un tiempo de elaboración mayor que en grupo 1 y grupo 2, sino que además el taller en sí mismo, por los resultados obtenidos y ya minuciosamente analizados, marcan que estos tres grupos pueden homologarse a los tiempos dentro de un proceso terapéutico en el que el inicio está marcado por una escritura técnica (Grupo Control: tiempo del experimento: 10 minutos) para luego pasar a una escritura más catártica (Grupo Final Triste: tiempo del experimento: 20 minutos) y concluyendo dicho proceso con una escritura más elaborativa (Grupo Final Feliz: tiempo del experimento: 30 minutos).

En relación a este último análisis, cabe señalar que el caso María Elena, presentado como modelo, justamente es el punto al cuál deberán converger los sujetos que necesiten, debido a las situaciones traumáticas vividas, realizar un proceso de escritura terapéutica y que concluya con el *cuento terapéutico* de dicho sujeto.

Como síntesis final, a partir de este estudio quedaría demostrado el efecto que tiene la escritura del "*cuento terapéutico de cada sujeto*" como proceso dentro de un espacio para tal fin y cuya duración variará de acuerdo con cada problemática en particular.

El uso del *cuento terapéutico*, entonces, sería un camino posible hacia la resiliencia: frente a las adversidades, salir fortalecido de ellas.

Bibliografía

Androustopoulos, A. (2001). *The Self-Characterization as a Narrative Tool: Applications in Their Individuals and Families*. Family Process. vv40ilp79.

Beck, A. T.; Ward, C. H., Mendelson, M. ; Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry. 4.

Bruder, M. (2004). *Implicancias del cuento terapéutico en el bienestar psicológico y sus correlatos*. Tesis doctoral. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Argentina.

Bruder, M. (2000). *El cuento y los afectos. Los afectos no son cuento*. Buenos Aires: Editorial Galerna.

Castro Solano, A. (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico en ÍberoAmérica. En M. Casullo (Ed.) *Investigaciones argentinas sobre el bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós. pp. 31-54.

Casullo, M. (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico en ÍberoAmérica. En Casullo, M. (Ed.) *Evaluación del bienestar psicológico*. 11-29. Buenos Aires. Paidós. p. 79.

Casullo, M. (2000). *Psicología Salugénica o Positiva. Algunas reflexiones*. ANUARIO. Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires. Argentina. p.1.

Cyrułnik, B. (2001). *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. España: Editorial Granica. p.109.

De Salvo, L. (1999). *Writing as a Way of Healing*. San Francisco: Harper. P. 158.

Greenberg, M. A., Wortman, C. B. & Stone, A. A. (1996). *Emotional Expression and Physical Health : Revising Traumatic Memories or Fostering Self-Regulation*. Journal of Personality and Social Psychology. Vol 71, Nº 3. 588-602.

Infante, F. (2001,a). *Five Open Questions to Resilience. A Review of recent Literature*. La Haya: Fundación Bernard van Leer.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company. Chapter 9: Narratives Vignettes for Each of Emotions.

Melillo, A., Suárez Ojeda, E. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós. p. 25-87.

Ojeda, N. y Munist, M. (2001). *¿Qué es la Resiliencia?*. Buenos Aires: La Mancha. P. 16-17.

Paéz, D., Casullo, M. (2000). *Cultura y Alexitimia, ¿cómo expresamos aquello que sentimos?*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

Pennebaker, J. W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag.

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening Up. The Healing Power of Expressing Emotions*. New York: The Guilford Press.

Stallings, M., Dunham, C., Gatz, M., Baker, L., & Bengston, V. (1997). *Relationships Among life events and psychological well-being: more evidence for a two -factor theorie of well-being*. Journal of Applied Gerontology, 16, n 1 p.10.

Ubillos, F; Zubieta, E y Páez, D. (2001). Cuaderno de Práctica de Psicología Social de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad de País Vasco.

Vanistendael, S y Lecomte, J. (2000). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa. 2º edición.

