



Revista Chilena de Neuropsicología

ISSN: 0718-0551

editor@neurociencia.cl

Universidad de La Frontera

Chile

Salas R., Christian

La Reconstrucción de Identidad en sobrevivientes de Traumatismo Cráneo-encefálico. Una  
conversación con Mark Ylvisaker

Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 4, núm. 1, 2009, pp. 64-74

Universidad de La Frontera

Temuco, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317756009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



---

## Entrevista:

### La Reconstrucción de Identidad en sobrevivientes de Traumatismo

#### Cráneo-encefálico.

#### Una conversación con Mark Ylvisaker †.

*Rev. chil. neuropsicol.* 2009; 4 (1): 64-74

Publicado online: 30 julio 2009

(Rec.: 15 de abril de 2009. Acep.: 29 de mayo de 2009)

---

Christian Salas R. <sup>a\*</sup>

<sup>a</sup> Neuropsicólogo, Clínica de NeuroRehabilitación Los Coihues Docente Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico José H. Barak, Chile.

#### Resumen

La siguiente conversación fue llevada a cabo en septiembre del 2008, durante el 5to Congreso Mundial por la Neurorehabilitación, en Brasilia, Brasil. Mark Ylvisaker (1944-2009) fue profesor de Ciencias y Trastornos de la Comunicación en el College of Saint Rose, Albany, New York. Durante los últimos 30 años, Mark Ylvisaker trabajó en programas de Neurorehabilitación para niños y adultos con problemas cognitivos, conductuales y de autorregulación. El énfasis de su trabajo fue facilitar la adaptación de estas personas en sus respectivos ambientes educacionales o comunitarios. Actualmente en nuestro país la rehabilitación neuropsicológica de personas con traumatismo craneoencefálico ha adquirido importantes avances en la fase de hospitalización, siendo una tarea pendiente el abordaje ambulatorio o de reinserción psicosocial. A la fecha, no contamos ni con la infraestructura institucional ni con los marcos comprensivos para dicha tarea. Es por esto que el trabajo de Ylvisaker respecto al proceso de reconstrucción de la identidad es un referente obligatorio. La necesidad de fomentar la reconstrucción de una identidad positiva, no reducida a los déficits, es fundamental a la hora de lograr una alianza de trabajo con los pacientes, permitiendo así un trabajo colaborativo que minimice el impacto de sus dificultades. Esto implica desarrollar una visión de la rehabilitación neuropsicológica altamente sensible al contexto, las necesidades particulares de cada paciente y la experiencia subjetiva de cada persona respecto a sobrevivir a una lesión cerebral.

**Palabras Clave:** Identidad, Traumatismo Encéfalo Craneano, Rehabilitación Neuropsicológica, Autorregulación.

#### Abstract

The following conversation was held in September 2008, during the 5th World Congress for Neurorehabilitation, in the city of Brasilia, Brasil. Mark Ylvisaker (1944-2009) was professor of Communication Sciences and Disorders, at the College of Saint Rose, Albany, New York. During the last 30 years Mark Ylvisaker worked in neurorehabilitation programs for adults and children with cognitive, behavioral and self-regulatory disorders. His work intended intends to facilitate the adjustment of this population to their educational and community environments. Inpatient Neuropsychological rehabilitation of people with traumatic brain injury has improved in the last years in our country, however, the outpatient rehabilitation, focused on community reintegration is still an unaccomplished task. Today, we lack the proper institutional support services and the theoretical framework needed to fulfill that challenge. In this way, Ylvisaker's work, regarding identity reconstruction, is a compulsory reference. The need to support a positive identity reconstruction, not restricted to deficits, is a primary step to achieve a working alliance with patients, allowing the emergence of a collaborative work that minimizes the deficit's impact. This requires the developing of a Neuropsychological Rehabilitation paradigm that is highly sensitive to context, the particular needs of each patient, and the unique subjective experience of surviving a brain injury.

**Key words:** Identity, Traumatic Brain Injury, Neuropsychological Rehabilitation, Self-Regulation.

---

\* Correspondencia: cesalas@puc.cl

*CS: Hola Mark. Sólo para comenzar. ¿Cómo llegaste a trabajar en el campo de la Neurorehabilitación?*

**MY:** Bueno, en la Universidad estudié filosofía. Luego fui a realizar una formación de postgrado, por lo que tuve que viajar a Heidelberg a finalizar mi tesis en Emanuele Kant. En aquella época había nacido mi primer hijo, y entonces decidí que no quería seguir en eso.

*CS: Emanuele Kant no es el mejor ejemplo de algo entretenido.*

**MY:** [risas] La verdadera historia es esta. Estaba en la universidad de Heidelberg en Alemania, el mejor lugar del mundo para estudiar a Kant, de hecho, había un edificio entero dedicado su obra. Y ahí estaban, todos los textos originales que yo hubiese querido tener en mis manos, volúmenes invaluable. Y yo me encontraba en una de esas largas y pesadas mesas, y de cuando en cuando me despertaba [...]yo no se si te ha sucedido, pero cuando estas dormitando sobre una mesa te despiertas y babeas. Y bueno, ahí estaba, una mancha de saliva sobre uno de esos libros invaluable. Y entonces miré esa mancha y vi mi reflejo en ella. Y cuando ves tu propia imagen, en una mancha de saliva sobre un irremplazable libro de filosofía, tienes que preguntarte sinceramente si acaso es eso lo que realmente quieres hacer con tu vida [risas]. Entonces regresé y obtuve un título en Ciencias y Trastornos de la Comunicación, lo cual es en realidad algo así como un fonoaudiólogo. Luego me titulé y comencé a trabajar en un hospital de rehabilitación, donde recién se iniciaba un programa de rehabilitación pediátrica en traumatismo cerebral.

*CS: ¿En New York?*

**MY:** No, en Pittsburg Pensilvania. Era 1977 y trabajé muchas horas como voluntario y muy pronto comencé a pasar mucho tiempo con niños, adolescentes y jóvenes que habían sufrido traumatismos encefálicos [TEC]. Y fue obvio desde un comienzo que mi entrenamiento como fonoaudiólogo no era suficiente, porque los temas que me interesaban en ese entonces eran cognitivos, conductuales o psicosociales. Así que tuve que re educarme.

*CS: Lo que me comentas es interesante, porque cuando te propuse reunirnos, la primera pregunta que me surgió era cómo un fonoaudiólogo llega a interesarse en un tema como la identidad. Uno tiende a pensar que esos campos no están muy relacionados.*

**MY:** Esta es mi respuesta política. Luego de experimentar una lesión que altera el curso vital, inevitablemente experimentarás, de una u otra forma, un cambio en tu sentido del Self (sentido de sí mismo). Y a menudo lo que sucede es que muchas personas que participan de los procesos de rehabilitación contribuyen negativamente, reforzando la experiencia de estar dañado o de "las cosas que he perdido". O a veces simplemente resulta en la sensación de rabia, y ahí tenemos a los pacientes que nos dicen "vete al demonio, yo no soy alguien dañado", "dejen de tratarme como alguien dañado". El punto es que nosotros, terapeutas, enfermeras y familias, contribuimos, positiva o negativamente, al despliegue de su sentido de identidad. Existen, por ejemplo, estudios que describen el tipo de lenguaje que utilizan fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, quienes inintencionadamente contribuyen a esta experiencia de sí como alguien dañado.

*CS: ¿Puedes darme un ejemplo concreto de cómo ocurren estas interacciones en el ambiente terapéutico?*

**MY:** Claro, tu entras a una sesión de fonoaudiología, de terapia ocupacional o de kinesiología, y yo digo "hola Christian, cómo estas, repasemos por qué estas aquí: tuviste una lesión cerebral y ahora tienes dificultades para alimentarte, caminar, ya no puedes hacer eso de la forma en que lo hacías antes. Entonces nuestro objetivo será bla, bla, bla". ¿Cuál es el sentido de eso? De la forma en

que yo lo veo, si consideramos que interacciones como estas suceden muchas veces en un día, en distintas situaciones, el foco principal comienza a ser lo que no puedo hacer o las áreas en las que me encuentro dañado, o funciono mal, en relación a quienes me rodean. Entonces, en medio de esas circunstancias, es bastante probable que una persona termine pensando que está dañada, o que se enfurezca y presente una conducta oposicionista hacia eso. ¿Me explico?

*CS: Absolutamente. De hecho lo que dices me recuerda una idea que escribiste en uno de tus artículos y que se relaciona exactamente con lo que estamos hablando. Me gustaría leerla. ¿Te parece?*

MY: Claro

*CS: Tu señalas "en algunos casos la persona con un TEC puede llegar a luchar heroicamente para mantener un sentido de sí previo a la lesión, resistiendo intensamente a la identidad comunicada implícitamente por los profesionales de la rehabilitación, quienes enfatizan las discapacidades de los pacientes, y los cambios que estas discapacidades imponen a sus vidas. Esta batalla inconsciente por la identidad (y yo deseo subrayar esa idea) a menudo corre el riesgo de crear una peligrosa nueva identidad; la de una persona para quien el sentido de fortaleza, autocontrol y otras emociones positivas, están sólo asociadas con el modelo mental de una persona empeñada en luchar contra el control y las restricciones impuestas por otros". Considero que este párrafo que has escrito es genial en muchos sentidos. Por ejemplo, el describir esta situación como una lucha, y una lucha inconsciente. Algo de lo cual usualmente no estamos conscientes en nuestra labor cotidiana. Esto es muy importante, porque implica que como terapeutas tenemos un impacto en el paciente, pero no logramos percatarnos de ello. ¿Podrías comentar un poco más esto?*

MY: Bueno, como debes saber, la batalla por la identidad es una batalla que todos sostenemos, y en especial los jóvenes y adolescentes. Es poco probable, si te sientas frente a un adolescente común y corriente, que le digas "ok, cuéntame de todas las identidades que están compitiendo en tu cabeza para que le prestes atención". Eso sería raro, pero sabemos que esas identidades en lucha existen. Hay trayectorias vitales, imágenes, los diferentes héroes que seleccionamos.

*CS: Es algo natural*

MY: ¿No te parece?

*CS: Sin duda*

MY: Todos nosotros luchamos, especialmente cuando somos jóvenes, y como los TEC ocurren comúnmente a adolescentes o jóvenes, quienes se encuentran aún en este proceso, lo que obtenemos es una lucha sobre otra lucha. Porque existe esta lucha para resolver preguntas como quién soy, quién me gustaría llegar a ser, y ahora que las circunstancias han cambiado, bajo estas nuevas circunstancias, hay que volver a resolverlo. Pero volviendo a la idea principal, tú como terapeuta no puedes [...] como digo todo el tiempo [...]tú no puedes contribuir a ese proceso de lucha inconsciente. Pero también existen terapeutas con muy buenas intenciones, quienes usualmente dicen a sus pacientes "lo haces espectacular", "esto va a salir muy bien", "vas a volver a tu vida normal". Uno podría pensar, ok, esa persona está contribuyendo a un sentido positivo del Self, pero no es así. Esa persona está contribuyendo a un sentido falso de sí, no está bien. Va a necesitar trabajar muy duro para llegar a un punto desde donde pueda lograr las metas que desea. Por lo tanto, no puedes contribuir a esta lucha de ninguna de estas formas. Yo creo que todo el

personal de una clínica de pacientes hospitalizados, enfermeras, terapeutas, debe ser sensible al hecho de que inevitablemente contribuirán a cómo esa persona resuelve quién es y quién puede llegar a ser luego de una lesión.

*CS: Si consideramos lo que has señalado recién, quisiera preguntarte cómo crees que deberíamos relacionarnos con los pacientes en la fase sub-aguda. Lo pregunto porque en la literatura existen modelos que proponen como primer paso de la rehabilitación el logro de una mayor conciencia de sí. Y como tú has comentado, usualmente nuestros equipos son especialmente buenos para crear una conciencia respecto a los déficits o las discapacidades.*

**MY:** Bueno, primero que nada debo decir que me aparece un temblor en el ojo cada vez que escucho a alguien hablando de etapas, y especialmente si hablamos de conciencia de sí. Hay interacciones múltiples y dinámicas entre la conciencia de sí y muchas otras cosas, como la experiencia de vida de los pacientes, amistades, o la existencia de ambientes sociales apoyadores. Numero dos, no existe ni un solo ser humano en la tierra que sea completamente transparente a sí mismo. Todos nos engañamos un poco respecto a quienes somos, qué podemos hacer...

*CS: Claro, esa es una idea muy antigua, el Freud del 1900...*

**MY:** Tú, por ejemplo, imaginas que algún día vas a patear el punto ganador de una final de fútbol americano. ¿Estás de acuerdo conmigo? ¿Tú crees que algún día lo harás?

*CS: La verdad es que lo imagino más en una final de básquetbol.*

**MY:** Ok, entonces las olimpiadas, Londres. Te imaginas a ti mismo anotando un tiro de distancia, atravesando el aro sin siquiera tocar la malla. Bueno, eso nunca va a suceder. Y el punto es que no existe tal cosa como una completa conciencia de sí, hay muchos niveles de conciencia, y la conciencia de sí evoluciona en interacción con muchos factores, como experiencias de vida, sociales, etc. Y a lo que me refería diciendo que mi ojo comienza a tiritar cuando escucho estas cosas sobre las etapas, tiene que ver con una mirada vigotskiana, histórico cultural, donde múltiples factores interactúan cuando hablamos de cualquier función humana cognitiva o psicosocial.

*CS: ¿Esa es tu postura?*

**MY:** Sí. ¿Es popular la perspectiva cultural histórica en Chile?

*CS: Principalmente en educación.*

**MY:** Para mí es interesante que en neuropsicología especialmente, y en rehabilitación de forma más general, siempre se hace referencia a Luria, pero Luria fue un discípulo de Vigotsky. Luria comenta en su libro *The Making of Mind* que toda su carrera fue la evolución del pensamiento de Vigotsky. Pero la mayoría de los neuropsicólogos no tienen idea sobre Vigotsky, o de lo que implica en los procesos de rehabilitación.

*CS: Estoy de acuerdo contigo, a lo largo de sus libros Luria no se cansa de señalar cuánto le debe a Vigotsky. ¿Para ti, cuáles serían las implicancias de su pensamiento en rehabilitación?*

MY: Muchas. Primero, las personas que se encuentra en la tradición Cultural Histórica consideran como unidad fundamental de análisis psicológico no lo que se encuentra dentro de los límites de mi piel. Una persona es sin duda ese cuerpo y ese cerebro, pero interactuando con contextos culturales, históricos y ambientales, así como con las actividades en que esa persona se involucra. Ese es la unidad básica de análisis, no sólo tú, abstraído de todo lo que se encuentra a tu alrededor. Primero que nada, la evaluación neuropsicológica es muy distinta, porque no puedes averiguar como funciona un cerebro evaluándolo en una oficina. Tú necesitas conocer a esa persona, saber de qué es o no capaz, porque cuando consideramos a esa persona desde todos sus ámbitos, esa persona con ese cuerpo y ese cerebro, interactuando con otras personas, apoyos y valores culturales, y el contexto de actividades que le dan sentido y le son significativas, accedes a realidades que no son posibles de predecir desde una oficina por medio de test neuropsicológicos. Así es como lo veo.

*CS: Bueno, siempre he pensado que lo que tú haces con tus pacientes, en sus casas y ambientes, es algo así como una neuropsicología "outdoor".*

MY: Bueno, eso es interesante porque hace dos semanas conocí a un tipo en una conferencia de Vigotsky en San Diego. Creo que era el segundo congreso mundial. Bueno, ahí conocí a este Neuropsicólogo, que había sido entrenado por Michael Cole, no sé si lo conoces, pero es un psicólogo vigotskiano. Y estaba ahí con Mike. Y le pregunté cómo es posible que entrenes neuropsicólogos. Y el me mira y dice "neuropsicólogos culturales". ¿No es un término hermoso? En otras palabras, un Neuropsicólogo que posee la experiencia sobre el cerebro, pero que aprecia el hecho de que es ese cerebro, en ese cuerpo, en ese contexto de vida, con ciertas actividades particulares.

*CS: ¿Y cómo traduces estas ideas en el trabajo con tus pacientes, por ejemplo en la forma que evalúas, o cómo intervienes, respecto a los problemas de identidad?*

MY: Primero que nada déjame responder con claridad aquella pregunta sobre por qué un profesional de la rehabilitación, en el campo de la fonoaudiología, llegó a preocuparse del problema de la identidad. La respuesta política es que todo tiene que ver con identidad, la respuesta no política es que cuando comencé a trabajar en este campo me di cuenta que estos asuntos de identidad eran dominantes, especialmente con estos adolescentes que me miraban y decían ¡púdrete! Necesitaba de alguna manera entrar en sus cabezas y averiguar como sentían el mundo y cómo se veían a si mismos, de tal forma que estas "estrategias de rehabilitación" que intentaba utilizar no fueran rechazadas. Entonces fui donde los psicólogos y les pregunté si estaban trabajando estos temas, y no lo estaban haciendo. Y alguien tenía que hacerlo ¿Me entiendes? Pero también años mas tarde, en 1997, cuando empecé a trabajar con Timothy Feeny, quien era psicólogo, colaboramos en el desarrollo de muchas cosas, incluyendo estos procedimientos específicos destinados a mapear la identidad [Identity Mapping]. Inicialmente me di cuenta que todos estaban, intencionadamente o no, contribuyendo positiva o negativamente al sentido de identidad de las personas. Y si no le ayudábamos a crear una identidad positiva y convincente, pero además ayudarlos a reconocer sus dificultades, así como el hecho de que deberían trabajar duro y ser estratégicos [...] si no les ayudábamos, nuestros esfuerzos en muchos casos no tendrían resultado. Mejorarían lo suficiente para salir del hospital, y tendrían que arreglárselas solos y en muchos casos abandonar, por ejemplo, el colegio. Esas son las razones por las que me interesé en esto. Luego vino la pregunta de qué íbamos a hacer con esto. Una de las cosas que apareció claramente en un comienzo fue que las personas con las que trabajábamos tenían problemas con la generación de ideas. En otras palabras, no puedes llegar y sentarte con estas personas y decir "dame una buena descripción de tu actual sentido de ti mismo". Los mapas de los que te he hablado fueron diseñados originalmente para facilitar el proceso en que las personas pueden

desarrollar ideas, de tal forma que podemos restringir un tópico y trabajar colaborativamente con ellos, ofrecerles algunas sugerencias, y escribir lo que piensan, e incluso preguntarles si verdaderamente quieren escribir eso o no en el apartado de valores, o el de metas. Decirles "toma esto y llévalo a casa, de tal forma que estemos seguros de que queremos escribir eso acá". Ese proceso interactivo es sostenido por los diagramas. En segundo lugar, aunque sabíamos que existían buenas argumentaciones teóricas para lo que estábamos haciendo, sabíamos que sólo hablar no era suficiente.

*CS: La cura por la palabra (talking cure) no era suficiente.*

**MY:** Bueno, cierto tipo de cura por la palabra, una muy literal, donde hay descripciones literales sobre lo que la persona puede hacer o no, cuáles son sus posibilidades. Nos dimos cuenta que lo que realmente motivaba a las personas eran metáforas o imágenes de ellos mismos que provenían de un nivel más bien visceral.

*CS: Considerar que tu identidad está asentada en un nivel visceral, desde mi punto de vista, es un giro epistemológico. Además, es algo extremadamente interesante, porque los traumatismos craneanos generalmente colapsan el aspecto "frío" o "intelectual" del Self.*

**MY:** Así es, por eso tienes que llegar a lo visceral.

*CS: ¿Ese es el foco si deseamos generar un cambio?*

**MY:** ¿No crees? Finalmente encontramos una teoría que apoya eso y que habla de los subsistemas cognitivos interactivos. Phill Barnard es un científico cognitivo de Cambridge, Inglaterra. Es un buen tipo, y actualmente está interesado en intervenciones clínicas. Pero inicialmente él era un típico científico cognitivo, que usaba un cronómetro para medir la cantidad de tiempo que le tomaba a las personas hacer cosas, y así generar luego teorías. Pero él tiene una maravillosa teoría sobre el procesamiento de la información, con los típicos esquemas y flechas que siempre usan los científicos cognitivos. Pero en el corazón de su teoría ubica dos tipos de sentido [meaning]: el sentido proposicional y el implicativo. El sentido proposicional es literal, se basa en afirmaciones que pueden ser verdaderas o falsas, puede ser verificado, o rechazado. Esto puede ir desde afirmaciones como "el agua está sobre la mesa", a la física cuántica, pero todo es simplemente sentido proposicional. Y también existe lo que él llama sentido implicativo, el cual no está codificado en afirmaciones que pueden ser verdaderas o falsas, sino en símbolos, metáforas, narrativas, en distintos tipos de historias. Y dentro de su sistema, este es el único nivel de sentido que interactúa con lo visceral, lo que finalmente moviliza la toma de decisiones y el actuar. Ahora, claro que estos niveles obviamente interactúan. Por ejemplo, la terapia cognitiva conductual idealmente está diseñada para negociar la interacción entre el nivel proposicional de sentido y el nivel implicativo metafórico de sentido. Pero esa es sólo una teoría que usamos. La historia va mucho más atrás. Por allá por los '70 y principio de los '80 cuando me di cuenta que me tenía que comunicar desde las entrañas. Yo trabajaba con estos muchachos adolescentes, los que me mandaban al demonio, y entonces pensé que me tenía que comunicar desde el estómago.

*CS: Bueno, ellos te hablaban desde su estómago.*

**MY:** Absolutamente. Así que esos eran los dos procedimientos que decidimos reunir en un enfoque, no sólo para reconstruir la identidad. En un artículo reciente señalamos un continuum de usos para esta idea, partiendo simplemente con "tengo que encontrar la forma de conocerte". Cualquier terapeuta, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, cualquiera debe hacer esto. No somos simplemente técnicos. Así, el uso de estos procedimientos, ayudar a la persona a construir una descripción de sí mismo, y

posiblemente más que sólo una descripción de sí mismo, otorgarle también a dicha descripción un cierto sabor; "soy como Yao Ming" [famoso basquetbolista chino] estoy pensando en algunos jugadores de básquetbol sudamericanos que puedan gustarte. Hay varios argentinos, pero parece que Chile no tiene jugadores en la NBA.

*CS: Somos terribles en el básquetbol, en realidad en casi todos los deportes.*

MY: [Risas] Bueno. Esos son los dos procedimientos que están al corazón de esta técnica. Y ya sea que nos encontremos en un extremo del continuum, "quiero llegar a conocerte", o "pensemos como podemos en conjunto crear algunos objetivos con los que puedas comprometerte", o incluso, si nos movemos un poco hacia el otro extremo, donde yo trabajo principalmente ahora, con personas que crónicamente se resisten, a pesar de que las ideas pueden ser muy buenas. Bueno, estas personas son generalmente también adictas, y se resisten crónicamente a ser ayudadas o a utilizar estrategias para compensar sus dificultades de memoria o ejecutivas. Entonces el problema al trabajar con ellos es sobrepasar las resistencias, de tal forma de encontrar una manera de que piensen sobre ellos, de que retengan la información que necesitan retener, pero también de que se comprometan al trabajo duro que implica el utilizar estas estrategias. Pero bueno, en este otro extremo tenemos la psicoterapia. Yo no soy un psicoterapeuta, así que no pretendo ubicarme en ese extremo, pero desde mi punto de vista, estos procedimientos que usamos en el Identity Mapping, podrían ser usados en las entrevistas motivacionales, o en la terapia cognitiva conductual.

*CS: Lo que señalas es interesante porque otros neuropsicólogos han desarrollado instrumentos para compensar problemas cognitivos, por ejemplo Barbara Wilson, y lo que tenemos ahí son pacientes que sí adhieren al uso de sus técnicas.*

MY: Bueno, pero hay que considerar las características de su programa en Cambridge. Creo que eso permite considerar ciertas diferencias. En su programa participan algo así como cuatro pacientes por grupo, por seis meses. Es un grupo muy pequeño, y existen criterios de inclusión muy estrictos. Entonces ellos no ven a las personas que yo veo.

*CS: Ese es el punto, sus pacientes son "buenos" pacientes.*

MY: Bueno, también es el caso de Yehuda Ben-Yishai. Muchos de sus trabajos iniciales fueron financiados por fondos que tenían criterios de inclusión, eliminando a casi todos los pacientes que se parecen a los que yo he visto durante los últimos diez años. Estos pacientes nunca podrían haber entrado en sus programas.

*CS: Ellos son pacientes de elite, tú trabajas con los otros pacientes [...]*

MY: Yo trabajo con la escoria. Adictos, generalmente con diagnósticos psiquiátricos previos a la lesión, donde muchos de estos tipos tenían desórdenes de personalidad, trastornos del aprendizaje, trastornos de déficit atencional, trastornos de ansiedad, personalidad antisocial. Y usualmente ellos se hicieron adictos, y luego tuvieron una lesión cerebral.

*CS: ¿Y qué haces con estos tipos? ¿Cómo los tratas?*

MY: Esos son nuestros pacientes. Son los pacientes que Tim [Timothy Feeny] ve, los que yo veo. En muchos países estos pacientes son la mayoría de la población con TEC. Cuando miras las estadísticas, el número de personas que tiene niveles ilegales

de alcohol o drogas en su cuerpo al momento del accidente es sorprendentemente alto, casi un 50%. Entonces yo no creo que sean la excepción, son de hecho la mayoría.

*CS: ¿Y cómo crees que tu Identity Mapping, o el proceso de reconstrucción de identidad funciona con ellos?*

**MY:** Bueno, no siempre funciona, tendría que estar loco para decir que esto es algo así como una cura. Pero creo que es útil para muchas personas que se resisten a otros enfoques, por una variedad de razones. Una es que la manera en que me relaciono con el paciente, como terapeuta, es “no voy a obligarte a nada”, “quiero conocerte, quiero saber quién eres de verdad”, “sé que tu no eres quién trató de golpearme, o quien sale escondido por las noches a buscar una dosis de cocaína”, “hay alguien ahí dentro, y tu sabes que hay alguien ahí y esa persona es la que quiero conocer”. Eso es lo que quiero que el paciente sepa. Lo cual significa dos cosas. Primero, es una forma de comunicarse basada en el respeto. Y creo que especialmente, para personas que han sido ofendidas a lo largo de su vida, finalmente ellos se conectan con personas que conocen desde sus entrañas, que sienten el respeto de esa persona, una persona que no va a “convertirme” en alguien que no quiero llegar a ser. Creo que esto es lo más importante. Además, como debes saber, hay habilidades clínicas que se ponen en juego para presentarte como un colaborador, y eso es Vigotsky nuevamente. Vigotsky pensaba que todas las funciones mentales superiores eran construidas colaborativamente, en un contexto social. Entonces, la memoria es una función cognitiva co-construida, ser capaz de organizar tareas es una habilidad también co-construida, y la identidad es asimismo algo fundamentalmente co-construido. Así, la habilidad de presentarse verdaderamente como un colaborador [...] Bueno, y eso también va unido a la idea de proyecto. Usualmente yo le digo a las personas, especialmente a quienes lo han pasado muy mal: “mira, lo has pasado mal, lo sabes. Te han arrestado, te has metido en peleas, algunas las has perdido y otras ganado, has sido adicto. Cual sea tu situación, lo has pasado mal. Ahora, ambos sabemos que tú no vas a sonreírme y decir que ese es el tipo de vida que quieres. Así que si tú y yo trabajando juntos, uniendo nuestras cabezas, encontraremos alguna forma de que tu encuentres una forma de ser tú, de encontrar una forma de actuar que te lleve más allá de este lugar en el que estas atascado ahora, lograremos no sólo algo importante para ti, sino también para muchas otras personas”. Eso les digo. A veces les comento: “yo viajo mucho y converso con las personas, y sería capaz de llevarte conmigo, no literalmente. Por ejemplo, si se nos ocurre algo que sea importante, podemos grabarlo y así eso puede ayudar a personas en distintas partes del mundo”. Este es el concepto de proyecto, un proyecto colaborativo. “La reconstrucción de tu identidad no es un asunto de psiquiatras, una psicoterapia que tengas que hacer en una oficina, es un proyecto que puede resultar en un producto que puede ayudar a muchas personas”. Por ejemplo está este tipo, que tenía tatuajes en todo su cuerpo, había sido un adicto por más de 35 años, había estado en la cárcel y pasado mucho tiempo en hogares. El había tenido un par de lesiones cerebrales, tenía un trastorno epiléptico, pero a pesar de eso era un tipo inteligente y astuto. El era astuto de la forma en que tienes que serlo en la calle para sobrevivir, y con el comencé así. Cuando lo conocí el me dijo “sabes, ustedes sólo quieren cambiarme para que use un traje y una corbata y viva en los suburbios con mi bella esposa y mis dos bellos hijos, con mi perro y mi gato... Yo no quiero eso, odio esas personas, ellos son el enemigo”. Le dije ok, ok. Entonces fui a Canadá y le mostré a la gente mi trabajo con él en los mapeos de identidad, y esas personas le escribieron cartas. Y hasta el día de hoy él lleva consigo esas notas, porque significaron para él mucho, en este proceso de entrar a un mundo que es nuevo para él; un mundo de sobriedad, de pensar organizadamente, no un mundo donde sólo hay que estar atento a desde donde quieren golpearte, o contra quien hay que pelear.

*CS: ¿Cómo reaccionan cuando les hablas de esa manera?*

**MY:** Bueno, esa es una buena pregunta, porque muchos dicen “ok, suena bien”, o “veremos” o “bueno, inténtalo” o “algo por el estilo”. Luego dicen, “eres un buen tipo, aprecio tu ayuda, pero la probabilidad de que me ayudes a cambiar substancialmente es

remota". Y yo digo ok. Hubo un tipo, del cual escribí en aquel primer artículo sobre Identity Mapping, el que tenía un sentido de identidad basado en LL Cool J, el rapero. Este tipo había nacido en Brooklyn, New York, que es un lugar en New York City. Su padre era un traficante, su madre una prostituta. Su padre se metió en las drogas a los 11 años y luego nunca le gustó que su hijo fuera también adicto, así que lo echó de la casa. El vivió en un hogar la mayor parte de sus años adolescentes, usó drogas, vendió drogas, tuvo mucho dinero en algún punto. Aprendió como sobrevivir en New York y tuvo dos enormes lesiones cerebrales. El era uno de esos típicos casos. Estuvo en un hospital de rehabilitación por once meses, recibió el mejor tratamiento disponible, fue dado de alta y luego de una semana estaba de vuelta en la calle consumiendo drogas. Luego entró en otro programa, donde lo conocí. Se había salido de las drogas y estaba un poco mejor, incluso había logrado tener un trabajo en ambiente protegido. Tenía problemas perceptuales y su cabeza funcionaba realmente lenta. Fui a su casa y conversamos. El decía: "el tiempo entre que alguien me falta el respeto, y yo me pongo "Brooklyn" -ponerse Brooklyn era una explosión nuclear para él- es tan corto, que la probabilidad que me ayudes en esto es imposible". Y yo le digo ok, ok, veremos que podemos hacer. Pero yo me di cuenta que el tenía un montón de CDs, y la mayoría era de LL Cool J. Entonces le pregunté quién era LL Cool J, y comenzamos a hablar de eso; que era un gran tipo, un rapero y *bla, bla, bla*.

*CS: Parece que ahí tú sentiste algo, desde tus entrañas.*

**MY:** Correcto. Sentí algo importante respecto a su imagen de sí. Sobre lo que era para él un verdadero valor. Y lo que era un verdadero valor era este LL Cool J, un rapero muy rudo. Entonces me metí a internet a averiguar sobre este LL Cool J y encontré que era un buen tipo, con familia, esposa, un buen padre, un hombre de negocios. Así que conversé con Rob sobre este otro LL Cool J. Imaginarlo sentado ahí en reuniones con las casas disqueras, negociando con ejecutivos que trataban de aprovecharse de él. ¿Es este el LL Cool J que saltaría sobre la mesa y sacaría una pistola? No, por supuesto que no. Él es inteligente. Va a estar tranquilo, preparará algunas estrategias para manejar la situación y mejorar su contrato. Va a tener colaboradores, agentes que trabajan y lo apoyan. Así trabajamos mucho en relación a este concepto de LL Cool J como un hombre de negocios. Entonces le pareció bien. Si quieres trabajar, si quieres ganar dinero, tienes que ser como LL Cool J el empresario, y en tu tiempo libre serás LL Cool J el rapero rudo. Pero él todavía tenía muchos hábitos, así que le pedí que creara un video, donde explicara a su supervisora en el trabajo que él realmente deseaba trabajar. Porque siempre era expulsado del trabajo. Que le dijera que realmente deseaba mantener su trabajo, que era importante para él, que le gustaba su trabajo, poder ganar su dinero, que le caía bien ella como supervisora, que deseaba ser respetuoso, pero que necesitaba ayuda. Que estaba intentando pensar en él de forma distinta, de tal manera que no perdiera el control en el trabajo. Y pensar en él de forma distinta tenía que ver con LL Cool J, así que en el video decía "cuando me veas en una situación donde estoy a punto de perder el control, por personas que me faltan el respeto, sólo haz con tu mano un gesto discreto (una L entre el dedo pulgar e índice), y toca así tu mejilla, y eso será suficiente para acordarme de LL Cool J, y seré capaz de estar tranquilo, y sentirme ok con eso. También lo convencimos que cuando lo echaban del trabajo, él era el perdedor de toda la situación, y que así le faltarían aún más el respeto. Bueno, todo eso lo pusimos en el mapa de identidad y hablamos con su supervisora para que ella usara la clave. Y durante un año no fue enviado a su casa por meterse en problemas. Así que, cuál es el punto. Para ser respetuoso y trabajar colaborativamente hay que construir algo que esté basado tanto en un nivel visceral, así como en lo que necesita ser logrado debido a la lesión. Y también obtener colaboradores cotidianos, en su caso fue la supervisora, alguien muy necesario para obtener apoyo. Y eso es básicamente lo que hacemos.

*CS: Bueno, tú tocas dos puntos muy importantes cuando describes este caso. Por ejemplo el tema de la Autorregulación, un gran tema en TEC. Y también que no hay buenas experiencias en Neurorehabilitación al respecto. El otro punto es algo que para mí es relevante en estos pacientes, el uso de la metáfora, considerando las posibilidades cognitivas que esto trae. Tenemos estas*

*personas con problemas de memoria, problemas ejecutivos, por lo que es difícil para ellos reunir mucha información rápidamente. Tú mencionas en algún lugar que la metáfora permite comprimir.*

**MY:** Si, comprime mucha información. La analogía que creo usamos en ese artículo la tomamos del baseball. En baseball hablamos de la jugada "squeeze" [apretar], la cual tiene muchos componentes; tiene cosas que el pitcher debe hacer, el hombre de la tercera base, el que corre y el que atrapa. Hay estrategias de acción para cinco personas en la jugada "squeeze". Hay muchas cosas que cada uno debe hacer. Entonces puede haber más de diez unidades de información. Pero cuando hablamos de la jugada "squeeze" estamos hablando de una sola jugada. Eso es lo que la metáfora logra. Y en religión especialmente, por ejemplo Jesús muriendo en la cruz.

*CS: Personalmente creo que es más que comprimir información, sino también una forma de acceder a otro estado del Self, si lo digo correctamente. A otro tipo de experiencia al cual entras desde un punto, y así accedes a este otro estado del Self. Creo que eso es lo que haces, les ayudas a entrar en otros estados de Self que les permiten autorregularse.*

**MY:** Esa es una buena respuesta para mí, especialmente si hablamos de niños. Porque esto también lo hacemos con niños, pero no hacemos el mapeo. Si hay un niño que tiene entre 5 y 10 años, vamos a su colegio y logramos que el profesor genere una unidad de instrucción en base a héroes. Entonces pueden ver un par de DVDs, o leer algunas historietas, y luego la clase identificará quien es el héroe de la historia, por qué, cuáles son las cualidades de esa persona que la hacen un héroe, las aptitudes. Así, realizan este ejercicio lo suficiente como para adquirir un buen concepto de lo que es un héroe, lo cual puede ser entendido por un niño de 4 años. Luego el maestro les pide a los niños que elijan un héroe propio. El trabajo de los profesores es asegurar que los niños elijan algo significativo, pero que también tenga un potencial para ser incorporado a la identidad del niño. Puede ser un personaje de historieta, o un héroe de la cultura, o un pariente, abuelo, abuela. Una vez que se ha elegido el héroe, el trabajo del profesor es conversar con el niño que tiene dificultades. El año pasado, por ejemplo, trabajaba con un muchacho que había tenido una lesión frontal masiva, había perdido 70% de su lóbulo frontal derecho y 30% del izquierdo. Tenía muchos problemas de autorregulación, pero él se recordaba a sí mismo como alguien muy inteligente y a quien no le costaba aprender, pero que ahora no podía. Pero cada vez que un profesor se sentaba junto a él a ayudarlo, o le decía que no estaba haciendo su trabajo, el muchacho explotaba, esa era su única estrategia. Él odiaba a los maestros. Así que hicieron la actividad del héroe, y él eligió un personaje de historietas, un perro. Y se trabajó con ese personaje en relación a la capacidad de ayudar a otros y pedir ayuda cuando era necesario. El nombre del perro era Odis, así que le pedí a los profesores que cuando Joe hiciera algo que fuera difícil ellos debían decir: "bueno Joe, lo que estás haciendo es algo que parece difícil, así que quizás tendrías que actuar como Odis, y pedir que nos acerquemos y te demos una mano". Entonces empezaron a hacer eso durante un tiempo y Joe comenzó a sentirse bien en relación a pedir ayuda. Y cuando él levantaba la mano los profesores decían "Ah es Odis, es un problema para Odis. Estás pidiendo que te ayudemos, bien hecho". Entonces él pudo terminar sus últimos años del colegio por medio de estas rutinas. No creo que eso hubiera sucedido si el no hubiese creado esta forma de ser él, en la que lograba entrar, y la clave de esto era "ser un tipo como Odis".

*CS: Aquí es donde los guiones entran en juego, como en la jugada "squeeze" que mencionaste.*

**MY:** Así es y tenemos un montón de guiones que permiten la autorregulación. El guión fácil-difícil, esto es algo difícil, esto es lo que voy a hacer. El gran problema-pequeño problema, donde esto es un gran problema o pequeño problema, y esto es lo que voy a hacer al respecto. O el guión listo-no listo. O el guión sobre situaciones donde se puede elegir o no se puede. En fin, hay muchos.

Generalmente los usamos con profesores o niños, pero también con adultos. Esto es Vigotsky nuevamente, la autorregulación va desde la cabeza del adulto a la boca del adulto y luego a la boca del niño. Y de la boca del niño a su cabeza. Y con niños que tienen problemas de autorregulación usamos el proyecto de los héroes, así la autorregulación se siente bien.

*CS: Una pregunta final. ¿Crees que el estudio de los desórdenes del sentido del Self, y su tratamiento en la población con TEC, puede iluminar el estudio de la identidad en un sentido más amplio?*

**MY:** Déjame decirte como debería responderte esa pregunta. Debería hacerlo de la forma que Barak Obama respondió la pregunta respecto al origen de la vida. Él dijo que la respuesta a esa pregunta estaba más allá de su pedigrí [risas]. Mi respuesta es la siguiente, Vigotsky y Luria insistieron en que la comprensión de la realidad psicológica, social e histórica del hombre no era logable a través del estudio exclusivo del desarrollo normal, sino también de los trastornos del desarrollo. Así, Vigotsky dirigió en Moscú una escuela llamada Escuela de Defectología, con niños que presentaban severos trastornos del aprendizaje. Ahí, él y Luria insistieron en que habían aprendido en ese lugar mucho sobre los procesos de aprendizaje, y de cómo se manifestaban en diversas formas a causa de la lesión cerebral. Yo siempre he pensado algo similar, como clínico que trabaja con personas con este tipo de problemas. Entonces, tú me preguntas si el trabajo que hacemos en la reconstrucción de identidad puede iluminar un tema más amplio del ser humano. Bueno, creo que sin duda. Son exactamente las razones porque Vigotsky y Luria opinaron así. ¿No lo crees?

*CS: Sin duda*

**MY:** ¿O sólo dices eso para complacerme?

*CS: En absoluto. El motivo por el que conversamos hoy es porque creo que aquí hay ideas importantes. Por ejemplo, George Prigatano ha comenzado a escribir respecto al uso de la metáfora con esta población en terapias de grupo, por medio del uso de canciones. De tal forma que el paciente pudiera describir sus estados internos relacionándolos con la canción.*

**MY:** No sabía eso.

*CS: Si, bueno, Prigatano utiliza un marco conceptual más bien Jungiano. Pero en fin, al punto que voy con esa referencia es que creo que lo que tú haces, y lo que Prigatano sugiere, se relaciona con la relevancia de la metáfora en la construcción de la identidad, y también como posibilidad técnica para ayudar a estos pacientes. Creo que hemos intentado tratarlos desde fuera, y no desde su interior.*

**MY:** Exactamente. Bueno, tú correctamente conectaste mi reacción al almuerzo con todas estas cosas de las que hemos conversado. En el sexto piso estaba el salón de almuerzo exclusivo para los invitados expositores. Me paré en la entrada del salón, vi a este grupo de personas con trajes y corbatas y corrí al ascensor [risas]. Y eso es una representación metafórica del Self. Quiero decir, no sé si lo dije en mi cabeza en ese instante, pero en algún nivel estaba sintiendo "no soy aquello".

*CS: Bueno Mark, muchas gracias.*

**MY:** Ha sido un placer.