

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

*“Aproximación a la Terapia
Narrativa: análisis de un caso
por dependencia de alcohol”.*

Alumna: Leo, María Karen

Directora de Tesina: Lic. Claudia García

Abril 2010

Hoja de Evaluación

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora Invitada: Lic. Claudia García

Nota:

Agradecimientos

Agradezco a **Dios** en primer lugar por darme la posibilidad de concretar uno de los proyectos más importante en mi vida y por ser herramienta de su luz.

A mis **padres** por acompañarme, guiarme, por respetar mis tiempos, porque sin su ayuda no hubiera sido capaz de haber llegado donde estoy.

A mi hermano **Leandro** por su enorme corazón desinteresado, por llevarme, buscarme y realizarme favores todo el tiempo.

A **Matías** por esperarme, por darme fuerzas para seguir y por caminar junto a mí todos estos años.

A la persona que fue mi directora de tesis, **Claudia** una persona inolvidable, por su tiempo, porque confió en mí, supervisó mi trabajo, me apuntaló, aconsejó, y me brindo todo lo necesario para cumplir con mi objetivo.

Al **Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra** por el aprendizaje, la experiencia y conocimientos brindados en tan poco tiempo y principalmente por aceptarme para desarrollar esta tesina.

A mi amiga **Marcela** por que sin sus sugerencias, consejos y acompañamientos no hubiera aprendido tanto como persona en el transcurso de la vida y de la labor profesional. Mi más sincera admiración.

A mi amiga **Eugenia** por su ayuda en la escritura, por generar ideas brillantes y creativas en el caminar juntas hacia la profesión y la amistad.

A **mis compañeras de cursado** por los trabajos realizados, por los recreos y las eternas charlas en el buffet.

A los **profesores** que brindan su tiempo para enseñar y aprender, grandes vocaciones referentes en mi profesión.

A este **tribunal**, por escuchar uno de los aprendizajes y proceso más lindos de mi vida, como es la tesina que he desarrollado.

Al **residente** de la Comunidad Terapéutica por facilitarme sus documentos para poder realizar este trabajo.

Y finalmente a **todos** aquellos que hicieron posible que este proyecto haya terminado.

MUCHAS GRACIAS...

Índice

✚ Título	1
✚ Hoja de evaluación	3
✚ Agradecimiento	4
✚ Índice	6
✚ Resumen	9
✚ Abstract	10
✚ Introducción	11
✚ Marco teórico	13

Capítulo 1 PERSPECTIVA NARRATIVA	14
1.1 Una visión global de la Terapia Narrativa	16
1.2 Fundamentos de la Terapia Narrativa	19
1.3 Fundamentos de una Psicoterapia Narrativa	21
1.4 Reducir la trama, ampliar la contratrama.	24
1.5 Cómo ayudar a la persona a descubrir el problema.	25
1.6 Cómo hacer Preguntas	27
1.7 Externalización del problema	29
1.8 Cómo definir el problema que se debe exteriorizar	40
1.9 Acontecimientos extraordinarios	42
1.10 Revisión de relación de las personas con los problemas	45
1.11 Responsabilidad	46
1.12 El contexto cultural	47
1.13 Distinciones entre el pensamiento lógico- científico y narrativo.	48
1.14 Documentos Terapéuticos	52






1.15	Historias Propias	57
1.16	Aspectos del discurso a analizar	59

Capítulo 2 ADICCIONES **63**

2.1	Droga y drogodependencia	65
2.2	Conceptos básicos sobre las drogas	66
2.3	Criterios para la intoxicación por sustancia	69
2.4	Criterios de diagnóstico para el abuso de sustancia.	69
2.5	Criterios de diagnóstico de dependencia de sustancia.	70
2.6	Tipos de drogas	72
2.7	Las adicciones como enfermedad	74
2.8	La multicausalidad de adicciones.	75
2.9	El paciente Adicto.	77
2.10	El perfil psicológico del adicto.	77
2.11	Tipos de tratamientos	80
2.12	Etapas del proceso de una Comunidad Terapéutica.	81

Capítulo 3 ALCOHOLISMO **84**

3.1	Definición de alcoholismo.	85
3.2	Recorrido del alcohol por el organismo	86
3.3	Riesgos asociados al consumo de alcohol.	86
3.4	Efectos del alcohol en la fisiología humana.	88
3.5	Una aproximación al alcoholismo en la Argentina	90
3.6	Una persona alcohol-dependiente.	92
3.7	Modelos de intervención en el alcoholismo.	93

 Marco metodológico	99
<hr/>	
4.1. Objetivos de la investigación	100
4.2. Método	100
4.2.1 Tipo de investigación	100
4.2.2 Diseño de la investigación	101
4.2.3 Descripción del participante	102
4.2.4 Técnicas de trabajo	103
4.2.5 Procedimiento	103
 Análisis de los documentos	105
<hr/>	
5.1 Solo un abrazo (poesía)	107
5.2 A partir de hoy (poesía)	112
5.3 Carta de la Soledad	118
5.4 Mi amigo Juan (cuento)	124
 Conclusiones	131
 Referencias bibliográficas	135
 Apéndice	139

Resumen

La presente investigación pretende brindar dentro de la psicoterapia de tratamiento de adicciones, un análisis narrativo con el fin de que el paciente alcohólico pueda poner en palabras su historia, sus emociones, sus pérdidas, para poder reconstruir, con otra perspectiva, todo lo que sea necesario e importante para su tratamiento y vida personal.

Los objetivos son profundizar el estudio del alcoholismo desde los recursos de la Terapia Narrativa y analizar documentos, como herramientas clínicas en un caso por dependencia de alcohol.

El trabajo utiliza una metodología cualitativa, utilizando un tipo de estudio descriptivo, y el diseño de tipo narrativo. Los instrumentos con los que se ha trabajado son documentos personales, se ha analizado la obtención de datos provenientes de escritos, tales como dos poesías, una carta y un cuento, y la autobiografía. Tales elementos fueron producidos por el sujeto de estudio.

Se tomó un caso de alcoholismo de sexo masculino, que realizó tratamiento en Cooperativa de Trabajo Ltda "Cable a Tierra.

Se concluye con sugerencias acerca de posibles intervenciones, en un caso por trastorno por dependencia de alcohol.

Palabras claves: Terapia Narrativa, Externalización, Alcoholismo

Abstract

This research seeks to offer, within the field of psychotherapeutic treatment of addictions, the narrative analysis for an alcoholic patient to put into words, his history, emotions, and his losses. for the person to be able to rebuild from another perspective all that is necessary and important for his treatment and his life.

The objectives are to make a careful study of alcoholism from resources of the Narrative Therapy and also to analyse documents as clinical tools in a case of dependence on alcohol.

The work uses a qualitative methodology, utilizing a particular type of descriptive study and a design of the narrative type. This work has been based on personal documents, the data analysed comes from writings, such as two poems, one letter, a tale, and autobiography, which were written by subject of study.

It studies with the case of an alcoholic male that was under treatment at Cooperativa de Trabajo Ltda "Cable a Tierra".

It concludes with suggestions about possible interventions for the case of alcoholism.

Key Words: Narrative Therapy, Externalization, Alcoholism

Introducción

Nuestras vidas están entrelazadas constantemente con la narrativa, con las historias que contamos y que escuchamos contar, y también con las que nos gustaría contar, todas estas historias son reelaboradas en el relato de nuestra vida que nos contamos a nosotros mismos.

Vivimos inmersos en la narración y evaluación del significado de nuestras conductas, convirtiendo nuestras vivencias en relatos y esos relatos dan forma a nuestras vidas y a nuestras relaciones.

Desde este planteamiento, la terapia narrativa postula que la fuente principal de las soluciones a los problemas se encuentra en la propia persona y en sus redes sociales. Confiando así en los recursos, competencias, habilidades, que poseen los clientes.

Por otro lado me motivó experimentar que adicción epistemológicamente significa “sin palabras”, hay algo en estas personas que no se puede poner en palabras que les resulta difícil manifestar ya sea a nivel de lenguaje o a nivel corporal. Esto pude observarlo en mis prácticas profesionales en la Cooperativa de Trabajo Ltda. “Cable a Tierra” que trabaja con prevención y tratamiento de adicciones.

A partir de la Narrativa quisiera poder comprender las dificultades anteriormente nombradas, y como esto se manifiesta en la vida personal, para poder utilizarlo como objetivo terapéutico en psicoterapia con pacientes por dependencia de alcohol, ya que los relatos pueden dar confianza, animar, liberar, revitalizar o curar, y a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida determinará, en gran medida, la naturaleza de nuestras vivencias y nuestras acciones.

Los objetivos son profundizar el estudio del alcoholismo desde los recursos de la Terapia Narrativa y analizar documentos, como herramientas clínicas en un caso por dependencia de alcohol.

Se trabajará con un caso de alcoholismo de sexo masculino, que realizó tratamiento en la institución anteriormente mencionada.

El presente trabajo se organiza de la siguiente manera. En primer lugar se encuentra el marco teórico, el cual está dividido en tres capítulos. El capítulo uno describe los conceptos principales de la Perspectiva Narrativa, el capítulo dos menciona aspectos generales de las Adicciones y por último el capítulo tres alude en referencia al Alcoholismo. En el marco metodológico se encuentra la metodología utilizada en la tesina, luego un apartado más con la presentación y análisis de datos. Y finalmente conclusiones, referencias bibliográficas y apéndice.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

PERSPECTIVA NARRATIVA

“La vida como relato o narrativa; es afirmar que los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas”.

Michael White.

En el presente capítulo se desarrollará conceptos generales de la **Terapia Narrativa**, una perspectiva que permite abordar creativa e integralmente las vidas de las personas y plantearse profesionalmente una nueva forma de trabajo terapéutico.

El atractivo de la terapia narrativa supone mucho más que un nuevo conjunto de técnicas. El autor Bill O'Hallon¹ menciona que representa una dirección totalmente nueva en el mundo de la terapia, un movimiento al que se podría llamar la "tercera oleada de la psicoterapia". Ya que la primera oleada, empezó con Freud y estableció las bases. Estaba centrada en la patología y dominada por las teorías psicodinámicas y la psiquiatría biológica. La segunda oleada de la psicoterapia son "las terapias centradas en los problemas" que aparecieron durante los años cincuenta, las cuales intentaban compensar la excesiva fijación en la patología y en el pasado centrándose en el aquí y ahora en lugar de buscar significado ocultos.

A principios de los años ochenta, algunos terapeutas empezaron a adoptar una postura basada en las capacidades del cliente que podría considerarse precursora de las terapias de la tercera oleada. Se cree que el hecho de centrarse en los problemas restaba importancia a los recursos y soluciones que el cliente ya poseía. Por lo tanto el terapeuta ya no era la fuente principal de las soluciones y sino que éstas se encontraban en la propia persona y en sus redes sociales.

Es muy importante conocer y explorar nuevos paradigmas para crecer personal y profesionalmente, teniendo siempre presente que la persona es protagonista de su propio mundo, que todo el tiempo adjudica significados convirtiéndolos en relatos que dan forma a la vida y a las relaciones.

Vivimos inmersos en las narrativas, recortando, re evaluando el significado de nuestras acciones, anticipando resultados y planeando nuestros proyectos. A continuación los invito a conocer algo de lo maravilloso de esta perspectiva.

¹ O'Hanlon, B. (2001). La terapia narrativa y la tercera olea de la psicoterapia. En B, O'Hanlon *Desarrollar posibilidades*. [versión electrónica] .Barcelona: Paidós.

1.1 UNA VISIÓN GLOBAL DE LA TERAPIA NARRATIVA

En el libro de Payne² cuenta como ha asimilado e integrado sus prácticas centradas en narrativas. La visión global de la misma es una buena síntesis para entender la perspectiva.

La organización de las sesiones

Las sesiones en terapia narrativa no tienen una duración determinada. Payne considera con seguir la tradición de cincuenta minutos por sesión; pero White y sus colegas se extienden hasta dos horas, no solo con las familias sino con individuos y parejas. El intervalo entre sesiones es también variable. La narrativa no es una “terapia breve”, incluye un buen número de sesiones.

Perfil de las prácticas de terapia narrativa

Las prácticas son descriptivas con un orden aproximado, aunque el terapeuta puede, tanto en una sola sesión como en una serie de ellas, ampliarlas, reducirlas, volver a ellas u omitirlas del todo de acuerdo con su sentido de lo que podría ser útil para la persona. La variedad, la complejidad, la sensibilidad, el tacto y la flexibilidad de la terapia narrativa no se reflejan en este esbozo.

Descripción “saturada del problema”: la persona cuenta su relato.

Como todas las terapias, la narrativa comienza cuando el asesor presta una atención respetuosa y comprometida a una persona en un lugar seguro y privado. El terapeuta invita a la persona a hablar de sus problemas y la escucha con interés. Con frecuencia, las primeras historias están llenas de frustración, desesperación y dolor, con poco o ningún asomo de esperanza. White las llama “descripciones saturadas del problema”, estas encarnan el relato dominantes de la vida de las personas. No todas las descripciones al principio

² Payne, M. (2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

de la terapia están saturadas del problema: la persona puede haber cambiado de postura frente a sus preocupaciones antes de acudir a consulta.

Bautizar el problema

Además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. Si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta hace sugerencias (depresión, estrés en la pareja, abuso, etc.) hasta que ambos eligen en conjunto un nombre provisional. Este nombre se utiliza hasta que subsiguientes descripciones permiten escoger uno más apropiado y preciso. El “bautizar el problema” añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización.

Lenguaje externalizador

El terapeuta emplea un lenguaje que transmite, implícitamente, que el problema “tiene efectos sobre” la vida de la persona, en lugar de “ser parte de” ella. Este artificio se llama “externalización del problema”. El terapeuta no dice “te deprimiste” ni “ustedes estaban estresados”, sino “la depresión invadió tu vida” o “el estrés los afectó a ambos”. El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo de toda la terapia, no solamente en la primera sesión; su objetivo es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlos como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales. Sin embargo, no se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas. A éstas se las llama por su nombre: “te maltrató durante mucho tiempo”. Si se pueden externalizar las creencias que “justifican” el maltrato: “te dominaba la creencia de que la violencia es aceptable”.³

Tomar en cuenta aspectos políticos y sociales.

La terapia narrativa asume que los factores sociales, políticos y culturales afectan a las vidas de las personas y, sobre todo, que las relaciones de poder son endémicas en las sociedades occidentales tanto local como globalmente.

³ Op. cit

“Deconstrucción” de desenlaces inesperado

Una vez que la persona ha mencionado aspectos de su experiencia que parecen negar, contradecir o modificar su relato saturado del problema, el terapeuta, por medio de preguntas, la invita a explayarse sobre las circunstancias y naturaleza de estos “desenlaces inesperados” y a considerar la medida en la que desentonan con la historia saturada. Esta formación detallada y focalizada, o “deconstrucción” permite que la descripción alternativa se fortalezca en lugar de disolverse. A través de este proceso “deconstructivo” la persona contempla su experiencia con su mayor perspectiva, “escribe una historia más rica” y sienta las bases del cambio futuro.

Se invita a la persona a asumir una postura

La persona puede decidir que se dejará dominar por el relato saturado del problema o puede tomar en cuenta el relato, de mayor riqueza, que el terapeuta la ha animado a contar. Debe afrontar varios dilemas. Por lo general, las personas deciden por sí sola modificar su postura con respecto al problema; sin embargo, en ocasiones sienten que esto es demasiado perturbador, doloroso o prematuro. El terapeuta explora en detalle con la persona los distintos desenlaces posibles de cada alternativa.

Uso de documentos terapéuticos.

El terapeuta puede emplear documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. Pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos o certificados. A veces serán sólo para el uso privado de la persona; a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. Se utilizan para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque, en la sociedad occidental, goza de mayor autoridad.

La terminación de la terapia.

La terapia termina cuando la persona decide que su relato de si misma es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración. La persona puede invitar a personas para ella significativas para compartir su experiencia; la ocasión puede festejarse por medio de una ceremonia, como la entrega de un certificado.

1.2 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA NARRATIVA.

Payne⁴ describe que en esta terapia, la palabra “narrativa” se refiere tanto a los relatos que las personas se cuentan a si mismas y a los demás acerca de sus vidas como el conocimiento experiencial y de primera mano de personas y comunidades al que los pensadores posmodernos asignan la misma legitimidad que al conocimiento científico. Este conocimiento “local” surge, se expresa y consolida en la interacción con los otros. El post modernismo señala que todo conocimiento está influido por la sociedad y cuestiona muchas de las “verdades dominantes” comunes en Occidente. Considera que mucha de estas verdades, surgidas del “conocimiento experto” sirven para justificar las prácticas de dominación de quienes ostentan poder. Los creadores de la terapia narrativa la enmarcan en el pensamiento post estructuralista que critica la descripción del ser humano en términos de mecanismos físicos o biológicos. Se piensa que las metáforas de profundidad, estructura y síntoma tienen menos utilidad que las contrastan las descripciones “ralas” de la experiencia con las “gruesas” , siendo aquellas las que se aceptan sin someterlas a examen y éstas las que se derivan de la experiencia concreta y de primera mano.

La terapia narrativa encaja también dentro del constructivismo social, según el cual la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan

⁴ Payne, M. (2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones. Estos relatos van perdiendo realidad en la memoria a medida que son filtrados por las normas y supuestos sociales y por “conocimientos expertos” atribuidos a otras personas. El recuerdo no solamente se distorsiona: se distorsiona de una forma determinada cultural y socialmente. Por medio de este conocimiento, expresado en narrativas fieles a la experiencia, las personas ven su vida con mayor perspectiva, superan sus problemas, reconstruyen sus identidades en términos positivos y se esfuerzan por aproximarse a sus redescubiertas metas.

Carlos Sluzki (1999, citado en Fernández Moya, 2005, 128)⁵ plantea que:

“La narrativa es un sistema constituido por autores o personajes, guión (incluyendo conversaciones y acciones) y contextos (incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos previos), ligados entre sí por la trama narrativa, es decir, por un conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establecen la relación entre actores, guión y contexto de modo tal que todo cambio en los autores cambie el guión (y viceversa), todo cambio en el contexto cambia la naturaleza del guión y los actores (y viceversa), etc. A su vez, este conjunto de autores – guión - contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quien la gente se conecta, cómo y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen, reafirman, solidifican, la historia, y forman, por lo tanto, parte del sistema “narrativa”.

⁵ Fernández Moya, J y colaboradores (2005) “En busca de resultados”. Mendoza: Editorial de Universidad del Aconcagua.

Por otro lado, White⁶ menciona que el concepto de “la vida como relato o narrativa”, es afirmar que los seres humanos son seres interpretantes: que interpretamos activamente nuestras experiencias a medida que vamos viviendo nuestras vidas. Es afirmar que vivimos a través de los relatos que tenemos sobre nuestras vidas, que estas historias en efecto moldean nuestras vidas, las constituyen y las “abrazan”.

1.3 LOS FUNDAMENTOS DE UNA PSICOTERAPIA NARRATIVA.

Según Goncalves⁷ también existen fundamentos para la psicoterapia.

La terapia narrativa cognitiva, tiene como objetivo llevar al cliente a construir, en el devenir de su interacción con el terapeuta en su comunidad conversacional, una realidad, múltiple de experiencias sensoriales, emocionales, cognitivas y de significado. Se busca de este modo capacitar al cliente a construir un discurso narrativo rico en términos de multiplicidad, complejidad y coherencia, adaptado a las exigencias impuestas por una sociedad que es esencialmente multivocal, multicultural y multiterapéutica.

La psicoterapia cognitiva narrativa intenta responder a estos problemas facilitando la construcción narrativa. Esta construcción narrativa va a proporcionar al cliente una elaboración narrativa múltiple de contenidos, procesualmente más compleja y estructuralmente más coherente, todo ello en un contexto de elaboración discursiva y conversacional con el terapeuta y otros elementos significativos de la lingüística del cliente.

El proceso terapéutico sigue una secuencia de cinco fases, cada una de ellas consiste en un trabajo terapéutico en dos direcciones: sincrónica y diacrónica. En el nivel sincrónico el enfoque del trabajo terapéutico se sitúa en

⁶ White, M. (2002). *Reescribir la vida Entrevistas y Ensayos*. España: Gedisa.

⁷ Goncalves, O. (2002). Los fundamentos de una psicoterapia narrativa. En O, Goncalves *Psicoterapia Cognitiva Narrativa*. (pp37-43). España: Desclée de Brouwer.

el desarrollo de actitudes narrativas enriquecedoras del proceso narrativo en el contexto de cada una de las experiencias singulares y diarias del cliente; en el nivel diacrónico, el terapeuta y el cliente aplican estas actitudes a los temas centrales de sus historias de vida. Así, el trabajo sincrónico permite, desde luego, una alternativa a las dimensiones sintomáticas de la narrativa del cliente, mientras que el trabajo diacrónico centra su perspectiva en términos de construcción de un nuevo proceso de autoría.

El recuerdo

No hay narrativa sin recuerdo. La narrativa es la capacidad de singularizar episodios significativos de la vida que hace de cada individuo un autor de su propia narrativa. Tener una existencia narrativa es, en gran medida, ser capaz de recordar, sincrónica y diacrónicamente, múltiples episodios de vida. El recuerdo cumple desde el punto de vista narrativo esta doble función: por una parte asegura la diferenciación de la experiencia y por otra organiza una estructura de coherencia.

Entonces, definimos el recuerdo como la capacidad para anotar circunstancias episódicas de la vida como elemento importante para la diferenciación y estructuración coherente de las experiencias de vida del individuo. Se trata de una actitud no solo mirando al pasado, sino también hacia el futuro.

A través del recuerdo se intenta capacitar al cliente para la apertura a la experiencia y para el desarrollo inicial de un mayor sentido de coherencia en su elaboración narrativa. Al final de esta fase del proceso se espera que el cliente esté más consciente del sentido de autoría que ha construido a medida que se va abriendo a la exploración de los episodios de su vida diaria como condición de diferenciación de su propia narrativa y, por consiguiente, del respectivo autor que la escribe.⁸

La objetivación

⁸ Op. Cit.

Constituye un elemento esencial para el desarrollo de una actitud de construcción narrativa. Aquí, el cliente es llevado a experimentar una multiplicidad de realidades externas a través de toda la dinámica disponible por las capacidades sensoriales.

El objetivo es, en todo momento, hacer que el cliente se dé cuenta de la complejidad y versatilidad de las experiencias en su riqueza sensorial, aquello que ve, que oye, los olores y sabores que él es capaz de identificar así como una multitud de experiencias táctiles y kinestésicas que la experiencia le proporciona.

La subjetivación

Se busca una variedad de experiencias emocionales y cognitivas. De aquí resulta una realidad subjetiva enriquecida por la diversidad de experiencias emocionales y cognitivas, que posibilitan hacer de cada recuerdo objetivado sensorialmente un acontecimiento de múltiples resonancias.

A través de ejercicios de activación emocional, realizados en la sesión y en ejercicios de registro diario, se intenta que el cliente vaya ampliando el abanico de su experiencia emocional, de modo que sea capaz, para cada situación de su vida, de elaborar matices diferenciados de resonancia emocional. El objetivo de estos ejercicios terapéuticos no es sólo lograr que identifique una diversidad de emociones, sino igualmente facilitar su construcción intencional y su respectiva simbolización narrativa. La persona aprende a mostrar las emociones que antes no reconocía, a producir y expresar otras emociones y, finalmente, a ser capaz de simbolizarlas en su discurso narrativo.

La metaforización

Las metáforas son los condensadores de significados por excelencia. Es a través de ellos que damos sentido a cada uno de los recuerdos que vamos experimentando sensorial, emocional y cognitivamente. En la metaforización la persona está capacitada para producir múltiples significados para cada memoria episódica que vive o intencionaliza. El objetivo de esta fase en la

terapia cognitiva narrativa es que la persona aprenda a metaforizar como una forma de enriquecer intencionalmente la experiencia en una diversidad de significados.

La proyección

Finalmente, la proyección remite hacia la idea de un individuo en constante movimiento y en acelerado cambio en un espacio y en un tiempo. La proyección consiste en una capacidad de intencionar de un modo narrativo las experiencias del futuro. En este proceso, la persona se construye y se desconstruye en todo momento, intencionalizando experiencias que, a su vez, originan nuevas posibilidades de construcción narrativa y de las que parten nuevas posibilidades de intencionalización de la experiencia.⁹

1.4 REDUCIR LA TRAMA, AMPLIAR LA CONTRATRAMA

Freeman, Epston y Lobovits¹⁰ mencionan dos conceptos interesantes: trama y contratrama, para entender la re construcción de las historias. La trama es la que orienta la historia en una dirección u otra, describe sus propósitos y configura significado. Dado que ejerce estas funciones, se puede decir que la trama hace convergir a los distintos acontecimientos en una historia significativa. Además organiza la información que procede del flujo de las experiencias vividas y convierte algunos momentos en un relato significativo sobre los acontecimientos.

Si tenemos que reescribir un relato de esperanza, hay que convertir la trama de la historia saturada del problema en objeto de crítica y revisión. Una forma de iniciar una historia alternativa es contrastar las cualidades,

⁹ Goncalves, O. (2002). Los fundamentos de una psicoterapia narrativa. En O, Goncalves *Psicoterapia Cognitiva Narrativa*. (pp37-43). España: Desclée de Brouwer.

¹⁰ Freeman, J. Epston, D y Lobovits, D. (2001) Reducir la trama y ampliar la contratrama. En J, Freeman. D, Epston y D, Lobovits. *Terapia Narrativa para niños*. (pp 143- 164). España: Paidós.

habilidades y conocimientos del sujeto con las características del problema. La contratrama de la historia alternativa se desvela mediante preguntas o comentarios que se tejen y destejen entre la influencia del problema, con sus efectos en varios aspectos de la vida.

Cuando se yuxtaponen la trama y la contratrama, el objetivo es reducir la trama del problema al tiempo que se aumenta la contratrama. Para debilitar la gruesa trama del problema se puede poner en entredicho sus supuestos y sus “hechos” acerca del sujeto. Al mismo tiempo, se fortalece la contratrama con incidentes apasionantes e ideas que contradigan la historia saturada del problema.

1.5 CÓMO AYUDAR A LA PERSONA A DESCRIBIR EL PROBLEMA.

Payne¹¹ en relación a la pregunta sugiere lo siguiente.

Las personas están acostumbradas a contar historias, suelen superar su nerviosismo a medida que exponen su problemática situación. El terapeuta las ayuda, primero, invitándolas a ventilar sus preocupaciones y, luego preguntándoles cómo afecta el problema a las distintas áreas de su vida. Esta descripción global es la materia prima de la terapia; casi siempre demuestra que hay algún punto que el problema no ha llegado a afectar o donde la persona ha desafiado su imperio.

Relatos de si mismo.

En muchas situaciones sociales, improvisamos relatos de nosotros mismos que describen nuestra experiencia. Son relatos que creamos a medida que los contamos, a partir de nuestros recuerdos e interpretaciones y donde los personajes somos nosotros y nuestros conocidos.

¹¹ Payne, M. (2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

Terreno familiar

La terapia narrativa fue desarrollándose por terapeutas familiares, y sus entornos de trabajo incluían aspectos inusuales para la mayoría de los psicólogos, como espejos unidireccionales, cámara de videos o grabadoras y presencia de más de una terapia.

Muchas personas se lanzan a contar su historia; pronto comienzan a sentirse mejor. Lo extraño del contexto da lugar a lo familiar del proceso de contar historias.

Lenguaje metafórico.

Todo lenguaje es metafórico: las unidades habladas o escritas simbolizan sus referentes sin que estos estén presentes. Es muy fácil confundir las imágenes que las palabras evocan con la realidad.

Las metáforas que ubican los problemas en el “interior” de la gente son la misma cosas; imágenes comparativas condensadas en el lenguaje. Pero existen metáforas alternativas. Cuando se emplea la externalización es porque tiene efectos benéficos. Como emplear “la caca traicionera”, “la ansiedad”, “la depresión”, “la voz de la duda”.

Examinar la necesidad cultural de ver los problemas como “internos”.

White ve los “problemas” como construcciones creadas por los relatos que la gente se cuenta a si misma y a los demás, relatos que están atravesados por ideas, presunciones y “verdades” originarias en la cultura. Desde luego, esto no quiere decir que las personas imaginen o exageren las cosas, sino que la representación de nuestra experiencia que hacemos para otros y para nosotros mismos a través de las narrativas que definen y dan forma a nuestra vida son mapas, no descripciones exactas y precisas de cada relación y vivencia. No se niega la realidad de estos constructos para la persona, ni la realidad de los problemas que la aquejan.

1.6 CÓMO HACER PREGUNTAS.

En Terapia narrativa según Payne¹² se hacen preguntas respetuosas, naturales, que forman parte de un diálogo y expresan un interés genuino en lo que la gente cuenta de su experiencia. Su objetivo es animar a las personas a explorar su pasado, presente y futuro, a identificar desenlaces inesperados y urdirlos en una secuencia de la que pueda brotar un nuevo subargumento de vida. Con su ayuda podemos estudiar detalladamente el significado de los desenlaces inesperados y conseguir que la persona se percate de ellos. Puesto que las preguntas del terapeuta forman parte de la co construcción de un relato, éste debe ser transparente y explicar con franqueza los objetivos y teorías que subyacen a sus interrogantes.

White y Epston¹³ a este tipo de preguntas la llama “*preguntas de influencia relativa*”. Las preguntas de influencia relativa se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo las insta a describir su propia influencia sobre la “vida” del problema.

Al invitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, las preguntas de influencia relativa les ayudan a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo. Esto las arranca de un mundo fijo y estático, un mundo en el que los problemas son intrínsecos a las personas y las relaciones, y las introduce en un universo de experiencia, en un mundo de fluctuaciones.

En él, las personas encuentran nuevas posibilidades de acción afirmativa y nuevas oportunidades para actuar con flexibilidad.

Describir la influencia del problema

Se introducen preguntas que animan a las personas a rastrear la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. Estas preguntas ayudan a identificar

¹² Payne, M. (2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

¹³ White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

la esfera de influencia del problema, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.

Así se identifica la descripción saturada por el problema de la vida familiar, una descripción mucho más extensa que la que se ofrece habitualmente del problema «en sí», en vez de restringir la investigación de los efectos del problema en varias áreas de intersección: entre el problema y diversas personas, y entre el problema y diferentes relaciones. Esto abre un campo muy amplio para la posterior búsqueda de acontecimientos extraordinarios y para las posibilidades de una acción afirmativa. Se pueden emprender acciones positivas en cualquiera de estos planos. Esto ofrece a todas las personas relacionadas con el problema la posibilidad de experimentar una nueva sensación de agencia personal.

Describir la influencia de las personas

Una vez que se ha obtenido una descripción de la esfera de influencia del problema, puede plantearse un segundo conjunto de preguntas, preguntas que invitan a los clientes a describir su propia influencia, así como la influencia de sus relaciones, sobre la «vida» del problema. Estas preguntas generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida familiar, y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad.

Normalmente, a las personas les cuesta encontrar ejemplos de su propio influjo sobre la vida del problema. Esto sucede sobre todo cuando han sufrido durante mucho tiempo un problema aparentemente intratable que ha interferido en sus vidas y sus relaciones. Sin embargo, a estas alturas, la identificación de la influencia del problema ha preparado el terreno para la identificación de la influencia de las personas. Al externalizar el problema, el primer conjunto de preguntas ha ayudado a las personas a separarse del problema, y a revisar su

relación con él. Por tanto, están menos paralizadas por el problema y menos limitadas en su percepción de los eventos que lo rodean.¹⁴

1.7 EXTERNALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Según Payne¹⁵ “Externalizar el problema” significa mantener la actitud de que las dificultades son algo que *afecta* a la persona, no algo que *forma parte* de ella. El terapeuta introduce y usa cotidianamente metáforas según las cuales el problema ataca a la persona, invade su vida, le habla, le pone trampa o intenta hierirla de alguna otra forma. Es un lenguaje implícitamente esperanzado y reconfortante.

La externalización es otra faceta del proceso de bautizar el problema. Implica ser conciente (y apreciar) el poder del lenguaje para contrarrestar la visión de las personas de sus problemas como parte de si mismas.

El propósito es transmitir la perspectiva de que es posible separarse de cualquier factor psicológico que haya influido en los problemas, que estos factores pueden verse influyentes pero no determinantes, que los hábitos de pensamientos y acción no son una parte inamovible de nosotros, sino que son aprendidos y que (a veces con mucho sufrimiento y esfuerzos) pueden ser reconocidos, revisados, cambiados, desechados o abandonados. Por ejemplo cuando una persona llega a terapia y manifiesta “yo soy a así” puede convertirse en la perspectiva construccionista o post estructuralista “estas cosas han influido en mi”, de esta manera se evita caracterizar la conducta dolorosa o problemática como “síntoma de causas subyacentes”.

¹⁴ White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

¹⁵ Payne, M.(2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

White y Epston¹⁶ en relación a este término refiere que la “*externalización*” es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivas.

La externalización abre la posibilidad de que se describan a sí mismos y a sus relaciones desde una perspectiva nueva, no saturada por el problema; permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, más atractiva para los miembros de esa familia.

Desde esta nueva perspectiva, las personas son capaces de descubrir “hechos” acerca de sus vidas y relaciones que anteriormente, desde el relato saturado por el problema, no estaban en condiciones de percibir, ni siquiera vagamente; “hechos” que contradecían este relato y proporcionaban los núcleos para la generación de nuevas historias.

La externalización de los problemas ayuda a las personas en su lucha contra los mismos, y se ha llegado a la conclusión de que, entre estas cosas, este abordaje:

1. Hace disminuir los conflictos personales más estériles incluyendo las disputas en torno a quién es responsable del problema.
2. Combate la sensación de fracaso que aparece en muchas personas ante la persistencia del problema pese a sus intentos de resolverlo.
3. Allana el camino para que las personas cooperen entre sí, se unan en una lucha común contra el problema y logren sustraerse a su influencia.

¹⁶ Op.cit.

4. Abre nuevas posibilidades de que las personas actúen para apartar sus vidas y relaciones de la influencia del problema.

5. Permite a las personas afrontar de un modo más desenfadado, más eficaz y menos tenso problemas que parecían «terriblemente serios».

6. Ofrece opciones de diálogo, y no de monólogo, sobre el problema.

Los relatos que las personas realizan acerca de sus vidas no sólo determinan el significado que atribuyen a sus vivencias, sino que también determinan qué aspectos de la experiencia vivida seleccionan para asignarles un significado.

Puesto que las historias que crean las personas sobre sus vidas determinan tanto la atribución de significado a sus vivencias como la selección de los aspectos de la experiencia que van a expresarse, se sigue que estos relatos son constitutivos o moldeadores de la vida de las personas. Las vidas y relaciones de las personas se desarrollan a medida que vivimos o representamos estas historias.

A partir de la analogía del texto pueden postularse varios presupuestos acerca de la experiencia que las personas tienen de los problemas.

La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.

Se pueden introducir preguntas que inviten a las personas a profundizar en la aplicación de estas historias alternativas. Estas preguntas llevan a investigar algunas de las “posibilidades extraordinarias” y nuevas que suelen acompañar a las relatos extraordinarios y a las descripciones extraordinarias de las personas y sus relaciones. Se puede ampliar aún más el alcance de estas historias alternativas planteando preguntas que inviten a las personas a

identificar y reunir a un público ante el que crear nuevos significados vitales. Se ha llamado a estas preguntas “preguntas de difusión extraordinaria”.

Beyebach y Morejon¹⁷ hablan que *la externalización* según Michael White (White, 1991; White y Epston, 1993), es un proceso en virtud del cual un cierto atributo o cualidad se "saca fuera" de las personas y se convierte en algo con entidad propia. En terapia, externalizar consiste básicamente en utilizar el lenguaje para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de éstas, con lo cual pasa a ser posible luchar contra ellas.

Desde el punto de vista de Michael White, el valor terapéutico de la externalización reside en que crea un espacio entre la(s) persona(s) y su(s) problema(s), espacio desde el que la persona puede volver a asumir un papel activo y enfrentarse al problema. La creación de esta distancia entre las personas y sus problemas sería por tanto el elemento central en toda externalización.

En palabras de Tomm (1989 en Beyebach y Morejon 1994) ¹⁸ externalizar los problemas facilita que las personas “internalicen su posición” frente a los problemas, es decir, se sientan agentes de su propia conducta. En este proceso atributivo está la clave de la eficacia de la externalización: permite asignar a los clientes la responsabilidad por la lucha contra el problema, sin culpabilizarles por ello. O a la inversa: permite desculpabilizar a los clientes (no es que la pareja no se quiera, sino que la desconfianza les tiene atrapados. De esta forma, la externalización constituye una salida elegante a una de las importantes encrucijadas de toda psicoterapia: la de superar la disyuntiva responsabilidad con culpabilidad vs. desculpabilización con falta de control.

¹⁷ Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias. [on line] En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008 en [http:// Campusvirtual.uma.es/sistémico](http://Campusvirtual.uma.es/sistémico)

¹⁸ Op.cit

En otras palabras, en terapia se trata de re-escribir las historias de los clientes, generando salidas a los problemas.

La externalización como *técnica terapéutica*, es decir, como un procedimiento terapéutico discreto, claramente definido y estructurado, con indicaciones y contraindicaciones más o menos precisas, y que conlleva por parte de la terapeuta un conjunto de acciones susceptibles de ser descritas y secuenciadas.

El uso de la externalización: Indicaciones y Contraindicaciones.

Beyeback y Morejon plantean que en cuanto enfoque general de tratamiento, la externalización es susceptible de llevarse a cabo en prácticamente cualquier situación clínica. Michael White excluye únicamente los casos de violencia, y no ve ningún inconveniente en aplicarla también en casos de esquizofrenia.

Refieren que se puede utilizar esta técnica en las siguientes indicaciones más revelantes:

- Podemos utilizar esta técnica siempre que se quiera *aumentar la responsabilidad que nuestros clientes tienen sobre la marcha del tratamiento, evitando a la vez la culpabilización*. Puede ser recomendable, pues, en aquellos casos en que nuestros clientes se muestren pasivos y resignados o, simplemente, se sientan incapaces de hacer frente a su situación.
- Otra situación en la que puede ser indicada la externalización es aquella *en la que los clientes están paralizados por los sentimientos de culpa respecto del problema*. Como se ha comentado más arriba, la externalización permite desplazar la culpa sobre lo externalizado y recuperar los recursos de las personas para que actúen sobre el problema.
- Otro posible uso de la técnica tiene lugar cuando se quiere que *las parejas o familias desunidas trabajen en equipo*. En este supuesto la

externalización puede tener un fuerte efecto reestructurante, ya que crea un enemigo común al que enfrentarse.

- Se utiliza la externalización cuando las personas que acuden a la consulta están fuertemente *comprometidas con un diagnóstico*, generalmente como resultado de la información que han recibido de otros profesionales, o a resultas de una convivencia particularmente larga con el problema. Las etiquetas diagnósticas tienen más connotaciones perjudiciales que beneficiosas, se suele empezar en estos casos tratando de de-construir la etiqueta y buscando puntos de vista menos patologizantes.

- Según los autores¹⁹ la externalización resulta especialmente útil en todas aquellas situaciones en las que se quiere *poner en cuestión las creencias de los clientes sin que éstos se sientan atacados*. Construir que ciertas concepciones son, por ejemplo, "ideas de la tartamudez" o "mensajes de la rabia" permite atacarlas sin que ello suponga atacar también a la persona del cliente. De esta forma, clientes y terapeuta pueden trabajar en equipo para descubrir las "falacias" de, en este caso, la tartamudez o la "rabia", para no dejarse engañar por ellas.

- Finalmente, la externalización puede ser útil para trabajar con *clientes cuya forma de expresarse es ambigua y poco concreta*. Aunque en estas situaciones se prefiere utilizar primero otros recursos. En estos casos, lo externalizado no se convierte en algo *exterior* a la persona, pero sí en algo *distinto* de la persona. Resulta más útil terapéuticamente que el cliente piense que "sufre de depresión" o que "la tartamudez le tiene contra las cuerdas" a que piense que es un depresivo o que es un tartamudo.

¹⁹ Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias. [on line] En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008 en [http:// Campusvirtual.uma.es/sistémico](http://Campusvirtual.uma.es/sistémico)

En cuanto a **las contraindicaciones**, la externalización puede ser peligrosa en casos de violencia física y sexual, esto es, siempre que exista una víctima que pueda correr algún tipo de peligro. En estas situaciones consideramos demasiado arriesgado asumir con el agresor el punto de vista de que la violencia es algo separado de él, que a veces puede controlar y a veces no. En los demás casos, la posibilidad y conveniencia de recurrir a la externalización va a depender de factores tales como la postura y el lenguaje de nuestros clientes, el acierto al decidir qué externalizar, el momento de la terapia que elijamos para ello, etc.

El proceso de la externalización: pasos a seguir

Aunque la externalización tiene lugar con frecuencia de modo tan rápido que parece un fenómeno enteramente espontáneo, se ajusta por lo general a un proceso progresivo, en el que terapeuta y cliente van recorriendo juntos una serie de pasos.

1- Decidir qué externalizar

El primer paso en la externalización consiste en decidir qué externalizar, y tiene que ver fundamentalmente con la rentabilidad terapéutica: ¿qué parece más prometedor como línea de trabajo? ¿Qué parece estar más en consonancia con la postura de los clientes? Aunque la decisión que se tome está en función de las peculiaridades de cada caso concreto.²⁰

Lo externalizado suele ser algo negativo para las personas, generalmente alguno de los aspectos del problema o problemas por los que han solicitado tratamiento. Sin embargo, también es posible y resulta útil a menudo externalizar los recursos de las personas. Por ejemplo, en un caso en el que se había externalizado "la voz de la colza" el propio cliente terminó externalizando "la voz de Antonio", su propia "voz", que condensaba de forma metafórica todas las cosas positivas que el cliente podía hacer pese al impacto del síndrome tóxico.

²⁰ Op.cit.

En cualquiera caso, un buen criterio para decidir qué externalizar es considerar qué elementos de la situación actual son más *relevantes* para los clientes: ¿qué cosas les resultan prioritarias? ¿Cuáles les preocupan más? ¿Cuáles valoran por encima de las demás? En este sentido, decidir qué externalizar se basa en una escucha atenta y respetuosa de lo que nos cuentan los clientes.

Otra consigna a considerar es que lo externalizado ofrezca *salidas* a las personas con las que trabajamos. Se prefiere, aunque ello no es estrictamente necesario, *externalizar aspectos concretos* de la vida de las personas, ya que a veces el exceso de abstracción puede dificultar que la gente perciba lo externalizado como algo "real".

Según White, la definición del problema externalizado es fluctuante, y puede variar a lo largo de la terapia en función de lo que propongan tanto clientes como terapeuta.

2. Nombrar lo externalizado

En muchas ocasiones decidir qué externalizar y darle un nombre constituyen un único proceso, y en otros casos los clientes ofrecen una vía de trabajo tan clara que el terapeuta ni siquiera tiene que plantearse estos pasos como tales. En otras ocasiones, sin embargo, la terapeuta decide qué externalizar y sólo después busca una forma de "bautizar" lo que va a externalizar. Para ello será interesante extraer el nombre de lo externalizado de su propio lenguaje, evitando los tecnicismos y la jerga profesional. Cuando no está tan claro cómo nombrar lo externalizado, una forma de avanzar sobre seguro es co-construir la externalización con el cliente, sugiriendo diversas posibilidades: "¿Cómo llamarías tú a esta especie de voz de la que hablas? (...) ¿La "voz de la enfermedad"? ¿No? ¿La "voz de la colza? Hmm. La "voz de la colza").

3. Crear distancia entre los clientes y lo externalizado

Estos son algunos de los recursos que se ha comprobado que sirven para crear ese espacio entre nuestros clientes y el problema externalizado:

a) *Revisar el efecto negativo que lo externalizado tiene sobre las vidas y relaciones de nuestros clientes.* Tal y como se acaba de señalar, esta estrategia puede ser incompatible con un enfoque centrado en soluciones, pero encaja perfectamente en cualquier otro modelo de terapia familiar.

b) Como un paso más de lo anterior, *atribuir a lo externalizado todos aquellos aspectos negativos de los que se quejen los clientes.*

c) *Utilizar expresiones personificadoras,* que atribuyan a lo externalizado la cualidad casi exclusivamente humana de la intencionalidad. Para ello decimos, por ejemplo, "la cosa está tratando de fastidiar", "la cosa se da por vencida" o "la cosa también puede ser considerada". Más ejemplos de adjetivos personificadores y recursos para atribuir cualidades humanas al objeto externalizado son: "parece que las discusiones saben como haceros daño" o "no me cabe duda de que la anorexia es una compañera muy pesada".

d) Nos resulta especialmente útil *contraponer en la sesión la "voz" del problema externalizado con la de los clientes, creando una doble descripción* que contribuya a subrayar las diferencias existentes entre la persona y el problema, aumentando así la diferencia entre ambas. De esta forma tratamos de identificar lo positivo (que suponga avances en los objetivos de los clientes) con la "verdadera persona", con el "auténtico José", etc... y de unir los aspectos negativos al problema externalizado

e) Desde el punto de vista del lenguaje, resulta útil para crear distancia *emplear un lenguaje que licite oposición:* hablaremos de la "tiranía del pis", de la "dictadura de la desconfianza", de "la batalla contra la tartamudez" o del "pulso que os está echando el miedo". Esto nos lleva a veces a desarrollar un verdadero "lenguaje de guerra"; en estos casos discutiremos con los clientes qué armas son más o menos eficaces contra el problema externalizado, cuál es

un buen momento para presentar batalla, qué contra-ataques cabe esperar, a qué aliados pueden recurrir...

4. Ayudar a la familia a que asuma el control en su lucha contra el problema

Una vez externalizado el problema (o alguna parte del mismo), la terapeuta se planteará de qué forma ayudar a la familia a recuperar el control sobre él. En este momento vuelven a un primer plano las preferencias clínicas de cada terapeuta. Los autores optan generalmente por una de las dos posibilidades siguientes:

a) Una de ellas consiste en charlar con la familia sobre lo que desde el enfoque del M.R.I. de Palo Alto denominaría "soluciones intentadas ineficaces". Aquí se trata de ver de qué manera la familia está "alimentando" al problema externalizado, es decir, qué conductas de los clientes mantienen el problema. Una vez identificadas, la familia puede asumir control sobre el problema negándose a seguir "alimentándolo" y "plantándole cara a sus exigencias". Para que esta línea de trabajo no resulte a la postre culpabilizante es útil plantear que el problema externalizado "invita" a la familia a comportarse de una determinada forma, o incluso que "provoca" o engaña a los clientes para que lo alimenten (es decir, que los clientes no alimentan al problema por mala voluntad o incapacidad):

b) Una segunda opción, que consiste en centrarse directamente en las excepciones y las señales de avance. En vez de identificar lo que es ineficaz para luego ayudar a interrumpirlo (que correspondería al modelo del M.R.I. de Palo Alto), se habla directamente de las cosas que resultan eficaces para enfrentarse al problema externalizado. Para ello, al igual que en cualquiera de los pasos previos, se trata de establecer una perspectiva interpersonal utilizando preguntas circulares, y buscando testigos para las victorias de los clientes.

Riesgos de la externalización

Los autores²¹ entienden que la externalización es un recurso terapéutico que resulta de utilidad en diversas situaciones clínicas. Sin embargo, hemos observado también que su empleo entraña ciertos riesgos. Es decir, que incluso en situaciones en las que su uso está en principio indicado, puede suceder que el efecto de la técnica no sea beneficioso.

Los problemas de la externalización pueden surgir tanto por defecto como por exceso.

a) *Que la externalización no sea aceptada por la familia o que sea acogida con indiferencia puede deberse a diversos factores.*

Si pensamos que lo que sucede es que el estilo o la postura de la familia no encajan con el uso de externalizaciones, imágenes, etc. (tal vez porque prefieran lo racional y analítico), lo mejor será renunciar a emplear esta técnica. Como ya hemos dicho, existen siempre otras muchas alternativas.

- Otra posibilidad es que algo haya ido mal en los dos primeros pasos del procedimiento, al decidir qué externalizar o al nombrar lo externalizado. Esto no es infrecuente, y además es lógico en una situación de diálogo, de constante renegociación de significados. En este caso la (falta de) respuesta de la familia enseña al terapeuta que debe buscar otros caminos. La terapeuta debe evitar empeñarse en una línea que no funciona, y tratar de ofrecer otras posibles definiciones o buscar otro aspecto a externalizar.

- También es posible que estemos ante un problema de *timing*: el terapeuta se ha precipitado al externalizar, no ha sabido esperar al momento adecuado. En estos casos también se impone la prudencia; la entrevista puede reconducirse por otros derroteros y dejar la externalización para más adelante.

²¹ Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias. [on line] En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008 en [http:// Campusvirtual.uma.es/sistémico](http://Campusvirtual.uma.es/sistémico)

- Finalmente, puede suceder que estemos ante lo que -con una metáfora médica- podríamos denominar "problema de dosificación": la terapeuta se centra demasiado en la externalización y resulta repetitiva. En este caso es aconsejable introducir otras técnicas y otros temas de conversación a fin de contrarrestar la saturación.

b) *Que la externalización no encaje supone que una parte de la conversación terapéutica resulte improductiva*, pero lo peor que puede suceder es que se desaproveche parte de una sesión o a que la relación terapéutica pierda vigor.

En otros casos lo que sucede es básicamente que la terapia no tiene éxito. El problema queda externalizado, pero los clientes no encuentran en el transcurso de las sesiones una forma eficaz de hacerle frente. El fracaso de la terapia puede no deberse a la externalización, pero lo cierto es que, al fracasar el tratamiento, ésta se convierte de repente en un arma de doble filo. Es decir; si el problema ha sido externalizado pero vemos que las cosas no empiezan a mejorar, retrocedemos rápidamente y abandonamos la línea de la externalización.

En definitiva, la externalización es una técnica más, y una de las claves para su adecuada utilización es que el terapeuta esté en todo momento dispuesto a abandonarla. Sólo así estará en condiciones de ser flexible, prestando atención a la retroalimentación que le dé la familia, y ajustándose a su postura y su lenguaje.²²

1.8 CÓMO DEFINIR EL PROBLEMA QUE SE DEBE EXTERNALIZAR

²² Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias. [on line] En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008 en [http:// Campusvirtual.uma.es/sistémico](http://Campusvirtual.uma.es/sistémico)

Según White y Epston²³ refiere que en las prácticas asociadas a la externalización del problema se da especial importancia a la descripción que los clientes hacen del mismo y de sus efectos sobre sus vidas y relaciones. Una vez descrito el problema, su externalización se desprende de forma “natural” de esta descripción de sus repercusiones. Esta externalización se ve luego reforzada al investigar la influencia de las personas sobre la vida del problema.

A menudo, las personas dan definiciones comunes y generales de los problemas que les preocupan. Sin embargo, los detalles acerca de los efectos del problema o de cómo los vive cada persona son siempre únicos. Por tanto, a no ser que se realice en términos muy generales, no es posible predecir los efectos del problema antes de hablar con las personas afectadas.

Las definiciones del problema que ofrecen los clientes pueden ser bastante específicas y conductuales (por ejemplo: «Tiene rabietas cuando...») o más bien generales (por ejemplo «Tenemos un problema de comunicación»). En otros casos, los clientes pueden tener dificultades para concretar una definición del problema que se ajuste a la vivencia que tienen de él. En estas ocasiones puede ser útil que la terapeuta ofrezca varias posibles definiciones del problema y luego compruebe con el cliente si algunas de ellas recogen adecuadamente su experiencia.

Tal y como sucede en cualquier enfoque terapéutico, es importante que los terapeutas no hagan generalizaciones acerca de las situaciones, sino que tengan en cuenta las características específicas de cada circunstancia y prevean las consecuencias más probables de una determinada línea de acción. Esto exige un cierto grado de “conciencia» por parte del terapeuta, y para no contribuir sin querer a la opresión que padece la persona, esa conciencia requiere valorar adecuadamente la situación, es decir, valorarla en el nivel de las relaciones. Esa conciencia conduce a que la terapeuta no plantee

²³ White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

externalizar problemas como la violencia y el abuso sexual. Cuando se identifican problemas de este tipo, el terapeuta tenderá más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas, por ejemplo, la imposición del secreto y del aislamiento.

Fluidez y evolución de la definición

Aunque la definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de la terapia, es más común que sea fluida y evolucione a lo largo del tiempo. Esto sucede especialmente cuando a los clientes les ha costado encontrar términos descriptivos que representen adecuadamente su vivencia del problema. La evolución de la definición del problema puede verse considerablemente facilitada por las preguntas de influencia relativa.

De lo específico a lo general

A veces, cuando los clientes dan una definición muy concreta del problema, puede ser útil animarles a construir una definición externa más general. De esta forma se amplía el campo para la identificación de la influencia del problema y para el descubrimiento de acontecimientos extraordinarios.²⁴

Facilitar una definición mutuamente aceptable del problema

En ocasiones, cuando las familias o parejas van a terapia, sus miembros están en desacuerdo en cuanto a la definición del problema. Estas disputas hacen que les resulte difícil cooperar en cualquier intento de desafiar los efectos que los problemas ejercen sobre ellos. En estas circunstancias, la externalización puede establecer una definición mutuamente aceptable del problema, facilitando la creación de condiciones en las que las personas pueden trabajar juntas de forma eficaz para resolver sus dificultades.

²⁴ White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

Esta faceta de la externalización del problema es especialmente importante cuando se trabaja con parejas en conflicto y con familias de adolescentes rebeldes.

1.9 ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

White y Epston²⁵ describen que a menudo es difícil identificar acontecimientos extraordinarios en todas estas intersecciones y, aunque es útil, no es imprescindible conseguirlo.

Sólo es necesario identificar un acontecimiento extraordinario para iniciar la construcción de nuevos significados. Y, aunque resulta útil que todas las personas que mantienen una relación con el problema participen activamente en esta generación

de nuevos significados, no es tampoco una condición necesaria. Si hay una persona que participa activamente en este proceso, y si esta persona es capaz de rechazar todas las invitaciones que, sin darse cuenta, le hacen los demás para que coopere con ellos en el mantenimiento del problema, entonces el problema quedará significativamente mitigado.

Una vez que se han establecido los efectos del problema, resulta más fácil que los clientes especifiquen su propia influencia sobre él.

Acontecimientos extraordinarios pasados

Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema.

Esta idea está en consonancia con el presupuesto fundamental de la terapia breve, acerca de que es suficiente un pequeño cambio para iniciar transformaciones mayores en el resto del sistema. En el caso de los «acontecimientos extraordinarios», un único «hecho» (significado) de este tipo

²⁵ Op.cit.

puede ser suficiente para hacer que sé resquebraje la visión monolítica que los clientes suelen tener de su situación («Nunca consigo... «Siempre estoy...»), permitiendo así que aparezcan «fisuras» en las que se puede ir construyendo una realidad alternativa.

Se les puede pedir que recuerden «hechos» o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Aunque estos eventos son experimentados por las personas afectadas en el momento en el que ocurren, los relatos saturados de problemas de sus vidas suelen impedir la atribución de nuevos significados a estas vivencias. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones.

Acontecimientos extraordinarios actuales

Son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente, las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque éste les invita a que los hagan más perceptibles.

La inmediatez de estos acontecimientos extraordinarios actuales les da mucha fuerza, y están directamente disponibles para que la persona genere significados nuevos a partir de ellos.

Acontecimientos extraordinarios futuros

Los acontecimientos extraordinarios pueden situarse en el futuro.

Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema, o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.

Aunque estos acontecimientos extraordinarios futuros constituyen una anticipación de cosas aún por suceder, son también algo presente y pueden llevar a identificar acontecimientos extraordinarios pasados. La existencia de estas intenciones y esperanzas puede considerarse un gesto presente de

desafío al problema, y puede llevar también a investigar aquellas experiencias pasadas que conducen a la persona a pensar que las cosas pueden ser diferentes en el futuro; aquello que tal vez ha entrevisto y que ha mantenido viva su esperanza.²⁶

Acontecimientos extraordinarios e imaginación

La imaginación desempeña un papel crucial en las prácticas asociadas a la externalización de problemas, tanto para el terapeuta como para las personas que han solicitado terapia. Es especialmente importante para crear las condiciones en las que identificarlos acontecimientos extraordinarios, y para la generación de significados en torno a ellos.

Es importante que el terapeuta imagine qué podría ser significativo para la persona que busca ayuda, y que no se deje cegar por sus propios criterios respecto a cuáles han de ser los nuevos avances en su vida y en sus relaciones. Por ejemplo, saludar a una persona que visita a la familia puede no tener ninguna relevancia en la vida personal de el terapeuta, pero para algunas personas esto constituye una hazaña de considerable envergadura, equivalente tal vez a lo que para el terapeuta podría significar, por ejemplo, andar sobre una cuerda floja. Se pueden considerar todos estos logros como algo verdaderamente espectacular. Lo que cuenta no es el tamaño del paso que da la persona, sino su dirección. A medida que el terapeuta conoce las reacciones habituales y predecibles de la persona ante los eventos que rodean al problema podrá imaginar qué tipo de respuestas podrían constituir un acontecimiento extraordinario e inesperado. Esto hace aumentar la receptividad del terapeuta ante las «señales de una diferencia», y a su vez le ayuda a movilizar la imaginación de las personas que están en terapia.

1.10 LA REVISIÓN DE LA RELACIÓN DE LAS PERSONAS CON LOS PROBLEMAS

²⁶ Op.cit.

White y Epston ²⁷ mencionan que el problema y sus efectos están ligados por una relación de dependencia.

Por consiguiente, centrándonos en una mitad de esta relación, podría afirmarse que el problema depende, para sobrevivir, de sus efectos. En otra parte se ha sugerido que estos efectos constituyen el sistema que mantiene con vida al problema; que se puede considerar que estos efectos representan las condiciones de supervivencia del problema.

La identificación de acontecimientos extraordinarios y la creación de significados en torno a ellos ayudan a los clientes a identificar su resistencia a los efectos del problema o a sus exigencias. Teniendo en cuenta la relación de dependencia entre el problema y sus efectos, se sigue que si las personas se niegan a cooperar con las exigencias del problema, lo están debilitando; no someterse a los efectos del problema hace que éste sea menos eficaz. Por tanto, en el proceso de construir nuevos significados para los acontecimientos extraordinarios, las personas revisan su relación con el problema.

La descripción de esta relación revisada es muy distinta de la descripción que se había obtenido anteriormente acerca de la influencia del problema. La exploración de nuevas posibilidades en la vida de las personas se ve potenciada cuando se las anima a hacerse más conscientes y a formular más explícitamente este cambio en su relación con el problema.

1.11 RESPONSABILIDAD

La responsabilidad es una de las preguntas frecuentes que uno se hace cuando lee esta perspectiva, qué pasa con ella en la externalización. White y Epston²⁸ escriben sobre este tema y plantean que aunque la externalización de problemas, tal y como se ha esbozado aquí, permite a las personas separarse de estos problemas, esta práctica no las releva de su responsabilidad en el

²⁷ White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

²⁸ Op. Cit.

mantenimiento de los mismos. De hecho, en la medida en que estas prácticas ayudan a las personas a hacerse conscientes de y describir su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al problema que antes no estaba a su alcance.

Las prácticas asociadas a la externalización de problemas también:

a) liberan a las personas de las descripciones saturadas de problemas de sus vidas y relaciones.

b) fomentan la generación o resurrección de relatos alternativos y más gratificantes.

c) ayudan a las personas a identificar y desarrollar una nueva relación con el problema.

En este sentido, estas prácticas fomentan una nueva sensación de agencia personal y, con ella, las personas son capaces de asumir su responsabilidad en la investigación de nuevas opciones en su vida y en el seguimiento de nuevas posibilidades. En este proceso, las personas experimentan una nueva capacidad de intervenir sobre su mundo.

1.12 EL CONTEXTO CULTURAL

Cuando las personas aprenden a separarse de sus problemas, pueden llegar a desafiar otras prácticas, de origen cultural, que «cosifican » y convierten en «objetos» a las personas y a sus cuerpos.

Mediante estas prácticas, las personas son construidas como objetos, y se las incita a relacionarse consigo mismas, con sus cuerpos y con otras personas, como tales objetos. Se trata de fijar y formalizar a las personas. Estas prácticas de cosificación están muy extendidas en las sociedades occidentales.

Las prácticas relacionadas con la externalización de problemas pueden considerarse contraprácticas que comprometen a las personas en la «descosificación» de sí mismas, de sus cuerpos y de los demás.

Invariablemente, estas contraprácticas resultan muy atractivas para las personas. Las adoptan con entusiasmo y las encuentran liberadoras. En los seguimientos, al comentar con los clientes su experiencia de la externalización del problema, muchos han señalado que les había gustado desde el principio y que había tenido el efecto de «liberarles» para actuar independientemente del problema.

La concepción occidental de la persona como universo cognitivo único y circunscrito, como centro dinámico de conciencia, emoción, juicio y acción organizado en forma de un todo diferenciado es, pese a lo obvia que pueda parecer, una idea más bien peculiar dentro de las culturas universales.²⁹

1.13 DISTINCIONES ENTRE EL PENSAMIENTO LÓGICO-CIENTÍFICO Y EL NARRATIVO

En la siguiente discusión se destacan las diferencias entre el modo de pensamiento lógico-científico y el narrativo, considerando varias dimensiones.

Experiencia

En la modalidad lógico-científica, las particularidades de la experiencia personal son eliminadas en favor de constructos cosificados, clases de eventos, y sistemas de clasificación y diagnóstico. Por el contrario, el modo narrativo de pensamiento da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, que es el elemento «vital», siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado.

Tiempo

²⁹ While, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

Dado que el pensamiento lógico-científico se ocupa de fabricar leyes generales de la naturaleza y construir un mundo de hechos universales que se consideran verdaderos en todo tiempo y lugar, la dimensión temporal queda excluida. No es sólo que la dimensión temporal no tenga nada que ver con la interpretación de los eventos en el mundo, sino que esas interpretaciones deben situarse más allá de los efectos del tiempo: tienen que «pasar el test del tiempo» y demostrar su invariabilidad para considerarse «verdaderos».

En contraste con esto, la temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en éste los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo.

Esta secuencia lineal de los eventos en el tiempo es necesaria para que se pueda dar un relato «con sentido». Las historias tienen un principio y un final, y entre estos dos puntos transcurre el tiempo.

Lenguaje

El modo lógico-científico se centra en prácticas lingüísticas que se basan en el modo indicativo para reducir la incertidumbre y la complejidad. Estas prácticas constituyen un intento de consolidar la realidad, de dar al hablante un sentido de sustancia, materialidad y seguridad en el mundo en el que habita.

Como la consistencia y la no-contradicción son los criterios de construcción de este mundo, se excluyen los significados alternativos mediante el uso unívoco de las palabras, y se prefieren las descripciones cuantitativas a las cualitativas. Se desarrollan lenguajes técnicos para evitar los riesgos de la polisemia; es decir, la posibilidad de que las palabras tengan más de un significado, y la posibilidad de que los significados de las palabras vengan determinados por el contexto en el que se usan. El propósito declarado es asegurar la identidad del significado hasta el final del «argumento».

El pensamiento narrativo se centra en prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo para crear un mundo de significados implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del

«desencadenamiento de la presuposición», para introducir la «perspectiva múltiple», y para encaminar a los lectores hacia representaciones únicas de significados. Estas prácticas lingüísticas tienen en cuenta la complejidad y la subjetividad de la experiencia.

En vez de preferir el uso unívoco de las palabras, se aprovecha su polisemia. Se fomenta más de una línea de interpretación o lectura en cada momento, y se ensancha el abanico de realidades posibles a través del aumento de nuestros recursos lingüísticos. Se favorece el carácter extraordinario de las descripciones coloquiales, poéticas o pintorescas frente a las descripciones técnicas, y la conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado.

Agencia personal

El modo lógico-científico representa a la persona como un escenario pasivo que reacciona ante determinadas fuerzas —impulsos, impactos, transferencias de energías, etc.— impersonales. Esto está implícito en sus propios términos. Asume, a efectos de investigación, que alguna fuerza o fuerzas internas o externas a la persona actúan sobre ella, y que son éstas las que moldean y constituyen la vida. A veces, en esta investigación científica, las personas quedan reducidas a autómatas de alto nivel.

El modo narrativo sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo. Es un mundo de actos interpretativos, un mundo en el que volver a contar una historia es contar una historia nueva, un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la «re-escritura», y por tanto en el moldeado, de sus vidas y relaciones.³⁰

Posición del observador

El modo lógico-científico excluye al observador de lo observado en aras de la objetividad. El objeto está «al otro lado» del observador y, por definición, es

³⁰ Op. cit

aquello sobre lo que se debe actuar. El observador no está implicado en la creación de los fenómenos que están siendo observados, y se afirma que lo observado es inmune a los efectos de esta observación. Todo ello sirve para colocar al observador por encima y más allá de lo observado.

El modo narrativo redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el «observador» como «lo observado» se sitúan dentro de la narración «científica» que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel de autor privilegiado de su construcción.

Cuando situamos una terapia en el contexto del modo narrativo, se considera que los relatos vitales se han construido a través del «filtro de la conciencia de los protagonistas». Así, el trascendente «nosotros» y el «ello» de la persona subjetivizada se sustituyen por los pronombres «yo» y «tú» de la persona personificada.

Práctica

Una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

1. Da la máxima importancia a las vivencias de la persona;
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal;
3. Invoca el modo subjuntivo al desencadenar presuposiciones, establecer significados implícitos y generar perspectivas múltiples;
4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético y pintoresco en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos;
5. Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno en los actos interpretativos;
6. Fomenta el sentido de la autoría y la re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar la propia historia;

7. Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el «objeto» se convierta en autor privilegiado;

8. Introduce consistentemente los pronombres «yo» y «tú» en la descripción de los eventos.

1. 14 DOCUMENTOS TERAPÉUTICOS.

Payne³¹ refiere que los documentos terapéuticos incorporan nuevos conocimientos, perspectivas y cambios que son parte de la nueva y frágil perspectiva con que la persona contempla su experiencia. Pueden ser cartas, declaraciones, certificados o escritos creativos. Aunque suelen ser textos, también pueden incluir elementos visuales.

Los documentos terapéuticos deben ser producto de la co-creación entre terapeuta y paciente. Teniendo en cuenta que la escritura es particularmente terapéutica.

Los documentos terapéuticos escritos por el terapeuta o por la persona (evitando la imposición de ideas y la retraumatización) se convierten en expresiones y recordatorios del progreso, los descubrimientos y las nuevas perspectivas. Pueden celebrar y afianzar el cambio o el éxito y ayudar a la persona a escapar del “conocimiento experto” de otros.

Algunas cosas que debemos tener en cuenta son;

- *Nivel de alfabetización*; es esencial asegurarse de que las personas no tienen problemas para escribir, sobre todo porque quienes carecen de instrucción no suelen revelarlo.

³¹ Payne, M.(2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

- *Objetivos.* Los documentos permiten registrar permanentemente los nuevos logros e ideas; su propósito es consolidar, fortalecer y mantener el relato de si derivado de estos elementos. Las emociones intervienen en el acto de escribirlos, por lo que se sugiere que escriban lo que piensan, no lo que sienten.

- *Evitar la repetición del trauma.* Muchas personas que han sufrido abusos, violencia o situaciones terroríficas creen que escribir los detalles de estos acontecimientos puede servirles. Se señala que puede ser peligroso hacerlo.

- *Confidencialidad.* Se procura aclarar que no es necesario que la persona muestre su escrito; y si decide hacerlo, se asegura que nadie excepto el terapeuta tendrá acceso a él.

- *La necesidad de respuesta.* Se destina un tiempo para discutir los textos con las personas. Se invita a la persona a explicar, profundizar o re- narrar, al igual que hable de lo que significó escribirlo, la forma que modificó sus sentimientos y pensamientos y la medida en la contribuyó a facilitar su mejoría.

Algunos documentos terapéuticos se mencionan en White y Epston³² con sus principales características. Entre ellas podemos encontrar;

Cartas de invitación

Las cartas de invitación son tan frecuentes en la vida cotidiana que no necesitan presentación. Sin embargo, dichas cartas pueden parecer «extrañas» en el contexto de la relación profesional-cliente, que suele depender de que el cliente pida una entrevista y de que se le dé una hora.

Cartas de predicción

³² White, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

Frecuentemente, al final de la terapia, se pide la autorización para predecir el futuro de una persona, relación o familia. Se suele utilizar un período de seis meses como intervalo y se refiere a él como «tu futuro inmediato» Se pone al correo estas predicciones en «cartas» dobladas y cerradas, escribiendo «Privado y confidencial» en letras bien grandes, así como «No debe abrirse hasta...» (la fecha de seis meses después). La intención al hacer esto es doble:

1. La predicción propone un seguimiento/revisión a los seis meses, y sugiere que sería un ejercicio interesante tanto para la persona/familia como para el terapeuta.

2. Dado que sospecho que la mayoría de las personas no hacen caso, sino que leen su revisión antes de la fecha indicada, se espera que la predicción funcione como una profecía autocumplidora.

Cartas breves

Los escritos con finalidad terapéutica no tienen por qué ser extensos ni repetitivos, ni tampoco llevar mucho tiempo. Una única carta puede ayudar mucho a las personas en su lucha por alejar sus vidas y relaciones de los problemas que tanto les preocupan. Muchas de las personas a las que se les envían cartas breves están relativamente aisladas en el aspecto social. Estas personas tienen muchas dificultades para saber quiénes son y su existencia es muy conflictiva: tan frágil que siempre parece estar en peligro. De hecho, los demás rara vez las consideran personas valiosas. Para estas personas recibir correo a su nombre constituye un importante reconocimiento de su presencia en el mundo. Se ha conocido a personas para las que esto confirma de tal forma su existencia que se autovaloran llevando consigo, a todas horas, una o dos cartas recibidas a su nombre.

Pero esto no debería sorprendernos. De alguna manera, el correo ejerce este efecto en todos nosotros. ¿Qué es lo primero que hace la mayoría de la gente cuando llega a casa tras haber estado fuera todo el día? Abrir el buzón. Y si han estado fuera durante más tiempo, a menudo sienten la necesidad de

recoger el correo antes de hacer cualquier otra cosa. En parte esto se puede considerar un ritual con el que la gente se reinserta, y se reeditúa, en su entorno.³³

Las cartas como narrativa

Las cartas son sobre todo un medio para un fin, y por tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir las vivencias en una narración o «relato» que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Por tanto, se apartan considerablemente de las normas que rigen tanto la retórica como el estilo de la correspondencia profesional. Por cartas «profesionales», se entiende aquellas comunicaciones entre profesionales acerca de las personas y sus problemas. Normalmente las personas a las que aluden estas cartas no tienen acceso a ellas, a pesar de que su futuro pueda verse influido por ellas. En una terapia relatada, las cartas son una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los participantes. Las cartas se pueden sustituir por historias clínicas. En la creación de las cartas la persona/familia es el público imaginario; por el contrario, alguna supuesta autoridad profesional sirve de público invisible en el caso de las historias clínicas. En la mayoría de los casos, estos informes son conversaciones con uno mismo. Nosotros sostenemos que convertir en narraciones las cartas recoge más fielmente el «trabajo» realizado que los métodos profesionales de registro. Estas cartas hacen al terapeuta responsable en primer lugar ante la persona/familia y en segundo lugar ante la comunidad profesional. Esto es posible porque las cartas y la información que contienen se comparte, porque constituyen un diálogo más que un monólogo profesional, y porque, debido a que las pueden ver todas las partes, se pueden corregir, contestar o confirmar fácilmente. Al terapeuta se le exige co-crear un discurso que lingüísticamente incluya a todas o a la mayoría de las partes en la conversación a la vez que desestima un código profesional exclusivo y mistificador.

³³ Op.cit.

Las narraciones tienen algunas ventajas obvias. En primer lugar, sitúan la experiencia de una persona/familia en el curso del tiempo.

A diferencia de los informes científicos, no tratan de hacer atemporal la experiencia; en vez de eso la temporalizan.

En segundo lugar, como los relatos son más ricos y complejos que los breves esquemas explicativos, se pueden acomodar y dotar de significado a muchos más acontecimientos de la vida de las personas, mientras que las explicaciones tienden a ser exclusivas y a ignorar los eventos que están más allá de su alcance. Las narraciones permiten, por tanto, que las vivencias queden interpretadas en el tiempo vivido y tomen sentido al incluirse en el relato.

Una terapia relatada, al tener argumento, avanza en el tiempo y puede generar cierto grado de excitación tanto a la familia como al terapeuta. Es prospectiva más que retrospectiva. Todas las partes participan en la búsqueda de nuevos significados, nuevas posibilidades, que ponen en duda la descripción saturada de problemas de la historia dominante. Los relatos alternativos surgen a partir de la historia dominante, o se descubre que corren por vías paralelas que habían sido suprimidas o no se habían admitido en el informe. Las historias alternativas derivan del descubrimiento de «acontecimientos extraordinarios» que, o bien contradicen el relato dominante, o aparecen como anomalías incomprensibles. Estos acontecimientos extraordinarios no se pueden integrar en la historia dominante. O son disparatados o son insignificantes. Reescribir supone reeditar la experiencia de una persona/familia en nuevas narraciones, de modo que el relato que era dominante se vuelva obsoleto. En el transcurso de esta actividad se describen las vidas de la gente, sus relaciones, y las relaciones con sus problemas.

Además Linares³⁴ escribe sobre esto mismo, cuenta que las cartas en terapia o bien dicho el género epistolar ocupa un lugar incuestionable en la literatura, aunque últimamente su presencia ha disminuido si nos atenemos a la más reciente producción literaria. Sin embargo, para el terapeuta de familia la carta ha sido siempre un útil instrumento de trabajo, difícilmente sustituible por otros recursos comunicacionales.

Este recurso ya lo facilita el diseño habitual de las terapias, son sesiones muy intensas y bastantes espaciadas.

Las cartas son un medio de comunicación complejo y versátil, que se adapta a muy diversas situaciones y cumple funciones igualmente variadas. Es lógico que, en el ámbito terapeuta, estas cualidades se potencien hasta convertirlas en útiles instrumentos para momentos y objetivos diferentes.

1.15 HISTORIAS PROPIAS

Asimismo se puede solicitar que las personas escriban diferentes documentos. White y Epston³⁵ escriben sobre esto y mencionan que se suele pedir a la gente que ponga por escrito su propia historia. Generalmente, el propósito es hacer que el relato esté al alcance de otras personas. Se ha utilizado un amplio abanico de medios para ello: vídeos, cassettes, cartas testimoniales, historias escritas en diversos géneros literarios, cartas personales y llamadas telefónicas.

La estructura narrativa de estos relatos suele ser la de una historia «de éxitos» en vez del formato de «cuento triste» que adoptan muchas narraciones psicoterapéuticas.

³⁴ Linares, J. (1996). La intervención Terapéutica. En J, Linares “*Identidad y Narrativa*”. (pp 153 -159). España: Paidós.

³⁵ While, M. Epston, D. (1993) “*Medios narrativos para fines terapéuticos*”. Barcelona: Paidós

Si una persona es capaz de dar una visión de su situación en la que muestre cualidades personales favorables, podemos hablar de un relato «de éxitos». Si los hechos de su pasado y de su presente son demasiado sombríos, lo mejor que puede hacer es demostrar que no tiene la culpa por haberse convertido en lo que es, y entonces el término «cuento triste» resulta apropiado.

Escribir historias «de éxitos» transforma la relación que mantiene la persona o la familia con el problema y con la terapia. Tiene el efecto de distanciar a las personas del problema y les permite «consultar» a los demás y a sí mismos si el problema reaparece en sus vidas. Descubrir que estas historias recopiladas pueden ayudar a las personas a consultar consigo mismas fue un hallazgo fortuito.

En relación a esto Payne³⁶ se refiere a lo mismo con los términos *narrar* y *re narrar*. Por lo tanto describe que cuando una persona narra y re narra un subargumento de su vida a otra gente además del terapeuta y escucha sus respuestas, el subargumento es confirmado y adquiere influencia sobre la vida y la identidad de la persona.

La gente suele contar relatos llenos de dolor, pesimismo, confusión, sufrimiento y fracaso. Con ayuda del terapeuta pueden empezar a contar un relato distinto que incluya elementos antes ignorados, olvidados o no valorados, y adquirir así mayor perspectiva.

Principios de narrar y re- narrar.

El proceso de animar a la gente a enriquecer y desarrollar sus relatos se basa en:

³⁶ Payne, M. (2002) “*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*”. España: Paidós

- Contarlos a varias personas además del terapeuta
- Escuchar las respuestas que reflejan el interés, el respeto y el deseo de comprender de esas personas
- Volver a contar los relatos ante otras audiencias
- Escuchar las nuevas respuestas
- Seguir narrando y re- narrando, escuchando y volviendo a escuchar y así sucesivamente.

De esta forma el relato se convierte en una narrativa múltiple o, mejor dicho, en una narrativa *multiargumental* que puede seguir enriqueciéndose fuera de la consulta y cuando la terapia haya terminado.

Narrar y re narrar es una puesta en práctica del axioma fundamental de la terapia narrativa: *“creemos que la gente suele otorgar significado a sus vidas proyectando su experiencia en el marco de relatos, y que estos relatos configuran sus vidas y sus relaciones”*.³⁷

Dos formas de ayudar a las personas a ”re escribir” sus historias.

El poder describir la experiencia pasada, hace que emerjan subargumentos ignorados y se enriquece la narrativa global. Estas dos formas son:

1. que la persona, además de aceptar la exactitud de los recuerdos que conforman al argumento dominante, recupere otros recuerdos que lo modifiquen.
2. que la persona reconozca que los recuerdos dominantes son incompletos o distorsionados y los reemplace por descripciones más cercanas a la experiencia.³⁸

³⁷ While, M. Epston, D. (1993) *“Medios narrativos para fines terapéuticos”*. Barcelona: Paidós

³⁸ Payne, M. (2002) *“Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales”*. España: Paidós

1.16 ASPECTOS DEL DISCURSO A ANALIZAR

Según Sluzki (1992 en Gumilla 2009)³⁹ Los relatos sobre problemas, síntomas o conflictos se pueden organizar alrededor de personajes, teniendo estos, atributos, relaciones y vicisitudes; las tramas de hechos y el grado de capacidad de acción de los participantes; el escenario y la repercusión del mismo en la trama; los corolarios éticos y los juicios de valor derivados del relato; y los corolarios de comportamiento o consecuencias inevitables para los participantes. Además también se puede contar las historias de una manera en que el narrador se ubique como protagonista, espectador, testigo o interprete de los hechos, y con varios grados de competencia y credibilidad.

A fin de poder analizar en profundidad un discurso, se hace imperativo elaborar algún tipo de estructura sobre la cual posicionar al discurso en cuestión, dicha estructura está compuesta por los aspectos del discurso del sujeto que serán tenidos en cuenta debido a que es imposible poder abarcar la inmensidad de significados y atribuciones que un sujeto hace a todo lo que dice o piensa.

Dentro de esta categorización incluiremos las siguientes variables, de las cuales haremos una breve explicación posteriormente:

- Personajes
- Tiempo
- Espacio
- Causalidad
- Interacciones

³⁹ Gumilla, D. (2009). *Particularidades del Relato Depresivo: un aporte de la Terapia Narrativa*. Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.

- Valores
- Modo de contar

Ahora daremos una pequeña caracterización de cada una de estas variables:

Personajes

Los personajes de los relatos pueden ser los mismos sujetos o sus familiares, o hasta algún personaje de ficción con el cual identifica su problemática, de cualquier manera, este personaje posee un tipo determinado de actuar, de pensar, una personalidad que lo caracteriza y un rol en la historia, que en el caso del alcohólico, es un rol particular, aparte de la particularidad propia del sujeto del que se trate.

Tiempo

El sujeto puede incluir en su relato al tiempo como una variable fluctuante o como algo más bien estático. El terapeuta puede utilizar preguntas para vislumbrar si el sujeto es capaz de darle temporalidad al relato, ya que hay casos donde el sujeto se expresa como si el tiempo fuera infinito.

Esta variable también la tomamos porque es fundamental a la hora de la búsqueda de excepciones dentro de los relatos.

Espacio

Puede pasar que el relato pueda transmitir hechos carentes de contexto, y es allí donde el terapeuta podrá intervenir con preguntas hacia una adecuada contextualización de los hechos.

La introducción de la idea del espacio nos permite especular sobre la forma en que el contexto afecta y es afectado por los eventos, históricamente y en el presente.

Causalidad

En los relatos hay elementos, hechos o sucesos que son causa o efecto de otros, y esto es factible de cambio, lo cual nos lleva a considerar esto como una variable de suma importancia.

Interacciones

Esta variable es importante ya que no solo se debe recurrir a las características personales de los personajes, sino también a sus pautas de interacción, que nos hablarán de las propias del sujeto, y en el alcoholismo la relación con el mundo y con los demás esta comprometida.

Esta variable también nos ayuda a vislumbrar intenciones o efectos que quiere obtener un personaje determinado, y también cuales son sus conflictos y otros síntomas. A partir de las interacciones se puede observar también la dinámica de roles, cuales son las reglas de estas pautas interaccionales según el sujeto.

Valores

El relato presenta siempre normas morales evocadas por el mismo relato, pero estas normas son susceptibles de cambios, por eso estos cambios axiológicos, deben ser parte de nuestro análisis, ya que aquí también puede operar el terapeuta.

Modo de contar

Esto reviste especial importancia, ya que el sujeto puede contar una historia donde el mismo sea un objeto y otros incluyendo los síntomas sean los actores, o bien puede ser un agente activo y por ende ser responsable de sus acciones y efectos. Esto va a hacer variar mucho la visión que el mismo sujeto tenga de sus propias potencialidades y capacidades.⁴⁰

⁴⁰ Op.cit.

Capítulo II

ADICCIONES

“La crisis es también una oportunidad para la manifestación de recursos propios, algunos insospechosos, y una ocasión para el encuentro, la solidaridad, y el crecimiento.” (Lino Guevara).

En el presente capítulo se expondrá, sintéticamente, los conceptos más difundidos acerca de las **adicciones** y aquellos que son importantes para el presente trabajo como los conceptos referidos al **alcoholismo**. Se ha pretendido dar una idea general al respecto, así poner en manifiesto la complejidad de dicha problemática.

Como la mayoría de los que vivimos en el país, me siento muy preocupada por la incidencias que tienen la actividad relacionada con las adicciones.

Es preciso tener en cuenta que las adicciones no responden a una sola causa, sino a diversos aspectos en los que se encuentran implicado el sujeto. De esta manera, se puede comprender que la problemática es compleja y hay que abordarla en su totalidad.

Pero ninguna problemática social está aislada del contexto socio- histórico. Por lo tanto los sujetos se encuentran condicionados por un modelo económico de exclusión y todo lo que ello implica.

Los problemas derivados del consumo indebido de alcohol y otras drogas han alcanzado niveles muy alarmantes en los últimos años en nuestro país.

Es importante que el que trabaje con personas adictas aprenda a responder, en forma hábil y no rígida a la gran variedad de problemas y desafíos que se presentan en la vida de los afectados, a sus problemas interpersonales y familiares, a como se enfrentan consigo mismo y a la estimación de su propio valor humano.

Existen numerosos factores que poseen en común los sujetos adictos: baja autoestima, dificultades para comunicarse, déficit de proyectos de vida, dependencia psico-afectiva, dependen casi exclusivamente de otros para enfrentarse a los obstáculos que la realidad cotidianamente ofrece a la satisfacción de sus propias necesidades.

A continuación se expondrá lo dicho anteriormente.

2.1 DROGA Y DROGADEPENDENCIA

Por Droga se entiende, siguiendo la clásica definición de la OMS:

“Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”.

Dentro de esta definición, han de distinguirse:

- las que son de uso legal: tabaco y alcohol.
- las de uso ilegal: hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.

La Asociación Americana de Psiquiatría, cuando se refiere a los trastornos relacionados con sustancias, según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), apunta a todas aquellas que, introducidas en el organismo, afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

La drogadependencia tal como la definió la OMS es:

“El estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por:

- *deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio,*
- *tendencia a incrementar la dosis,*
- *dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y*
- *efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”⁴¹*

⁴¹ DSM IV. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

2.2 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS

Entre ellos se encuentran los siguientes:

ABUSO

ADICCIÓN

DEPENDENCIA: - DEPENDENCIA FÍSICA,
- DEPENDENCIA PSICOLÓGICA.

DROGA

DROGADEPENDENCIAS

INTOXICACIÓN AGUDA

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

TOLERANCIA

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.

ADICCIÓN: Según los profesionales de la Institución Cable a Tierra⁴², se refiere a una imperativa e intensa necesidad en el sujeto, de consumir sin reparar en las consecuencias nocivas para él y su entorno.

En su sentido etimológico, la palabra adicción, deriva de *a:* no y *dicción:* decir. Esta expresión refleja una de las características de todo adicto: la imposibilidad de comunicarse, de exteriorizar sus conflictos, lo que implica en muchos caso la imposibilidad de pedir ayuda. Como consecuencia surge un aislamiento creciente y la instalación de un círculo vicioso de difícil resolución.⁴³

DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: pérdida de control y necesidad frente al uso de sustancias. Algunas drogas producen dependencia

⁴² Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra (2001) “*Manual para operadores terapéuticos en adicciones*”. Mendoza: Canto Rodado.

⁴³ Mosso, L y Penjerek , M (2008). El adolescente frente a las adicciones. En L, Mosso y M, Penjerek. *Adolescencia y salud*. (pp 85-102). Buenos Aires: Maipue.

física y/ o psíquica. La intensidad de necesidad o dependencia puede variar desde un deseo leve hasta un ansia ingobernable. “La falta de droga, una vez producido el acostumbramiento (tolerancia) del organismo (o sea, una vez logrado un estado de equilibrio con la droga) produce una serie de trastornos psicossomáticos. Entonces, para seguir manteniendo el equilibrio organismo-psiquis- drogas, el sujeto debe, por lo general, aumentar gradualmente el consumo, con lo cual se incrementa también, en forma gradual y progresiva, la tolerancia.” Según Begoña Iglesias “la dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.”

DEPENDENCIA FÍSICA: se trata de una alteración del estado fisiológico producido por la administración repetida de una sustancia que exige el consumo ininterrumpido de la misma para evitar la aparición del denominado síndrome de abstinencia, el que está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga.

DEPENDENCIA PSÍQUICA O PSICOLÓGICA: en este punto de la adicción, la característica que define este concepto es el sentimiento claro de satisfacción, y una necesidad o impulso psíquico que requieren de una administración sistemática de la droga para producir placer o evitar malestar. Según autores del Manual de operadores de Cable a Tierra ⁴⁴, se manifiesta en una compulsión a consumir la droga de forma reiterada, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, etc.)

DROGA: Se trata de sustancias cuya estructura química, genera cambios en la organización o función de los sistemas biológicos, produciendo alteraciones en la conciencia.

⁴⁴ Op.cit.

DROGADEPENDENCIAS: término genérico utilizado para referirnos a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicotropo. Ernesto González⁴⁵ plantea que es una enfermedad, que tiene su focalización en el cerebro, esta enfermedad se caracteriza por su cronicidad, su progresividad y las llamadas recaídas. Estamos hablando del uso indebido de cualquier tipo de drogas, de sustancias psicotrópicas.

La drogadicción trae aparejado problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos.

INTOXICACIÓN AGUDA: se refiere al estado post ingestión desmesurada de alguna sustancia psicotrópica o de alcohol, transitoria, que produce alteraciones del nivel de conciencia, cognición, percepción, estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: se trata del el conjunto de síntomas y signos que aparecen en la persona diagnosticada como dependiente o adicta a una determinada/s sustancia psicoactiva, al momento de suspender bruscamente su consumo o al ingerir un quantum ya insuficiente. Cada sustancia produce un síndrome de abstinencia particular y diferenciable de las demás.

TOLERANCIA: es una reacción fisiológica de habituación a una droga, estado de adaptación tal, que se caracteriza por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga y por lo tanto, la necesidad de que se requieran dosis cada vez mayores para causar efectos de la misma magnitud o el mismo grado de efecto de la sustancia.

⁴⁵ González, E (2005). En *“Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral”*. Buenos Aires. Editorial Gabas.

DSM IV

El DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1994), publicado por la APA (American Psychiatric Association), aporta criterios para determinar la intoxicación, abuso y dependencia de sustancias. Aquí se toma esta última como sinónimo de adicción.⁴⁶

2.3 CRITERIOS PARA INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS

(1) Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición).

(2) Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, por ejemplo: irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

(3) Los síntomas no se deben a otra enfermedad y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.4 CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela

⁴⁶ DSM IV. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).

(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).

(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).

(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

2.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(1) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(2) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(3) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(4) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro), o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(5) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(6) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).⁴⁷

⁴⁷ Op.cit.

Como generalmente los afectados son adolescentes es preciso diferenciar entre proceso propio de esta etapa del ciclo vital y uso indebido de drogas.

Debe establecerse sospecha cuando:

- Hay cambios súbitos de la conducta habitual.
- Relaciones sociales alteradas: no cumplimiento de obligaciones con amigos y familiares por conductas excéntricas o impulsivas y por expresión inadecuada de sentimientos agresivos.
- Cambios bruscos en el estado de ánimo.
- Actividad laboral o escolar deteriorada: ausentismos, indisciplina, dificultad para aceptar y cumplir responsabilidades.
- Trastornos en la atención.
- Cambios de amistades y salidas fuera del hogar sin destino conocido.
- Cambios de lenguaje y de vestido.
- Abandono de su persona y de sus pertenencias.
- Alteraciones del funcionamiento fisiológico: vómitos, palidez, sudoración, dificultad para orinar y defecar.
- Enrojecimiento de los ojos, dilatación o achicamiento de las pupilas.
- Dolores en el cuerpo.
- Tos a repetición.
- Alteración del ritmo del sueño.
- Intoxicación aguda por sobredosis.
- Disminución del peso corporal.
- Infecciones a repetición como consecuencia de la forma de aplicación de las sustancias de la disminución de la inmunidad debido al efecto de las drogas y como consecuencia de la deficiente alimentación.
- Delitos contra la propiedad y prostitución como medios para adquirir la droga. En sus comienzos estos hechos son disimulados por la familia.

2.6 TIPOS DE DROGAS

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo:

- por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas),
- por su estructura química,
- por su acción farmacológica,
- por el medio socio-cultural (legales- ilegales, institucionalizadas- no institucionalizadas, duras-blandas, más peligrosas-menos peligrosas),
- con respecto al sujeto, utilizándose en este caso clasificaciones clínicas.

Sin duda alguna, la clasificación de las drogas depende del contexto.

El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) considera 11 clases:

- alcohol;
- anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar;
- cannabis;
- alucinógenos;
- inhalantes;
- cocaína;
- opiáceos;
- fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y,
- sedantes, hipnóticos o ansiolíticos;
- nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la dependencia de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina).
- cafeína (con el mismo criterio que para la anterior)

Se proponen, desde otra visión, tres tipos de categorías diferentes de drogas, divididas por su acción farmacológica sobre el Sistema Nervioso Central:

- depresores,
- estimulantes y

- perturbadores.

1. **Depresores:** se trata de aquellas sustancias capaces de reducir la actividad del sistema nervioso central y por tanto hacen más lentos procesos corporales y cognitivos. En su primera fase de consumo pueden producir excitación y estimulación como consecuencia del proceso de desinhibición generalizado, sin embargo sus efectos centrales tienen que ver con una inducción de sedación y somnolencia. Dentro de esta categorización se incluyen: alcohol, sedantes y tranquilizantes, y opiáceos, es posible agregar en este grupo la marihuana, aunque su ubicación de acuerdo a este criterio pueda ser discutida.

2. **Estimulantes:** éstas, incrementan la actividad del sistema nervioso, elevando el estado de ánimo y produciendo sensaciones subjetivas de mayor rendimiento físico y mental, disminuyendo el umbral de los sistemas de alerta, dolor, hambre, etc. Se incluyen: anfetaminas, cocaína, xantinas.

3-**Perturbadores:** se refieren a drogas con efectos profundos sobre el estado de conciencia. Son capaces de alterar la percepción sensorial, generando percepciones sensoriales sin haber para ellas estímulo sensorial externo alguno. Este grupo está integrado por: alucinógenos vegetales como el peyote y mescalina, alucinógenos sintéticos como LSD e inhalantes.⁴⁸

2.7 LAS ADICCIONES COMO ENFERMEDAD

La drogadicción es considerada enfermedad, cuando el individuo, que consume las drogas, ha involucrado ya a su organismo y deja de ser una situación psíquica. Además la drogadicción es considerada enfermedad,

⁴⁸ Díaz, C. (2006). *“La Entrevista Motivacional. Una forma de utilizar la motivación para el cambio en pacientes adictos”*. Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconagua. Mendoza. Argentina.

porque se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por la persona afectada.

Una enfermedad es un fenómeno que presenta, al menos, estas tres características:

1. Existen síntomas, que son un conjunto de señales de alarma que el organismo “emite” con la finalidad de indicar algún “desperfecto” en su estructura en su funcionamiento.
2. Existe una progresión en cualquier enfermedad, o sea que las cosas tienen a empeorar si no se atiende adecuadamente el problema.
3. Puede hacerse un pronóstico de cuales son los resultados cuando la enfermedad sigue su curso natural.⁴⁹

2.8 MULTICAUSALIDAD DE LAS ADICCIONES

Es preciso tener en cuenta que las adicciones no responden a una sola causa, sino a los diversos aspectos en los que se encuentran implicado el sujeto. De esta manera se puede comprender que la problemática es compleja y que hay que abordarla en su totalidad.

En este sentido, el análisis no debe perder de vista numerosos factores que poseen en común los sujetos adictos.

Algunos de estos aspectos sobresalientes son, que en general estas personas tienen baja autoestima y dificultades para comunicarme y que en algún sentido se encuentran alienados. También, se identifican con estereotipos y carecen de proyectos de vida. Además, entablan vínculos superficiales y cambiantes con las demás personas.

⁴⁹ González, E (2005). En “*Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral*”. Buenos Aires. Editorial Gabas.

Por otra parte, tiene padres que no establecen reglas claras ni ponen límites y en algunos casos los abandonan, no solo físicamente sino en lo afectivo. Por esto y otras causas, no hay que olvidar que el debido debilitamiento de las relaciones familiares, por cualquier motivo que fuese, favorece a las adicciones.

En cuanto a lo geográfico, Mendoza es una provincia limítrofe internacional por lo que el ingreso de sustancias psicoactivas, tanto por el tránsito como por el consumo, favorece de riesgo.

Pero ninguna problemática social está aislada del contexto socio-histórico. Por lo tanto los sujetos se encuentran condicionados por un modelo económico de exclusión y todo lo que ello implica⁵⁰

Para las conductas adictivas no utilizaremos los términos "causa" y "efecto" a la hora de plantearnos los por qué de su aparición, a fin de evitar la idea de una relación lineal entre las variables intervinientes. Usaremos, en cambio, y para continuar con la denominación tradicional, el término "factor", que hace referencia al "elemento que contribuye a un resultado" (Real Academia Española, 2005), para denominar aquellas variables más influyentes en la aparición de una conducta adictiva.

En el estado actual de las investigaciones, sólo podemos aproximarnos en la identificación de la/s variable/s determinante/s de una adicción. Debemos detectarlas para cada persona en particular, a fin de lograr una intervención personalizada y, de este modo, efectiva. Es importante destacar que no debería haber uniformidad en los tratamientos, sean estos ambulatorios, residenciales, o de cualquier otra modalidad. Apuntamos hacia la mayor especificidad posible en la elaboración de la estrategia terapéutica, ya que cada persona reclama una intervención propia (matching), para actuar sobre

50 Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra (2001) *“Manual para operadores terapéuticos en adicciones”*. Mendoza: Canto Rodado.

los factores de riesgo propios (que en ella se han conjugado de una manera particular) y fortalecer los factores protectores personales.⁵¹

2.9 EL PACIENTE ADICTO.

Antes de conocer un poco más sobre una persona adicta, me gustaría remitirme a lo que significa adicción, *sin palabras*, hay algo en estas personas que no se puede poner en palabras que les resulta difícil manifestar ya sea a nivel de lenguaje o bien a nivel corporal. Esto pude observarlo en mis prácticas profesionales en la Cooperativa de Trabajo Ltda. “Cable a Tierra” en donde se trabaja con prevención y tratamiento de adicciones. También encontré en el libro de González, E⁵², la siguiente referencia.

La palabra “adicto” remite a la Antigua Roma, en donde cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir como *esclavo*. De este modo “salía” de su condición de deudor, entregando su libertad como pago.

En conclusión nos refiere a algo muy difícil de manifestar y de salir de este tipo de problemática, por lo que es necesario un trabajo multidisciplinario, con responsabilidad y respeto hacia la persona.

2.10 PERFIL PSICOLÓGICO DEL ADICTO

Para el desarrollo de este punto se ha recurrido a una investigación, llevada a cabo en Mendoza, en la Asociación Viaje de Vuelta, basada en el estudio de 200 casos. Los profesionales de dicha institución han observado rasgos y características que se repiten en forma frecuente en la personalidad del adicto.

⁵¹Cappa, H (2007). *Conducta adictivas y habilidades Cognitivas*”. Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina

⁵² Op.cit.

Se trata de sujetos impulsivos, les cuesta reflexionar antes de actuar, no mediatizan la acción con el pensamiento, sus vivencias son puntuales, momentáneas, se rigen por el principio del placer, no pueden sentir ningún tipo de tensión, y actúan como un niño buscando el placer y evadiendo todo aquello que sea displacentero. Por eso su tolerancia a la frustración es escasa. Le cuesta regirse por el principio de realidad ya que ésta le provoca angustia, ansiedades. Su adaptación a la realidad se ve dificultada. Establecer vínculos profundos, comunicarse, compartir con otros, les es difícil también.

Se trata, de individuos con una estructura yoica deficitaria, por lo tanto frente a situaciones de angustia, dolor o ansiedad responden con mecanismos defensivos, tales como:

Negación, con la finalidad de no ver aspectos del yo o de la realidad que atemorizan.

Evasión, para no enfrentar situaciones y eludir responsabilidades.

Disociación, es decir dificultad para integrar lo que siente y piensa.

Proyección, con el objetivo de colocar afuera lo que molesta y no acepta como propio.

Regresión, que se observa en las conductas de apego, consideradas como correspondientes a una etapa primitiva en la vida.

Como rasgos de personalidad se observan:

Tendencia egocéntrica, exigen a su entorno, se vuelven tiranos con los que lo rodean.

Les cuesta conectar sus sentimientos con sus emociones, lo que piensan con lo que en realidad desean, consecuencia del mecanismo de disociación.

Son vulnerables, y no pueden proyectar un futuro satisfactorio.

Su pensamiento es concreto, les cuesta simbolizar, poner palabras a lo que piensan. No pueden abstraer, se va empobreciendo la facultad de atención, concentración, comprensión, juicio crítico, análisis y síntesis. Su inteligencia se vuelve superficial, sin motivaciones profundas.

Se muestran desconfiados, con hostilidad, se sienten amenazados, evidenciado rasgos paranoides.

También aparecen rasgos psicopáticos, agresividad, impulsividad, tendencia a la actuación.

Tienden a no sentir culpa, ni a hacerse cargo de sus actitudes o a asumir las consecuencias de su conducta.

Las dificultades para conectarse internamente dificultan la posibilidad de profundizar consigo mismos y en las relaciones con los demás. Manifestando, así, sensaciones de vacío interno.

No sabe quien es, ni con que recursos cuenta, no sabe que puede hacer ni que le gusta.

Su repertorio de conducta se torna rígido, estereotipado y no creativo.⁵³

Otro estudio realizado en la comunidad terapéutica Hogar La Roca , de Viña del Mar, Chile, acerca del sentido de identidad de Jóvenes Drogadependientes, arrojó las siguiente conclusiones:

Los adictos, viven sus relaciones interpersonales con sentimientos de insatisfacción, experimentándolas como situaciones amenazantes para su integridad, desconfían de los demás. Tienen una expectativa interpersonal de ser rechazados, aislados o engañados, junto con el deseo de ser aceptados,

⁵³ Argentina, Viaje de Vuelta. Comunidad Terapéutica. (1998). *El perfil psicológico del adicto*. Tomhé, M: autor.

reconocidos y apoyados. En sus vínculos significativos, especialmente con la madre y la pareja, establecen un patrón de relación

Pasivo-dependiente, centrado en la instrumentalidad y la explotación, pero también en la demanda de protección y ayuda. En cuanto al padre resaltan sentimientos hostiles

Estos jóvenes manifiestan falta de confianza en sí mismos y en su capacidad de adaptación, sensación de pérdida de oportunidades en la vida y sentimientos de fracaso y desvalorización. Coinciden en no ser capaces de dejar de usar drogas por sí mismos, y se muestran esperanzados de llegar a controlar por su propia voluntad los deseos de drogarse.

Presentan dificultad para reconocer sus propias capacidades y habilidades, predominan sentimientos de incompetencia e inadecuación, han sido ineficaces para organizar su vida personal, y se plantean metas personales difusas. Existen dificultades para adecuarse al orden social, manifiestan desdén por las convenciones, y tienden a desafiar las normas provocando alguna forma de trasgresión.⁵⁴

2.11 TIPOS DE TRATAMIENTOS

Según la visión compartida de los miembros que integran Cable a Tierra⁵⁵, se denomina equipo terapéutico al conjunto de profesionales, operadores y voluntarios que integran la comunidad terapéutica, y que asisten a la persona con problema de adicciones, cada uno desde su área, pero en una constante articulación de saberes.

⁵⁴ Del Popolo, L (2003) "Una lectura interaccional de la adicciones". Tesis para optar el título de la Maestría Sistémica. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.

⁵⁵ Op. Cit.

De esta manera, se puede definir como característica personal del equipo terapéutico la interdisciplinariedad, modelo que responde a la multicausalidad del fenómeno de las adicciones, y por esta razón a la necesidad de existencia de distintas visiones que aborden esta problemática en forma conjunta e integrada.

Así, el paradigma de trabajo interdisciplinario se define por:

- Presencia de distintos saberes.
- Consenso de objetivos sobre una misma conducta para modificarla.
- Unificación de conceptos parciales, otorgando así una visión más completa del problema a tratar.
- Aceptación y respeto por las diferentes visiones

2.12 ETAPAS DEL PROCESO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

La mayor parte de las comunidades terapéuticas tienen su tratamiento dividido en tres fases o distintos momentos, a través de los cuales los residentes deben transitar en el proceso de crecimiento y cambio hasta lograr una vida más útil, digna y sin drogas. Estas son:

- **Admisión**
- **Tratamiento propiamente dicho**
- **Reinserción.**

Admisión

Es el momento de los primeros contactos con la institución. El candidato puede llegar por propia voluntad o presionado por factores externos. Además se realiza el diagnóstico para determinar si reúne el perfil requerido según los

criterios de selección establecidos por la misma. También, este es el momento del primer encuentro de la comunidad terapéutica con la familia.

Luego que el sujeto es admitido, se trabaja la motivación. La duración de las admisiones son muy variables y dependen de las diferentes comunidades, dependiendo también de cada caso en particular.

Objetivos: Realizar diagnóstico individual, familiar y social. Generar motivación al cambio, conciencia de enfermedad y posibilidades de abstinencia.

Tratamiento propiamente dicho

El residente inicia la etapa más dura y penosa: la de enfrentarse consigo mismo, de crecimiento o cambio.

Toda la estructura comunitaria está puesta a su persona, por lo tanto será su decisión quedarse y profundizar, o irse.

Objetivos: Lograr la desaparición de la conducta sintomática. Habilitar al adicto para que lleve una vida independiente del consumo de drogas, o de cualquier otra conducta autodestructiva. Realizar un estilo positivo de vida que enseñe a la persona a enfrentarse a sí mismo, al crecimiento, al estrés de modo positivo y al dolor que implica al cambio. Además que transforme su auto concepto negativo y mantenga relaciones plenas y comprometidas con otros.

Reinserción Social.

La reinserción social se debe entender como el conjunto de recursos puestos a disposición de las personas para que éstas puedan responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente se puedan presentar en la realidad.

El objetivo final de la reinserción social es que las personas en tratamiento, y los de su entorno puedan llevar una vida más saludable y socialmente normalizada, y además participen activamente en la comunidad en la que viven.⁵⁶

⁵⁶ Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra (2001) “*Manual para operadores terapéuticos en adicciones*”. Mendoza: Canto Rodado.

Capítulo III

ALCOHOLISMO

Cada uno de nosotros sufre en la lucha diaria con la adicción, con la abstinencia, con el pasado que nos tortura, con nuestro presente doloroso, con un futuro incierto, con la soledad...

Residente de la Comunidad Terapéutica

Se desarrollará los conceptos referidos al tema los cuales son de importancia para el trabajo realizado.

3.1 ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

Químicamente cuando hablamos de alcohol, nos estamos refiriendo al alcohol etílico o etanol. Existen otros tipos de alcohol que no pueden ser ingeridos por su alta toxicidad, como es el caso del alcohol metílico que ha causado numerosas muertes en establecimientos penitenciarios.

El alcohol etílico se obtiene de la fermentación del almidón y la glucosa que se encuentra en las frutas, cereales, caña de azúcar y otras sustancias.

Según Beck, A.⁵⁷. El alcohol al ser una sustancia química, modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso. Al principio el alcohol actúa como anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, el razonamiento o el juicio. Sin embargo, a medida que la concentración de alcohol en sangre va aumentando, los efectos se hacen más intensos hasta incluso se afecta la función motriz básica.

Además Gonzalez, E.⁵⁸ plantea que en el alcohol, el etanol es el principal componente de las bebidas alcohólicas que se obtienen por fermentación o por destilación, con diferentes graduación, tales como vinos, cervezas que son elaboradas a partir de la fermentación de frutas o granos, en el caso de ginebras, whiskys, y otros se elaboran a partir de la destilación, siendo el

⁵⁷ Beck, A. Wright, F. Newman, C y Liese, B. (1999). Perspectiva general del abuso de sustancias. En A, Beck. F, Wright. C, Newman y B, Liese. *Terapia cognitiva de las drogodependencias* (pp19-45). España: Paidós.

⁵⁸ González, E (2005). Una aproximación al Alcoholismo en la Argentina. En E, González *“Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral”*. (pp 51-58). Buenos Aires. Editorial Gabas.

alcohol un depresor del sistema nervioso central responsable de controlar las inhibiciones.

3. 2 RECORRIDO DEL ALCOHOL POR NUESTRO ORGANISMO

Absorción: no necesita ser digerido, se absorbe rápida y directamente a través de la mucosa del estómago y del intestino delgado.

Distribución: viaja por la sangre a todos los lugares del organismo, al llegar al S.N.C. el alcohol deprime sus funciones.

Metabolización: El hígado metaboliza alrededor del 90% del alcohol absorbido

Eliminación: El 10% del alcohol restante se elimina sin transformación por el aire y por la orina. Cantidades pequeñas se eliminan por la piel, la leche materna, y las lágrimas.

3.3 RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

- Accidentes de tránsito
- Tendencia a ser sexualmente activos desde muy jóvenes y sin protección
 - Consumo de alcohol ligado a muertes por inmersión, incendios, suicidios.
 - Más probabilidades de ser víctimas de delitos violentos, agresión y robo.
 - Más problemas con las tareas y conducta en la escuela
 - El que comienza a edad temprana la ingesta de alcohol, tiene cuatro veces más posibilidades de caer en dependencia que el que se inicia en edad adulta⁵⁹

⁵⁹ Argentina. Cable a Tierra. (2008). *Alcoholismo*. Calderón, D: Autor.

Gonzalez, E.⁶⁰ también escribe sobre los efectos del alcoholismo y describe que los efectos inmediatos son de euforia, desinhibición y con consumo excesivo llegan los vómitos, diarreas, sed, dolor de cabeza, falta de coordinación, lentitud de reflejos, visión doble y pérdida de equilibrio, cuando se llega a la intoxicación etílica puede producir la depresión respiratoria, el coma o coma etílico y en ocasiones la muerte.

A largo plazo y con consumo crónico llegan la encefalopatía o degeneración y atrofia cerebral, anemias, alteraciones cardíacas, hepatitis y cirrosis del hígado, gastritis y úlceras, inflamación y degeneración del páncreas, síndrome fetal alcohólico, además de conflictos familiares con celos, peleas y malos tratos, conflictos laborales, con problemas de relación, accidentes y ausentismos y conflictos sociales con alteración del orden, conductas delictivas y manejo y conducción peligrosas.

Los efectos que provoca el alcohol cuando las ingestiones son recurrentes y con grandes cantidades y en frecuencias excesivas las podemos dividir en las siguientes áreas:

Alteraciones psíquicas y psicológicas.

- Insomnio
- Angustia
- Amnesia
- Delirium Tremens
- Alucinación
- Depresión
- Intentos de suicidio
- Disminución de la Autoestima
- Síndrome de Abstinencia
- Demencia.

⁶⁰ González, E (2005). Una aproximación al Alcoholismo en la Argentina. En E, González “*Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral*”. (pp 51-58). Buenos Aires. Editorial Gabas.

Alteraciones sociales.

- Conflictos con la pareja.
- Ausentismo laboral
- Divorcio
- Despido
- Deudas económicas
- Cesantía
- Conflictos legales.

Alteraciones fisiológicas.

- Nauseas
- Vómitos
- Sudoración excesiva
- Desnutrición
- Dilatación de los capilares de la piel
- Gastritis
- Cirrosis Hepática
- Parálisis cardiacas
- Síndrome fetal alcohólico.

3.4 EFECTOS DEL ALCOHOL EN LA FISIOLOGÍA HUMANA.

Ramón Estruch⁶¹ señala que el alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren.

El paradigma de las lesiones orgánicas producidas por el consumo crónico de etanol es la cirrosis hepática. Aunque esta enfermedad puede ser debida a

⁶¹ Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones. Vol 14*, 45-62.

otras causas como una infección por los virus de las hepatitis B y C. No obstante, las lesiones hepáticas por alcohol suelen iniciarse en forma de esteatosis hepática, para progresar posteriormente a una hepatitis alcohólica, una cirrosis hepática e incluso un carcinoma primitivo de hígado.

De todos modos, las enfermedades producidas por el consumo crónico de alcohol afectan a casi todos los tejidos y sistemas de organismo. No deben, pues, olvidarse sus efectos sobre:

- el sistema cardiovascular (miocardiopatía alcohólica),
 - páncreas (pancreatitis aguda y crónica),
 - Sistema nervioso central (atrofia cerebral y cerebelosa, encefalopatías)
 - nervios periféricos (polineuropatía alcohólica),
 - sistema músculo-esquelético (osteoporosis, miopatía alcohólica)
 - sobre el feto (síndrome alcohólico fetal),
 - las enfermedades psicoorgánicas (amnesia lacunar, demencia alcohólica),
 - los trastornos psicóticos (alucinosis, celotipia alcohólica) u otras
- enfermedades psiquiátricas como ansiedad y depresión, a que puede dar lugar.

El desarrollo de estas enfermedades depende en gran medida de la cantidad de alcohol consumido por los pacientes (dosis total acumulada de alcohol durante toda la vida del sujeto), aunque también influye una cierta predisposición personal (vulnerabilidad genética) y/o del concurso de determinadas circunstancias ambientales como malnutrición o infecciones concomitantes, como, por ejemplo, los virus de las hepatitis B y C.

Sin embargo, consumido de forma esporádica, los efectos del etanol sobre la fisiología humana son rápidamente reversibles. Asimismo, consumido a dosis moderadas, aunque sea de forma mantenida, tampoco parecen causar ninguna enfermedad, e incluso se ha sugerido que su consumo a dosis moderadas podría tener efectos beneficiosos sobre la salud. De hecho, estudios realizados durante la última década en países de prácticamente todos los continentes han sugerido que consumo de cantidades bajas y moderadas de alcohol reduce la mortalidad global, pero muy especialmente la mortalidad por causa cardiovascular.

3.5 UNA APROXIMACIÓN AL ALCOHOLISMO EN ARGENTINA

Gonzalez, E⁶² describe que en la Argentina es la droga de mayor costo social, y gran porcentaje de las muertes y lesiones que ocurren en la vía pública están relacionadas a la ingesta del alcohol. Además de muchas otras consecuencias como pérdida de empleo, pérdida de hogares.

Nuestro país tiene más de 1.265.000 alcohólicos mayores de 16 años, pero lo sintomático del futuro nada provisorio es que tiene más de 800.000 menores de entre 12 y 15 años que ya consumen alcohol regularmente. Y estos datos ya son historia...

Hoy en día, en la República Argentina, el consumo de alcohol ha cruzado todas las barreras críticas posibles, y es como droga (legal), desgraciadamente, la más disponible, muy económica y la de mayor influencia sociocultural.

Del mismo modo la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) de Agosto de 2007,

⁶² González, E (2005). Una aproximación al Alcoholismo en la Argentina. En E, González *“Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral”*. (pp 51-58). Buenos Aires. Editorial Gabas.

obtiene los siguientes datos en relación al alcoholismo en la República Argentina.⁶³

Patrón de uso e intensidad del consumo de alcohol.

- La bebida de mayor consumo en el país es la cerveza, el 72% de la población consumió cerveza en los últimos 30 días, seguida por el vino, con el 59.4% y por último las bebidas fuertes, con el 18.3%. Esta categoría contiene además del whisky, vodka, tequila y otras bebidas blancas o de alta graduación alcohólica, los tragos y mezclas entre éstas y gaseosas o jugos o cualquier bebida alcohólica que no corresponda a la categoría vino o cerveza. Tanto varones como mujeres tienen similares porcentajes de consumo por tipo de bebida consumida en el último mes. El consumo de bebidas por grupos de edad encuentra patrones distintos, mientras el consumo de cerveza decrece según aumenta la edad de la población, a la inversa se observa con el consumo de vino. Respecto del consumo de bebidas fuertes, el consumo también decrece a medida que aumenta la edad de la población, pero en porcentajes menores. Se estabiliza alrededor del 13% a partir de los 35 años.

- El consumo de bebidas alcohólicas en el país ocurre en mayor medida durante los fines de semana, y más aún si se consume cerveza. El consumo en eventos sociales ocurre en el 20% de quienes toman cerveza y vino y casi en un 40% de quienes consumen bebidas fuertes. Y el consumo diario es mayor entre los que toman vino, un cuarto de ellos consume a diario, y en el 7.4% de los que toman bebidas fuertes y el 6.5% de los que toman cerveza.

⁶³ Agrelo, A. (2009). *La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta*. Tesis para obtener el título de Magíster en Drogodependencia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina.

- El 12.8% de las personas que tomaron alcohol en el último mes, más de un millón de personas entre 12 a 65 años, tienen indicadores de consumo problemático, es decir, que tienen una modalidad de ingesta de alcohol que directa o indirectamente ha provocado consecuencias negativas para él o para terceros, ya sea en el ámbito laboral, familiar o social. Este porcentaje es mayor entre los varones que entre las mujeres, y alcanza a más del 18% entre los jóvenes.

3.6 UNA PERSONA ALCOHOL – DEPENDIENTE

Para ser considerado como este tipo de bebedor se pueden tomar en cuenta los siguientes criterios diagnósticos que están contenidos en el DSM IV.

La persona debe cumplir con uno o más criterios durante un periodo de 12 meses:

- Abuso recurrente de alcohol, al nivel de que la persona deja de cumplir con las obligaciones del trabajo, escuela o casa.
- Consumo recurrente del alcohol en situaciones en que hacerlo es peligroso como por ejemplo conducir un automóvil.
- Reiteración de problemas legales y jurídicos relacionados con el alcohol.
- No deja de consumir alcohol, pese a presentar problemas sociales continuos y recurrentes causados o potenciados por los efectos del alcohol.
- Aparición de tolerancia hacia el alcohol, por lo que necesita recurrir a más cantidades para lograr los mismos efectos, expresado de otra forma; cada vez más que toma la dosis le hace menos efectos.
- Aparición del síndrome de abstinencia, que es un cambio de comportamiento en que se altera la concentración y se generan

alteraciones físicas como producto de la disminución de alcohol en las sangre. Al tomar alcohol, los síntomas desagradables desaparecen.

- Toma alcohol con frecuencia y en cantidades mayores.
- Tiene un constante deseo de dejar y/o realiza esfuerzos infructuosos por interrumpir o controlar su consumo de alcohol.
- Emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol y/o en la recuperación de los efectos del alcohol.
- Deja de participar en actividades sociales o recreativas, por el alcohol.⁶⁴

3.7 MODELO DE INTERVENCIÓN

Antoni Gual⁶⁵ investigó los antiguos modelos de intervención, con una fuerte carga moralizadora, enfatizándose la necesidad de un abordaje bio-psico-social. El tratamiento de la dependencia alcohólica comporta la organización de una estrategia terapéutica individualizada para cada paciente, que combine los tratamientos farmacológicos y psicológicos más apropiados para cada caso, en función de sus características personales y socio-familiares. Se propone un modelo de intervención motivacional, donde el terapeuta más que dirigir, acompaña al paciente en su proceso personal de cambio. Se propugna que la confrontación interna provocada por la intervención motivacional es más eficaz y genera menos resistencias que las tradicionales intervenciones conductuales que promueven la confrontación externa con la negación, de la cual se derivan las conductas de negación y minimización de los alcohólicos.

El abordaje terapéutico de los pacientes afectos del síndrome de dependencia alcohólica se halla sin duda fuertemente influenciado todavía por

⁶⁴ González, E (2005). Una aproximación al Alcoholismo en la Argentina. En E, González “*Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral*”. (pp 51-58). Buenos Aires. Editorial Gabas.

⁶⁵ Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones. Vol 14*, 405-409.

las concepciones moralistas que ya en el siglo XIX etiquetaban la dependencia alcohólica como una tara moral. Dado que al alcohólico se le veía más como a un vicioso que como a un enfermo, es lógico que las primeras intervenciones ‘terapéuticas’ procediesen del campo de la beneficencia y no de la ciencia. De hecho, aún hoy en día la concepción moralista de la enfermedad alcohólica se halla profundamente arraigada en amplios sectores sociales, y sigue constituyendo un serio obstáculo para la identificación y tratamiento precoz de los afectados.

Desde las iniciales concepciones morales hasta la actualidad se han desarrollado distintos modelos de intervención, que comportan otros tantos modelos ideológicos en los que se sustentan. Ya en 1982 Sieglar estableció una primera clasificación de los modelos de intervención existentes para el tratamiento del alcoholismo (Tabla). A grandes rasgos, Sieglar señala cómo en el transcurso de los años se ha experimentado una evolución desde los antiguos modelos morales, hasta los modernos modelos médicos.

Modelos de intervención. Clasificación de Sieglar

Modelo	Etiología propuesta para el alcoholismo
Modelo ‘defectual’	Hay gente que es así, por causas desconocidas
Modelo moral ‘seco’	El alcoholismo es un fallo moral, no una enfermedad. Es la pena natural para el bebedor.
Modelo moral ‘húmedo’	Los alcohólicos son bebedores que no obedecen las normas sociales. El alcoholismo es una forma de beber inaceptable. Es un misterio porque algunas personas se alcoholizan.
Modelo ‘Alcohólicos Anónimos’	Los alcohólicos padecen problemas emocionales. Beben para compensarlos y su organismo se convierte en adicto al alcohol, creando un círculo vicioso de más problemas y más consumo.

Modelo psicoanalítico	La llave del alcoholismo está en las experiencias emocionales infantiles.
Modelo de interacción	El alcoholismo es una forma de interacción familiar en la que un familiar miembro es designado 'alcohólico' mientras el resto de familiares asumen roles complementarios
Modelo médico 'viejo'	El alcoholismo es una enfermedad progresiva y grave, producida por una conducta viciosa.
Modelo médico 'nuevo'	Los alcohólicos son enfermos. Probablemente existen factores metabólicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

En España se ha desarrollado en los últimos años un modelo de intervención al que se denomina como 'bio-psicosocial', y que se corresponde bastante con el que Siegler etiquetó como 'nuevo modelo médico'.⁶⁶

En líneas generales se acepta que el modelo bio-psico-social se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Trabajo en equipo multidisciplinario, que incluye médico, psicólogo, enfermero y trabajador social.
- La dependencia alcohólica se define como enfermedad crónica con tendencia a la recidiva.
- La dependencia alcohólica no sólo comporta problemas físicos, sino que tiene importantes repercusiones en el ámbito psíquico individual, así como en el ámbito familiar y socio-laboral.

⁶⁶ Op.cit

- El abordaje terapéutico debe tomar en consideración no sólo al individuo sino también la familia y su entorno sociolaboral más inmediato.

- La rehabilitación es un proceso de reaprendizaje lento, en el que el retorno ocasional a las conductas anteriores (desde consumos ocasionales hasta recaídas francas) no es excepcional y debe entenderse como parte integrante del proceso de recuperación.

- El proceso terapéutico lo realiza el paciente. Al terapeuta le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento, donde su misión principal consiste en ayudar al afectado a hacer un buen uso de sus propias capacidades en el proceso de rehabilitación. La utilización de técnicas motivacionales, que provocan la confrontación interna, es mucho más útil en este sentido que el recurso a la confrontación, habitualmente utilizado en los antiguos modelos conductuales.

Desde esta perspectiva, se supera el modelo convencional del 'café para todos' procedente de los grupos de autoayuda (todos los alcohólicos son iguales y deben tratarse de la misma forma: disulfiram y terapia de grupo), para pasar a la organización de unas estrategias terapéuticas individualizadas, que incorporan los objetivos que el propio paciente se traza, que toman en consideración no sólo los factores individuales, sino también los familiares y socio-laborales, y que se diseñan con objetivos marcados a corto, medio y largo plazo.

Así, a corto plazo los objetivos prioritarios deben centrarse en la interrupción de las conductas auto-destructivas y la disminución de los riesgos asociados por un lado, al tiempo que se intenta establecer una relación de colaboración con el paciente que permita ganarse su confianza y, en definitiva, convertirle en protagonista de su propio cambio.

En cambio, a medio plazo se buscará la progresiva adquisición de consciencia de enfermedad, la remisión estable de la patología orgánica, psíquica y sociofamiliar existentes, así como el fortalecimiento de la

autoeficacia y de la motivación para el cambio. Finalmente, los objetivos a largo plazo deben incluir la consolidación de la consciencia de enfermedad y motivación para el cambio por un lado, mientras que por el otro se debe facilitar la progresiva separación del equipo terapéutico mediante la potenciación del uso los propios recursos del paciente y el establecimiento consensuado de un plan de intervención rápida en caso de recaída.

Aunque clásicamente se ha distinguido siempre entre desintoxicación, deshabituación y rehabilitación, en la actualidad se tiende a asimilar los conceptos deshabituación y rehabilitación, puesto que se complementan y suelen superponerse en el tiempo.

La desintoxicación la definimos como el 'conjunto de medidas terapéuticas que tienen por objetivo facilitar la interrupción controlada del consumo de alcohol, previniendo la aparición del síndrome de abstinencia'. Suele ser la puerta de entrada al tratamiento para la mayoría de pacientes. Aunque menos del 10% de alcohólicos presentan un síndrome de abstinencia severo, es habitual la utilización de pautas farmacológicas de prevención del síndrome de abstinencia al inicio del tratamiento. Si bien años atrás la norma era realizar la desintoxicación en medio hospitalario, en la actualidad la mayor parte se desarrollan de forma domiciliaria.

Por regla general, incluso en pacientes que deseen realizar un tratamiento no orientado la abstinencia será aconsejable proponer un periodo inicial de no consumo, con lo cual a veces incluso programas de consumo controlado deberán empezar con un periodo inicial sin consumos etílicos.

Por deshabituación se suele entender el conjunto de intervenciones que se realizan a lo largo de un dilatado período de tiempo, en el que se intenta ayudar al paciente en sus procesos personales de cambio. Las teorías de Prochaska y DiClemente, así como por la escuela motivacional de Miller y Rollnick, son las responsables de que en el último decenio se haya provocado una revolución en los modelos de abordaje terapéutico utilizados en el curso de la deshabituación. Así, se ha pasado de planteamientos confrontativos y

autoritarios, a planteamientos más sutiles donde se busca estimular y potenciar los procesos individuales de cambio. Para ello, se utilizan las técnicas motivacionales que, teniendo en cuenta el estadio del cambio en que el paciente se encuentra, procuran generar una confrontación interna que le ayude a posicionarse frente a su problema adictivo de la forma más saludable posible.

Los profesionales han pasado de pensar que el paciente debía ser convencido de inmediato para que cambiase radicalmente su vida, a entender que ese cambio radical de hábitos sólo se consolida con tiempo y, a menudo, con más de alguna recaída.

Desde esta perspectiva, el terapeuta deja de ser el que 'dirige' al paciente, para convertirse en un 'privilegiado acompañante' que a lo largo del camino intenta que su paciente se pierda las menos veces posibles hasta llegar a buen puerto. Para ello, el terapeuta dispone también de un número respetable de instrumentos terapéuticos.⁶⁷

⁶⁷ Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones. Vol 14*, 405-409.

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Profundizar el estudio del alcoholismo desde los recursos de la Terapia Narrativa.
- Analizar documentos y autobiografía, como herramientas clínicas, en un caso por dependencia de alcohol.

Se pretende entender como el discurso narrativo es en el fondo un patrón que une a los individuos dentro de si y entre si, ofreciendo así la posibilidad de que el paciente alcohólico se conozca cada vez más a si mismo, involucrándose cada vez más con los otros. El consumo y la dependencia de alcohol incrementan el riesgo para problemas sociales, de trabajo, familiares, físicos, legales y con violencia.

Sería importante brindar dentro de la psicoterapia de tratamiento de adicciones, un análisis narrativo con el fin de que el paciente alcohólico pueda poner en palabras su historia, sus emociones, sus pérdidas, para poder reconstruir desde otro lugar todo lo que sea necesario e importante para su tratamiento y vida personal.

4.2 METODO

4.2.1 Tipo de investigación

La investigación será **Cualitativa**, el que posee fases que no tienen un principio y un final claramente delimitados, sino que se superponen y se mezclan unas con otras. Los datos cualitativos encierran un contenido informativo, soporta una información acerca de la realidad interna o externa a los sujetos estudiados. Se trabajará con un estudio de caso, el cual es un

estudio descriptivo no estructurado que se refiere a una única unidad muestral.⁶⁸

Se utilizará un tipo de estudio de **descriptivo**, el cual consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.⁶⁹

4.2.2 Diseño de la investigación

El diseño de investigación es el **Diseño Narrativo** en el cual el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en si mismo y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas. El diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma clara de intervención, ya que el contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes.⁷⁰

⁶⁸ Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Los enfoques cuantitativos y cualitativos en la investigación científica. En R Hernández Sampieri , C. Collado y L. Baptista. “*Metodología de la Investigación*”. (pp 3-40). México. Ed Mc Graw Hill.

⁶⁹ Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R Hernández Sampieri, C. Collado y L. Baptista. “*Metodología de la Investigación*”. (pp 99-120). México. Ed Mc Graw Hill.

⁷⁰ Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Diseños del proceso de investigación cualitativa. En R Hernández Sampieri, C. Collado y L. Baptista. “*Metodología de la investigación*”. (pp 685-720). México. Ed Mc Graw Hill.

4.2.3 Descripción del participante

Se tomará un caso de alcoholismo que haya hecho tratamiento en la Cooperativa de Trabajo Ltda “Cable a Tierra”. Al cual se lo llamará Alfredo ya que por ética y moral no ha de ser revelado ningún dato identificatorio.

El sujeto es de **sexo masculino**, tenía **45 años** cuando inicia el tratamiento en la institución en el periodo de marzo hasta noviembre del 2008, pasando durante estos ocho meses por los periodos de admisión, internación y reinserción.

Su estado civil es **casado, cuatro hijos** y en ese momento se encontraba **desocupado**.

Manifestaba que su motivo de consulta era **la presión de su familia**, particularmente de parte de su esposa, para que él realizará tratamiento, o en caso contrario ella se divorciaría.

En las entrevistas de admisión refiere que la edad de inicio de consumo de alcohol fue cuando tenía 25 años, **alcoholismo crónico**, y menciona que también consume tabaco.

Expresa que en su casa se ha perdido el respeto hacia él, debido al excesivo consumo de alcohol.

En la admisión poseía incapacidad para abstenerse y detenerse, un descontrol impulsivo.

4.2.4 Técnicas de trabajo

Los instrumentos con los que se ha trabajado son documentos personales que se refieren a relatos del individuo sobre toda su vida o parte de ella, o a reflexiones sobre un acontecimiento o tema específico.⁷¹

Se ha analizado una autobiografía, además de la obtención de datos provenientes de documentos y registros, tales como dos poesías, una carta y un cuento.

Tales elementos fueron producidos por el sujeto de estudio, se encuentran en su “lenguaje” y usualmente son importantes para ellos y así mismo son fuentes ricas en datos. Ya que se obtienen datos profundos sobre cómo ven los individuos los acontecimientos de sus vidas y a si mismos.⁷²

4.2.5 Procedimiento

Realizando las prácticas profesionales en la Cooperativa de Trabajo “Cable a Tierra” co-coordinando con la psicóloga Social el grupo de adulto, conozco al residente que amablemente me muestra sus primeros escritos personales, los cuales me parecieron muy interesantes a parte de bellos. Por lo tanto los documentos que se analizan desde la perspectiva narrativa se obtienen a partir del contacto que se tiene con el paciente y de la empatía que se formó entre ambos.

⁷¹ Taylor, S & Borgan, R. (1996) Descubriendo métodos. En S, Taylor & R, Borgan. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. (pp 135 -149). Barcelona: Paidós.

⁷²Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Diseños del proceso de investigación cualitativa. En R Hernández Sampieri, C. Collado y L. Baptista. *“Metodología de la investigación”*. (pp 685-720). México. Ed Mc Graw Hill.

Se realizará una descripción y análisis de este caso para reflejar, cómo influyen en el proceso terapéutico las percepciones personales de la problemática, a través de lo que surja de las narraciones e historias realizada por el sujeto.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

“la realidad artística es el medio de expresión de un alma”
Emmanuel Lévinas

Capítulo 5: ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS

Antes de comenzar con el análisis, se aclara que el proceso se co-construye con el terapeuta y cliente. De modo que todo el análisis es una posible forma de haber actuado con el sujeto, ya que el residente se fue de alta y no se pudo hacer una nueva comunicación con el mismo.

Los documentos terapéuticos escritos por el terapeuta o por la persona se convierten en expresiones y recordatorios del progreso, los descubrimientos y las nuevas perspectivas. Pueden celebrar y afianzar el cambio o el éxito y ayudar a la persona a escapar del “conocimiento experto” de otros.

Los documentos terapéuticos deben ser producto como se dijo anteriormente de la co-creación entre terapeuta y paciente. Teniendo en cuenta que la escritura es particularmente terapéutica.

Lo interesante de este caso es que el sujeto durante la internación realiza estos documentos por decisión propia, sin ninguna indicación profesional.

Estos documentos personales se han analizado, por un lado, describiendo cómo se encontraba el sujeto en el momento que realiza la escritura de estos documentos, qué hechos importantes había ocurrido en la internación que pudiera tener relación con la tópicos que elige, y además sumado a esto su proceso personal en el tratamiento y los datos que manifiesta en la autobiografía.

Desde la perspectiva narrativa se toma el proceso de *externalización* del problema, como uno de los conceptos más importante en este enfoque, proponiendo preguntas según la orientación narrativa. Y por otro lado se realiza el análisis de los escritos según los indicadores que plantea Carlos Sluzki (1992), y los posibles objetivos terapéuticos con los que hubiera trabajado en el caso en función de las poesías, la carta y el cuento.

DOCUMENTOS REALIZADOS POR EL SUJETO DURANTE SU INTERNACIÓN

El primer escrito que realiza es una poesía a la cual la llamó “*Solo un abrazo*” en su primer mes de internación. En ese momento el residente se encontraba muy movilizado en recuperar a sus hijos, manifestaba sentirse triste porque nadie de su familia lo había llamado.

Invito a leer esta conmovedora poesía y luego el análisis que se pudo hacer de la misma.

5.1 SOLO UN ABRAZO

¿Qué hubiera pasado si de chico, mis padres y mis hermanos me hubieran abrazado?

¿Qué sería de mi si pudiera recordar cuando alguno de ellos me hubiese estrechado entre sus brazos?

¿Estaría hoy dónde estoy?

¿Por qué maté al ángel que sí me estrechó entre sus brazos con amor verdadero?

¿Por qué me entregué a los abrazos del falso amor a sabiendas?

¿El hecho de no haber sido abrazado de cuando chico, conlleva a destruir?

¿Y Dios?

¿Habrá estado siempre conmigo?

¿Cómo fue que no advertí?

¿Por qué este juego perverso de amor y desamor?

¿Se puede haber amado sin aprender a ser amado?

¿Se puede amar sin saber amarse uno?

¿Cómo se aprende? ¡No lo sé!

De aquí en adelante abrazaré a mis hijos, cuanto me sea posible, quizás eso me redima por haber matado un ángel.

Solo con un abrazo.

Se puede ver como el sujeto se pregunta y se replantea hechos de su vida, la posibilidad que se da al poder preguntarse sobre sus relaciones, sentimientos y acciones. No podemos olvidar que estos escritos lo hace por si solo, sin ninguna indicación profesional. Su posibilidad de reflexión es muy valiosa, lo que abre un panorama de trabajo cargado de numerosos simbolismos.

Dentro de lo que sería el **proceso de externalización** se podría haber trabajado externalizando los recuerdos de la infancia, la relación con sus padres, hermanos, o bien la falta de cariño que sintió él en su infancia. (Capítulo 1 pp 35- 38)

También se podría haber sugerido, para nombrar lo externalizado, diversas posibilidades por ejemplo ayudando al sujeto con las siguientes preguntas: *¿cómo llamarías tú a esa especie de falta de cariño?... ¿el no abrazo?... ¿el abrazo deseado?* No podemos dejar de lado que esto se co-construye con el paciente.

Luego de haberlo podido nombrar, se necesita que se cree una distancia entre el sujeto y lo externalizado. Se podría haber utilizado expresiones personificadoras, como: *“el abrazo deseado está tratando de fastidiarte en este momento”,* o *“parece que ese abrazo deseado sabe como causarte daño”.*

Potencialmente se hubiera trabajado sobre las conductas del sujeto que mantiene al problema, *posibilitando un cambio* es esa percepción de falta de cariño, y en su conductas futuras como padre y especialmente como ser humano.

Para hacer un análisis más rico de esta poesía, se tomarán **los indicadores** que plantea **Carlos Sluzki (1992)**.

- El *personaje* de esta poesía es él mismo. Se puede ver que sus recuerdos de falta de cariño han invadido sus pensamientos en ese

momento. También el replanteo de su actuar y de su rol frente a sus relaciones más profundas.

Podría haberse preguntado:

¿Cómo afecta la falta de cariño la actitud de usted hacia así mismo?

¿Cómo consigue este recuerdo perturbarlo en este momento del tratamiento?

- El *tiempo* es fluctuante ya que hay posibilidad de pregunta, se observa claramente los tiempos de pasado, presente y futuro en esta poesía. También se ve una clara posición de cambio frente a sus acciones, actitudes y sentimientos.

¿Este recuerdo hace que se preguntes tu accionar en el presente?

¿Posibilita un cambio de actitud frente a tus hijos?

¿Podrías decirme que en un futuro serás más cariñoso con tus hijos, que reconstruirás la relación con ellos?

- El *espacio* donde transcurre esta poesía es en un contexto que afecta al personaje y es afectado por este. Esto puede verse cuando se menciona la dificultad para expresar los afectos de si mismo y hacia a él en un pasado.

También si se quiere se puede inferir que el contexto de internación haya influido en la creación de la poesía, porque durante el primer mes, los residentes están aislados de todo tipo de contacto físico, telefónico de sus familias e amigos.

¿En este momento de tratamiento, el mes de aislamiento, puede haberte hecho recordar sobre tus padres?

¿El fallecimiento de tu madre te hace replantearte cosas de tu vida personal?

- La *causalidad* que se puede observar en el relato es que los hechos son causa y efecto de otros. Por ende se podría interpretar que el no haber sido abrazado o querido es causa y consecuencia de sus acciones en el presente. Al que finalmente responde con una posibilidad de cambio.

¿Este “abrazo deseado” crees que influye en tu accionar en el pasado? y en este momento?

Y me pregunto ¿el “hecho de no haber sido abrazado de cuando niño, conlleva a destruir” y destruirte?

¿Todo esto, crees que te determina en tu vida?

¿Qué cambiarías la causa o la consecuencia?

- En las *interacciones* se puede observar que el sujeto posiblemente está conflictuado en relación al afecto, al amor de su infancia; y cómo éstas han influido en sus relaciones en el presente. Por lo tanto se adquiere una dinámica de roles y relaciones en función de esto.

¿Cómo afecta “el abrazo deseado” en su relación con los demás?

¿En qué medida esta nueva visión de si mismo re-afectará su relación con sus hijos e esposa?

¿Cómo cree que explorar nuevas posibilidades afectará la apreciación de usted mismo como persona?

- En cuanto a los *valores* que pueden observarse en el relato, hay valores morales, representado por Dios, valores afectivos; amor, agrado, afecto y desamor.

¿Qué otra cosa advirtió usted que pudiera decirle algo más sobre este nuevo replanteo?

¿Qué efectos tendrá en su interacción con su familia el hecho de haber podido preguntarse en relación al amor o desamor?

- El *modo de contar* que el sujeto lleva a cabo en la redacción de esta poesía, es un modo de agente activo, haciéndose responsable de sus actos y consecuencias, además planteándose preguntas del presente y pasado.

¿Qué posibilidades cree usted que tiene ahora que pudo reevaluar la relación con sus familiares?

¿Cuál sería su primer próximo paso si usted aceptará plenamente esta nueva conducta?

El objetivo terapéutico con el que se hubiese trabajado en su primer mes de internación según lo que surgió en el sujeto en ese momento, hubiera sido **los vínculos familiares**, de su infancia como los actuales. Posibilitando un cambio en la reconstrucción con sus vínculos y un nuevo rol como padre y esposo. Ya que cuando llega a la institución manifiesta el desgaste de sus relaciones con sus hijos y esposa.

El poder trabajar con algo de su historia personal facilita comprender y conocer creencias, acciones o pensamientos en relación con el consumo de alcohol.

Antes de comenzar su segundo mes de internación, escribe “A partir de hoy”. En este momento manifestaba estar molesto por diferentes cuestiones de la convivencia y refiere que “no se puede perdonar nada”. Se puede inferir que estaba realizando un profundo análisis personal en relación a la adicción y que se proponía salir airoso del tratamiento.

5.2 A PARTIR DE HOY

El éxito depende únicamente de mí.

A partir de hoy, no sólo me haré la promesa diaria de no tomar alcohol, será también, solo por hoy analizaré y pensaré detenidamente cada decisión que voy a tomar.

¿De qué me sirve pensar en lo que no tuve?

¿Por qué no pensar mejor en lo que tengo? Y primero soy yo, tengo vida, puedo razonar, puedo sentir y amar profundamente.

Las malas decisiones tendrán un precio que pagar, lo que no implica un fracaso, tal vez una demora.

Las buenas me llevarán al éxito y eso depende únicamente de mí, de nadie más, y la suerte, se las dejo a los demás.

Por mi éxito, las personas que amo gozarán y disfrutarán los logros que consiga.

¿Hay algo más importante que la felicidad de los seres amados?

¡No lo creo!

Sé que puedo, siempre pude, pero estaba ciego, no veía, eso me llevo a culparme y me castigaba hasta el flagelo a través del vino, haciendo sufrir a mi mujer e hijos, que veían como me moría poco a poco.

A partir de hoy, voy a ser egoísta, quiero cambiar yo, para que por añadidura, sean felices las personas que amo.

A partir de hoy, todos los días voy a escribir un nuevo párrafo de mi destino, que será, seguramente, ser feliz.

Este relato va mostrando como el residente se proyectaba en su tratamiento, se hacía cargo de sus conductas y como realmente estaba decidido en querer salir de la adicción, cambiando así el motivo de consulta que traía en las primeras entrevistas. (Ya no lo hacía por los demás, sino que ahora lo hacía por él.) Se puede observar sus ansiadas ganas de ser feliz y que sus personas más cercanas sean felices también, de cambiar y de tomar decisiones más pensadas y mejores, para que obtener resultados exitosos.

Dentro del **proceso de externalización** se podría haber trabajado externalizando el alcohol, las malas decisiones, el sufrir. Aunque hubiera sugerido trabajar en este momento el problema que tiene con el alcohol, ya que anteriormente no había surgido nada en relación a esto. Considerando también que se encontraba en el segundo mes de tratamiento. (Capítulo 1 pp 35- 38). Para la co- construcción del nombre de lo externalizado hubiera sugerido “el alcohol malicioso”, “el alcohol enemigo”, “el suspicaz alcohol”, entre otras, hubiera realmente sido interesante escuchar su propia definición.

Luego, crear distancia entre el sujeto y lo externalizado, hubiera sido muy viable, ya que de hecho él lo hacía por medio de sus escritos. Al que terapéuticamente hubiéramos ayudado a realmente confiar en esta distancia y no confundirse en ella.

Concretamente se hubiera seguido su misma línea de pensamiento, revisando los efectos negativos que “el alcohol enemigo” tiene sobre su vida y relaciones. Sumado a esto la utilización del lenguaje de oposición. Posibles preguntas:

Si tuvieras que recordar además de lo que decís en esta poesía ¿Qué otro daño te ha causado el alcohol enemigo?

¿Puede usted recordar una ocasión en la que pudo caer en el problema pero no cayó en él?

¿Identifica algún incidente durante el cual usted se sentía más fuerte y preparado, para no caer en el alcohol enemigo?

Estas preguntas le hubieran hecho pensar en lo negativo de los efectos del alcohol, pero también en sus recursos y capacidades que le permitieron no quedar atrapado en el problema.

Luego se hubiera trabajado sobre las cosas que resultan eficaces para enfrentarse el problema.

Ahora se analizará este relato desde los indicadores como ya se dijo, correspondiente a **C. Sluzki** y además proponiendo posibles preguntas desde la perspectiva narrativa.

- El *personaje* de este relato es él mismo. Se puede observar que se propone cambiar su forma de actuar, que ahora analizará más sus pensamientos y sentimientos a la hora de su accionar. También se ve un rol más activo y menos impulsivo, que reconoce sus recursos, potencialidades y consecuencias de la problemática.

¿Cómo logró usted dar este paso de analizar su forma de actuar?

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que debía tomar decisiones más pensadas y con menos riesgos?

¿Cuáles además de estas cosas, cambiaría de usted mismo?

- El *tiempo* es fluctuante se observa principalmente el tiempo presente, algo del pasado y una buena proyección hacia el futuro. También se ve una clara posición de cambio frente a sus acciones, pensamientos y sentimientos. Hay un reconocimiento de si mismo muy importante para el tratamiento y su desarrollo personal.

Posicionándose en un futuro ¿Cómo ve usted las mejorías que puede obtener?

¿Lo ve cómo avances que satisfacen las esperanzas y aspiraciones de su vida?

- El *espacio* donde transcurre este relato es carente de contexto, aunque se muestra en el presente y es probable que el contexto de internación este influido en este relato y viceversa.

¿En qué situación podrías decir que vas a “analizar antes que actuar”?

¿En relación a qué menciona que las buenas decisiones dependen únicamente de usted?

- La *causalidad* que se puede observar en el relato es que los hechos son causa y efecto de otros. Por ende se podría interpretar que el no reconocerse a si mismo, el pensar y actuar impulsivamente, ni conocer sus potencialidades sea la causa de tomar alcohol, y que por consecuencia genere sufrimiento en si mismo culpándose y castigándose. Además del sufrimiento hacia los demás, o sea su familia.

¿En qué medida saber esto sobre usted influye en la manera en que se percibe a si mismo?

¿Cómo consigue el alcohol enemigo hacerte sufrir y hacer sufrir a los demás?

- En las *interacciones* se puede observar que el sujeto se relaciona con los demás como culposo, castigándose, por sus malas decisiones y haciendo sufrir a los otros, sumado a esto el consumo de alcohol. Finalmente se propone cambiar este rol y por ende sus interacciones. Esto posibilitaría situar al “alcohol” como fuera de él y generando efectos verdaderamente nocivos sobre su persona y relaciones sociales. Le otorga control y responsabilidad para “luchar” contra el problema y no identificarse con él.

¿Cómo puede el alcohol enemigo dominar su propia voluntad?

¿De qué manera conocer esto sobre si mismo influye para que dé el próximo paso y se proponga pequeños cambios, pero reales?

- En cuanto a los *valores* que pueden observarse en el relato, hay valores morales, representado por la felicidad, valores afectivos; amor, afecto y también el valor social del éxito. Además de la representación del valor físico como la salud.

¿Qué haría usted para lograr ese éxito además de lo puesto en la poesía?

¿Cómo serían los pasos a seguir?

- El *modo de contar* que el sujeto lleva a cabo en la redacción de esta narración, es un modo de agente activo, haciéndose responsable de sus actos y consecuencias. Se propone cambiar a nivel de pensamiento, de conducta, a nivel personal. Además refiere que si él cambia, serán felices los otros.

¿Qué efectos tendrán esos cambios que se propone en su interacción familiar?

¿Se siente responsable del sufrimiento de su familia por el problema que usted tiene con el alcohol?

En esta poesía se podría haber trabajado muchos aspectos como: la buena predisposición en su tratamiento, el cambio que manifestó en su motivo de consulta, algo que resulta muy importante para su permanencia futura en la institución.

Además el análisis que el sujeto iba realizando en sus aspectos personales, sobre todo de sus conductas e pensamientos. El cual posibilita un cambio en la conducta y en la percepción de cosas y de los demás. Pudiéndose hacerse responsable, sin culpabilizarse, y dándose la posibilidad de perdonarse, que no podía en ese momento.

Y por último se hubiera trabajado las causas y consecuencias del consumo de alcohol re-conociendo, re-construyendo, re-confirmando sus recursos, capacidades e potencialidades para enfrentarse al problema.

En su segundo mes de internación escribe una carta, reveladora podría decirse, como si la soledad le escribiera a él, llamándola “*Carta de la Soledad*”. En este mes evoluciona favorablemente, mejora algo de su relación familiar con sus hijos particularmente. En sus entrevistas psicológicas refiere que “extraña mucho”.

5.3 CARTA DE LA SOLEDAD

Mi querido....:

Pensar que te conozco desde que eras chico, pero esta es la primera vez que se me ocurre escribirte.

¿Qué loco no? ¿Te acordás de cuentos recuerdos tenemos juntos?

¡Nunca me voy a olvidar de tu cara el día que en la comisaría te decían que no verías más a tu papá!

¡Jamás me divertí tanto en mi vida!

¿Y cuando alguien te pegaba y vos ibas a buscar a tu hermano mayor para que te defendiera? Cuando te decía: ¡hacete hombre! Vos tenías como seis años. ¡Espectacular!

Después con el paso del tiempo, me encariñé tanto con vos, que ya no te pude dejar.

Reconozco que hay veces que soy media guacha y te deje creer que te había abandonado, pero no, te quiero demasiado como para dejarte.

La obra maestra, de la cual me siento orgullosa, fue toda la obra de teatro que monté a partir de que te casaste, hasta creíste que te iba a dejar ser feliz.

Te monté toda una escenografía para que te creyeras que habías podido dejarme, dejé que creyeras que te habías podido superar; y mi mayor logro de todos fue hacerte creer que eras omnipotente.

Te regalé todas las cosas que te quité en tu adolescencia, y te los condimenté con dinero y poder.

Tenés que reconocerme que la pasaste bastante bien, siempre galante y caballero con las damas, bien vestido, teatros, ballet, placer y hasta algunos boludos te decían Doctor o Contador.

Después te quité todo, y empezamos a estar juntos nuevamente, porque, como te darás cuenta, jamás te abandoné.

Estuve a tu lado acompañándote hasta cuando estabas con tu mujer y tus hijos.

Y debes reconocerme que fui la única que estuvo a tu lado el día que tu madre murió, fui yo.

Ahora te pones en pícaro y tratas de dejarme de lado, de quitarme de tu vida y eso es muy desagradecido de tu parte.

Seguí adelante, pone todo lo que tenés que poner para que te den el alta.

¡Pero te advierto una cosa! Yo soy la única que te voy a estar esperando siempre, aunque me evites.

Si lo haces bien, no volveremos a estar junto nunca más, hasta que mi prima, La Parca, nos una nuevamente.

Lucha por lo que más querés y a lo mejor, esta vez me podes ganar.

Te quiero mucho y posiblemente, después de tanto tiempo te extrañe.

Tu soledad

El sujeto en esta narración puede separarse de la soledad, como sentimiento, de una manera increíble, expresando así el sentirse siempre solo, en todo momento, durante toda la vida. Manifiesta haber sido y ser infeliz, sentirse abandonado. Hay en el relato expresiones de negatividad e ironismo, aunque al final proyecta que quizás él le puede ganar a su soledad.

El **proceso de externalización** ya lo había iniciado el residente cuando decide exteriorizar el sentimiento de la soledad escribiéndose una carta. Si se le hubiese preguntado *¿qué cosas de su situación actual es más revelante para usted?* Seguramente hubiera mencionado el sentirse solo, o sea la soledad, como decidió llamarla. (Capítulo 1 pp 35- 38).

Algunos de los recursos que se le hubiese propuesto para crear más espacio del que el sujeto ya había creado entre lo externalizado, hubiera sido el lenguaje de oposición para que el residente se propusiera luchar con más fuerzas contra ese sentimiento y aumentara su responsabilidad frente a esto.

Ya que si en la persona no está el problema, pero mantiene cierta relación con él, esa relación puede cambiar. Se podría haber sugerido “la batalla contra la soledad”, “la guerra contra la soledad”, “la persecución de la soledad”, “el abandono de la soledad”.

De esta manera se hubiera discutido con el sujeto algunas de estas preguntas:

¿Qué armas son más eficaces para combatir la soledad?

¿Cuál sería para usted un buen momento para presentar batalla?

¿Qué aliados podría recurrir para enfrentar esta batalla?

¿Cuáles fueron las soluciones intentadas que resultaron ineficaces para combatir a la soledad?

Una vez identificadas se puede asumir el control sobre el problema externalizado: la batalla de la soledad.

Según **los indicadores** que se vienen utilizando se puede observar que:

- El *personaje* de este relato es él mismo, ya que la carta está dirigida hacia él, además de la personificación de la soledad, entendiendo por ésta el sentimiento de estar solo, que es la que le escribe a él. La externalización está muy clara en esta narración. Los roles de los personajes son; por un lado la soledad: irónica, invasiva, seductora, persuasiva, desea recordarle por todo lo que ha pasado, mostrarle una realidad dolorosa. Y por el otro lado el sujeto se muestra atento a lo que se dice, reconociendo actitudes de él mismo, con un modo de aceptación, resignación y proponiéndose cambiar su destino.

Se podría haber preguntado:

¿Realmente piensa usted que la soledad no lo pudo dejar?

¿Puede recordar una ocasión en la que usted le ganó a la soledad?

Considerando las cosas retrospectivamente ¿cómo ve usted el éxito que obtuvo la soledad en su vida?

- El *tiempo* es fluctuante se observa principalmente el tiempo pasado, algo del presente y muy poco del futuro. Manifiesta en el relato hechos del pasado tristes de mucha soledad, refiere que la soledad siempre le va a dar batalla, y que depende de él la posibilidad de cambiar esta relación con el problema.

¿Cuándo se dio cuenta de que la soledad había estado invadiendo su vida?

¿De qué manera darse cuenta de esto influye para que dé el próximo paso y se proponga ganarle a la soledad?

- El *espacio* donde transcurre este relato es un contexto, donde se encuentran los vínculos familiares de su presente como también de su pasado. Del mismo modo se puede percibir como el contexto afecta y es afectado por los eventos, históricamente y en el presente.

¿Qué sucesos en su pasado ocurrieron que pudiera tener relación con esto? Ud. podrá entender que cuando uno cuenta historias puede darles cada vez un significado diferente...al hablar hoy de estos hechos pasados en su vida puede entenderlos de otro modo.

¿Qué puede decirme sobre su historia para ayudarme a comprender cómo la soledad le ganó esta vez?

¿Cómo se proyecta y con qué elementos hoy usted podría ganarle a la soledad?

- La *causalidad* que se puede observar en el relato es que los hechos son causa y efecto de otros. Por ende se podría interpretar que el sentimiento de estar solo fue la causa y la consecuencia de haber sido infeliz, o tal vez de que la adicción lo haya invadido, atacado.

¿Que le parece oírse decir que usted tiene autoridad sobre si mismo?

¿Cuáles son las posibilidades que podrían impulsar a usted en una nueva dirección?

- En las *interacciones* el sujeto se relaciona con los demás, según este relato, con características omnipotentes, que cuando se enfrentan con la realidad, se puede observar una importante dependencia ya sea con los demás o con la sustancia adictiva.

¿Qué le dice sobre lo que usted desea en este momento descubrir que la soledad perturbó su vida?

¿Qué cambiaría en usted si le pudiera ganar a la soledad?

De las personas que lo han conocido ¿Quién se sorprendería menos de que usted hubiera sido capaz de dar ese paso desafiando a la soledad?

- En cuanto a los *valores* que pueden observarse en el relato, hay un valor afectivo; el sentimiento de soledad y el placer, también menciona reiteradas veces valores económicos como; bienes, riquezas, dinero, ballet, teatros, confort y además hay valores sociales como el poder, la fama.

¿Qué cosas cambiaría en su vida cotidiana si le ganara la batalla a la soledad?

¿Y en qué medida puede modificar su vida la confirmación del triunfo de la batalla, en la opinión que usted tiene de si mismo?

- El *modo de contar* que el sujeto lleva a cabo en la redacción de esta narración, es un modo de agente activo, donde va mostrando sus incapacidades, sus miserias, su falta de vínculos sanos, el sentirse solo en todo momento y principalmente el propósito de luchar contra la soledad.

¿Qué cree que me dice esto acerca de lo que usted deseó y aspiró en su vida?

¿Qué puede decirme sobre su historia para ayudarme a comprender y a creer que usted está dispuesto a lograr dar un paso importante en su vida?

De hecho se hubiera trabajado con el sentimiento de sentirse solo e infeliz. Para poder posibilitar un cambio en ese pensamiento, se recurre a que recuerde sus personas más significativas, sus habilidades, competencias, valores, y cómo vive la vida cotidiana. Re-valorando e re-construyendo lo anteriormente dicho, hubiese podido ganarle a la soledad, proponiéndose proyectos, deseos y propósitos en el presente para también influir en su futuro.

Lo que resulta importante y sorprendente es como el sujeto externalizando este sentimiento, puede asumir control sobre su problema, llámese soledad o alcoholismo, posibilitando armar una contra trama en su relato de la vida.

Finalmente decide escribir un cuento titulado *“Mi amigo Juan”*. En esta época el residente se encontraba en su sexto mes de tratamiento. Algunos de los hechos significativos hasta este momento fueron: había podido ver a sus hijas quienes lo visitaron a la institución, se hallaba planificando su reinserción, en el mes anterior había viajado a su provincia, estaba pendiente de la decisión de su mujer o ex mujer, ya que en todo este tiempo no supo nada de ella. Su estado de ánimo no era el mejor, se observaba desgano, sin saber qué hacer, con muchas inquietudes que lo movilizaban todo el tiempo.

Manifiesta que este cuento, era para que los operadores terapéuticos lo leyeran:

Cuentos para pensar

5.4 Mi amigo Juan

Esta es la historia de mi amigo, Juan.

En realidad lo conocí durante muy poco tiempo, durante una internación.

Tipo jodido el Juan, muy duro, cascarrabias, de mirada fuerte, del tipo de personas que se hicieron solas.

Pelearle a la vida deja sus huellas, piel reseca, arrugas, pelo blanco, y esa expresión de persona enojada o que esta siempre a la defensiva.

Pero cuando Juan decía que era tu amigo, lo demostraba en cada acto, en cada gesto.

Una vez me pasó que no tenía un mango y recurrí a Juan, quién con calma sacó el único billete que tenía y me dijo:

Compartamos la miseria, mitad para vos y mitad para mí.

Ese era Juan. Un tipazo, que había aprendido a hacerse de una coraza, a demostrarle a los demás que nada lo afectaba, que era un duro, que se aguantaba cualquiera cosa, hasta la indiferencia de sus hermanos o la falta de que alguien le demostrase un poco de cariño.

Pero, yo que lo conocí, se que en realidad era un tierno, una persona romántica, un bohemio como dicen en el rioba.

En realidad no sé como vinimos a conocernos aquí, en una comunidad terapéutica para el tratamiento de las adicciones.

Yo creo, y es mi opinión personal, que su coraza le empezó a quedar chica y se empezó a ahogar, le empezó a apretar, y no lo pudo soportar.

Empezó a tomar alcohol, como decía el:

¡Me tomaba hasta la molestia!

Eso lo arruinó.

El estaba casado y tenía hijos, vivía en las afueras de Bs. As., en un pueblito chico.

Vivía bien el Juan, tenía un buen trabajo, al menos eso creo. Era muy reservado en ese sentido.

Si puedo asegurar, que era un tipo que sabía que el podía. No le importaba no tener estudios, eso para el era solo un papel que te acreditaba de que vos sabías de algo, en teoría, pero el lo sabía en la práctica.

¡Era lindo verlo reaccionar cuando le decían que no iba a poder!

¡Se ponía como loco! ¡Y hasta que no lo lograba no paraba!

¡El sabía que podía! Siempre le peleó a la vida, cara a cara y le ganó.

¡Más de una vez recibió la cuenta de protección! Es lógico. Alguna vez apoyó la rodilla en el suelo, pero no se cayó.

¡Y siempre se volvió a levantar!

¡Ese era mi amigo Juan!

Un tipo que jamás se rindió. El siempre me decía:

Buscate un objetivo, siempre grande, por ejemplo, apuntale a la luna, que lo peor que te puede pasar es que le pegues a una estrella.

Le gustaban esas frases, y tenía razón, después continuaba:

Una vez que tengas el objetivo, aprende el método o el trabajo que tenés que hacer para conseguirlo y empezá, no importa el tiempo que te lleve, no te tiene que molestar dormir poco o dejar de disfrutar de algunas cosas, porque ese es el camino a tú objetivo, a tu felicidad...

Yo creo que era un tipo libre, pero en todo el sentido que esa palabra significa. La libertad que da el saber que tu vida te pertenece y haces de ella lo que vos querés, porque sabes que vos podés.

¡Que tipo este Juan! Cuando te hablaba se apasionaba tanto que se ponía colorado.

Vos no podés depender de la bolsa de comercio, o del valor del dólar, que te importa el índice de desocupación que tenga el Ispa, vos dependes únicamente de vos. Si no hay trabajo, hace fideos en tu casa y véndelos o hace lo que tengas que hacer, pero no dependas de nadie. Se libre. Que el hambre que pases, o no, dependa únicamente de vos y de nadie más. Eso es la libertad.

¡Y gesticulaba que parecía que en cualquier momento le daba un infarto!

Se fue de alta el Juan, como es de imaginar, pudo superar su adicción. ¿Cómo podía ser de otra manera? Pero a todos los que compartimos con el nos dejó una partecita de su ser...

¡Ha! ¡Me olvidaba! Juan murió...

Se dice que volvió a su pueblito, que disfrutó de sus hijos durante unos días, que luego de despedirse de todos, se fue.

Encontraron su cadáver en el lecho arenoso de un río seco. Según la autopsia fue muerte natural.

Yo que realmente lo conocí, no lo creo. Para mi volvió a hacer uso de su libertad...

Este relato es sorprendente, conmovedor e interesante. Se puede observar descripciones personales que el sujeto tiene de si mismo, como la solidaridad, la fortaleza para enfrentar los obstáculos de la vida, una proyección al futuro que realmente impresiona, una vivencia de su historia que atrapa.

Si se hubiese podido recorrer juntos el **proceso de externalización** hubiera sido extraordinario y terapéutico, porque a mi entender en este cuento se ve a sí mismo con sus características buenas y malas, exteriorizándolas en un personaje, que no deja de ser el mismo. (Capítulo 1 pp 35- 38)

Desde la perspectiva narrativa el problema "sale" de la persona pero no se proyecta en ninguna otra.

Al decidir que exteriorizar se cree que hubiese preguntado por la rentabilidad terapéutica como: *¿qué parece más prometedor como línea de*

trabajo? Y realmente se piensa que hubiera sido importante trabajar con el sentido que el residente tenía de la libertad, como “tu vida te pertenece y haces de ella lo que vos querés, porque sabes que vos podés” como describe en el cuento.

Al nombrar lo externalizado hubiese sido pertinente preguntar ¿Cómo llamaría usted a esa especie de libertad de la que habla? O bien a ese tipo Juan?. Hubiera sido muy acertado trabajar en la redefinición de esta “libertad” nombrándola como una especie de “descontrol” o “impulsividad”; pudiendo diferenciar del verdadero sentido de sentirse libre en buenos términos.

También cabe preguntar:

¿Cree usted que la libertad le ganaría a la decisión... o bien... a la autoridad que Juan tiene en su vida?

¿Qué advirtió usted en su vida hasta ahora que pudiera darle por lo menos algún indicio de que está era para usted una posibilidad?

¿Qué acciones realizaría usted si estuviera más plenamente convencido de que la libertad puede entraparlo en un callejón sin salida?

¿Cómo haría usted para ayudarlo a Juan a cambiar su decisión?

¿Qué cosas cree que le haría bien a Juan?

Se estaría trabajando sus propios deseos, sus acciones y recursos para plantearse una posibilidad de cambio frente a su proyección, con recursos de indirección.

Según los indicadores que se vienen utilizando se puede observar que:

- El *personaje* de este relato es él mismo, aunque lo personifica y le pone nombre (Juan). Su forma de actuar es siempre en busca de algo, a la defensiva y con una coraza, como dice el cuento, para demostrarle a los demás que nada le afectaba. Se puede observar un rol fuerte de una

persona que siempre se levanta ante una caída, que espera algo y que tuvo que luchar persistentemente en la vida.

¿Realmente cree usted que Juan se dejaría perder por esa libertad mal usada?

¿Con qué recursos cuenta Juan para volver a ganarle a la vida?

- El *tiempo* es fluctuante se observa principalmente el tiempo presente, algo del pasado y una proyección fuerte del futuro. Manifiesta en el relato que siempre tuvo que luchar a las adversidades, que se mantuvo con fuerza, que salió bien de las dificultades del camino.

¿Qué cosas serán en este momento a las que Juan no le puede dar batalla?

¿Cuándo cree usted que Juan podría ganarle a su libertad?

- El *espacio* donde transcurre este relato es en un contexto de internación de una Comunidad Terapéutica para la rehabilitación de adicciones. En donde los personajes se conocen sus características personales y sus historias.

¿Qué características buenas y malas de Juan tiene usted?

¿Qué hubiera hecho usted en lugar de Juan?

- La *causalidad* que se puede observar en el relato es que los hechos son causa y efecto de otros. Por ende se podría interpretar que el consumir alcohol es la causa y la consecuencia de terminar en una institución para el tratamiento de la adicción, estar sin fuerzas para luchar, y el estar solo.

¿Considera que la libertad lo dejó entrar en esta institución para resolver el problema con el alcohol?

¿Y esto fue una oportunidad buena o mala que le dio la libertad?

¿Usted en lugar de Juan se dejaría desalentar por la libertad?

- En las *interacciones* el sujeto se relaciona con los demás, según este relato, con características omnipotentes, que siempre pudo con todo, que se supo levantar. Además muestra características de solidaridad y de enseñanzas con los otros.

¿Cómo cree que reaccionarían los familiares de Juan ante la noticia que la libertad le ganó de mano?

Saber esto sobre Juan, ¿Qué efectos tiene en su relación con él?

- En cuanto a los *valores* que pueden observarse en el relato, hay valores morales: como la solidaridad, valores económicos: representado por la miseria, el dinero, valores afectivos y también se hace mención a valores intelectuales como: la sabiduría. Asimismo en el relato hay un valor físico como la salud.

¿Qué nuevas posibilidades tendría Juan si no le hiciera caso a libertad que esta tratando de fastidiarlo?

¿Qué pasaría con Juan si la libertad se diera por vencida?

¿Cuáles crees que serían sus próximos pasos?

- El *modo de contar* que el sujeto lleva a cabo en la redacción de este cuento, es un modo de agente activo, que lo que se propone lo hace, lo hizo, y lo hará, según sus convicciones y pensamientos.

Sabiendo lo que ahora sé sobre usted, ¿Qué posibilidades cree que yo podría prever para usted inmediatamente?

¿Cómo exploraría nuevas posibilidades ayudando a Juan a cambiar la decisión?

Al igual que la anterior en este cuento también se hubiera trabajado con los deseos, recursos, proyectos planteados en el afuera para poder realizar su reinserción social, las conductas futuras, el factor tiempo, la libertad, la descripciones personales que hace sobre si mismo. Además de los factores protectores y de riesgos con el consumo de alcohol, y principalmente la proyección al futuro que manifiesta al final en el cuento.

CONCLUSIONES

*"Nadie educa a nadie, como tampoco nadie se educa solo;
los hombres se educan en comunión mediatizado por el mundo"*
Paulo freire

Capítulo VI: CONCLUSIONES

La experiencia de esta investigación significó en mi persona un verdadero aprendizaje. Un aprendizaje en el que fue posible articular teoría y práctica, incorporar conocimientos de otras perspectivas como la Terapia Narrativa en relación al tratamiento de las adicciones; en este trabajo particularmente con un caso por dependencia de alcohol.

Cuando comencé a trabajar con la temática de las adicciones, comprendí lo apasionante de este trabajo, que hay mucho por hacer, y que es significativo el número de personas en las cuales este problema invade su vida. Por eso la importancia de la responsabilidad como ciudadanos de comprender la problemática adictiva.

El investigar sobre la perspectiva narrativa no fue de fácil acceso, ya que es un paradigma relativamente nuevo. Sin embargo esta desventaja se puede convertir en una ventaja y producir múltiples interrogantes, abriendo diversos caminos a investigar, apuntando hacia la búsqueda de mejores estrategias de intervención y, de esta manera, colaborar cada vez más efectivamente con quienes solicitan ayuda para superar una adicción.

Los objetivos del trabajo se han cumplido ya que se logró profundizar el estudio del alcoholismo desde los recursos de la Terapia Narrativa y se realizó el análisis de documentos personales: dos poesías, una carta y un cuento, como herramientas clínicas, en un caso por dependencia de alcohol.

La principal contribución en esta investigación fue brindar dentro de la psicoterapia de tratamiento de adicciones, un análisis narrativo con el fin de que la persona con problema de drogodependencia pueda poner en palabras su historia, sus emociones, sus pérdidas, para poder reconstruir desde otro lugar todo lo necesario e importante para el tratamiento y vida personal. Además al poder separarse del problema, luchar contra él y responsabilizarse de sus conductas.

Este proceso apunta principalmente al reconocimiento de sus recursos, habilidades, competencias de si mismo, las cuales pueden ser reconstruidas en el relato, posibilitando el cambio en creencias, ideas, entre otras cosas, que favorecen al mantenimiento del problema.

Como hemos tratado de mostrar a lo largo de este trabajo, las personas somos seres interpretativos que buscamos darle un significado a nuestras experiencias cotidianas. El objetivo de la terapia narrativa es asistir a la persona en la construcción y enriquecimiento del relato que ha empezado a escribir con su vida, lo que es y lo que puede convertirse.

La posible forma de intervención en el presente caso de alcoholismo, desde el análisis narrativo, sugiere la importancia de que el sujeto se centre en sus recursos y redes sociales para poder ganarle a la adicción. Promoviendo así el cambio en la relación con el problema. Ya que White menciona que “si la persona no es el problema, pero mantiene una cierta relación con el, esa relación puede cambiar...”.

Ciertamente con frecuencia, las primeras historias están llenas de frustraciones, desesperación y dolor, con poco o ningún asomo de esperanza. White las llama “descripciones saturadas del problema”. En el caso trabajado lo podemos ver en su primer escrito llamado “Solo un abrazo”, en el que se pregunta y se replantea hechos de su vida, de sus vínculos familiares, de sus recuerdos de su infancia, de sus sentimientos y acciones entre otras cosas.

Posteriormente escribe “A partir de hoy” en donde el sujeto se permite la posibilidad de poder armar la contra trama o bien la historia sin problema ya que se proponía salir airoso del tratamiento. Este profundo análisis personal en relación a la adicción, a sus aspectos personales, sobre todo de sus conductas e pensamientos, le permitía re-conocer, re-construir, re-confirmar sus recursos, capacidades e potencialidades para enfrentarse al problema.

Desde este análisis, en la narración se pone un nombre específico al problema; como se menciona anteriormente, al bautizar el problema permite a

la persona sentir que controla su problema y posibilita vivirlo como externo a sí mismo. La “Carta de la soledad” y el cuento “Mi amigo Juan” son muestra de cómo el sujeto externalizó, en la primera el sentimiento de soledad y en el segundo sus características personales. Evidentemente el problema “tiene efectos sobre” la vida de la persona en lugar de “ser parte” de él. Esto puede verse en todas las producciones, como el problema ha afectado sus vínculos, su cotidianidad, y cómo estos van delineando la vida.

Es mi deseo que esta investigación sea útil a otros ámbitos de formación de profesionales, a fin de no olvidar la importancia de brindar los conocimientos aprendidos, de mantenerse en una postura abierta a aprender de todo y todos, sin embargo debemos como futuros profesionales mantener una mirada crítica y sin prejuicios que sin dudas, entorpecen la acción profesional.

Me gustaría terminar esta tesina con un escrito de Ortega y Gasset (1964, citado en O’Hanlon, 2001, 32)⁷³ en el cual dice esto:

“La vida es cambio; se está en cada nuevo instante siendo algo distinto del que se era, por tanto, sin ser nunca definitivamente sí mismo. Sólo la muerte, al impedir un nuevo cambio, cambia al hombre en el definitivo e inmutable sí mismo, hace de él para siempre una figura inmóvil; es decir, lo libera del cambio y lo eterniza”.

⁷³ O’Hanlon, B. (2001). La terapia narrativa y la tercera olea de la psicoterapia. En B, O’Hanlon *Desarrollar posibilidades*. [versión electrónica] .Barcelona: Paidós.

BIBLIOGRAFIA

Capítulo VII: BIBLIOGRAFÍA

- Agrelo, A. (1992). *Drogadependencia*. Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.
- Agrelo, A. (2009). *La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta*. Tesis para obtener el título de Magíster en Drogadependencia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina.
- Argentina, Viaje de Vuelta. Comunidad Terapéutica. (1998). *El perfil psicológico del adicto*. Tomhé, M: autor.
- Argentina. Cable a Tierra. (2008). *Alcoholismo*. Calderón, D: Autor.
- Beck, A. Wright, F. Newman, C y Liese, B. (1999). Perspectiva general del abuso de sustancias. En A, Beck. F, Wright. C, Newman y B, Liese. *Terapia cognitiva de las drogadependencias* (pp19-45). España: Paidós.
- Berg, I & Millar, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Editorial Gedisa
- Cappa, H (2007). *Conducta adictivas y habilidades Cognitivas*". Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.
- Del Popolo, L. (2003) "*Adicciones: una lectura interaccional*". Tesis para optar el título de la Maestría Sistémica. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.
- Díaz, C. (2006). "*La Entrevista Motivacional. Una forma de utilizar la motivación para el cambio en pacientes adictos*". Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.
- DSM IV. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Equipo Interdisciplinario de Cable a Tierra (2001) "*Manual para operadores terapéuticos en adicciones*". Mendoza: Canto Rodado.
- Estruch, R . (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*. Vol 14, 45-62.

- Fernández Moya, J y colaboradores (2005) *"En busca de resultados"*. Mendoza: Editorial de Universidad del Aconcagua.
- Freeman, J. Epston, D y Lobovits, D. (2001) Reducir la trama y ampliar la contratrama. En J, Freeman. D, Epston y D, Lobovits. *Terapia Narrativa para niños*. (pp 143- 164). España: Paidós.
- Goncalves, O. (2002). Los fundamentos de una psicoterapia narrativa. En O, Goncalves *Psicoterapia Cognitiva Narrativa*. (pp 37-43). España: Desclée de Brouwer.
- González, E (2005). Una aproximación a la definición de drogadicción. En E, González. *"Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral"*. (pp 15-17). Buenos Aires. Editorial Gabas.
- González, E (2005). Una aproximación al Alcoholismo en la Argentina. En E, González *"Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral"*. (pp 51-58). Buenos Aires. Editorial Gabas.
- González,E (2005). Las adicciones como enfermedad. En E, González *"Guía preventiva de alcohol y drogas en el ámbito Laboral"*. (pp 63-68). Buenos Aires. Editorial Gabas.
- Gumilla, D. (2009). *Particularidades del Relato Depresivo: un aporte de la Terapia Narrativa*. Tesis para optar el título de la Licenciatura de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. Argentina.
- Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R Hernández Sampieri, C. Collado y L. Baptista. *"Metodología de la Investigación"*. (pp 99-120). México. Ed Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Diseños del proceso de investigación cualitativa. En R Hernández Sampieri, C. Collado y L. Baptista. *"Metodología de la investigación"*. (pp 685-720). México. Ed Mc Graw Hill.
- Hernández Sampieri, R. Collado, C y Baptista, L. (2006). Los enfoques cuantitativos y cualitativos en la investigación científica. En R Hernández Sampieri , C. Collado y L. Baptista. *"Metodología de la Investigación"*. (pp 3-40). México. Ed Mc Graw Hill.
- Linares, J. (1996). La intervención Terapéutica. En J, Linares *"Identidad y Narrativa"*. (pp 153 -159). España: Paidós.

- Mosso, L & Penjerek , M (2008). El adolescente frente a las adicciones. En L, Mosso & M, Penjerek . *Adolescencia y salud*. (pp 85-102). Buenos Aires: Maipue.
- O'Hanlon, B. (2001). La terapia narrativa y la tercera olea de la psicoterapia. En B, O'Hanlon *Desarrollar posibilidades*. [versión electrónica] .Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002) "*Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*". España: Paidós
- Rodríguez Morejón, A. & Beyebach, M. (1994). La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias. [on line] En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA. Obtenido el 13 de Noviembre de 2008 en [http: // Campusvirtual.uma.es/sistémico](http://Campusvirtual.uma.es/sistémico)
- Taylor, S & Bogdan, R. (1996) Descubriendo métodos. En S, Taylor & R, Bogdan. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. (pp 135 -149). Barcelona: Paidós.
- While, M. & Epston, D. (1993) "*Medios narrativos para fines terapéuticos*". Barcelona: Paidós
- White, M. (1994) *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. España: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida Entrevistas y Ensayos*. España: Gedisa.

APENDÍCE

Capítulo VIII: APENDÍCE

SOLO UN ABRAZO

¿Qué hubiera pasado si de chico, mis padres y mis hermanos me hubieran abrazado?

¿Qué sería de mi si pudiera recordar cuando alguno de ellos me hubiese estrechado entre sus brazos?

¿Estaría hoy dónde estoy?

¿Por qué maté al ángel que sí me estrechó entre sus brazos con amor verdadero?

¿Por qué me entregué a los abrazos del falso amor a sabiendas?

¿El hecho de no haber sido abrazado de cuando chico, conlleva a destruir?

¿Y Dios?

¿Habrá estado siempre conmigo?

¿Cómo fue que no advertí?

¿Por qué este juego perverso de amor y desamor?

¿Se puede haber amado sin aprender a ser amado?

¿Se puede amar sin saber amarse uno?

¿Cómo se aprende? ¡No lo sé!

De aquí en adelante abrazaré a mis hijos, cuanto me sea posible, quizás eso me redima por haber matado un ángel.

Solo con un abrazo.

17/05/2008

A PARTIR DE HOY

El éxito depende únicamente de mí.

A partir de hoy, no sólo me haré la promesa diaria de no tomar alcohol, será también, solo por hoy analizaré y pensaré detenidamente cada decisión que voy a tomar.

¿De qué me sirve pensar en lo que no tuve?

¿Por qué no pensar mejor en lo que tengo? Y primero soy yo, tengo vida, puedo razonar, puedo sentir y amar profundamente.

Las malas decisiones tendrán un precio que pagar, lo que no implica un fracaso, tal vez una demora.

Las buenas me llevarán al éxito y eso depende únicamente de mí, de nadie más, y la suerte, se las dejo a los demás.

Por mi éxito, las personas que amo gozarán y disfrutarán los logros que consiga.

¿Hay algo más importante que la felicidad de los seres amados?

¡No lo creo!

Sé que puedo, siempre pude, pero estaba ciego, no veía, eso me llevo a culparme y me castigaba hasta el flagelo a través del vino, haciendo sufrir a mi mujer e hijos, que veían como me moría poco a poco.

A partir de hoy, voy a ser egoísta, quiero cambiar yo, para que por añadidura, sean felices las personas que amo.

A partir de hoy, todos los días voy a escribir un nuevo párrafo de mi destino, que será, seguramente, ser feliz.

29/05/2008

CARTA DE LA SOLEDAD

Mi querido:

Pensar que te conozco desde que eras chico, pero esta es la primera vez que se me ocurre escribirte.

¿Qué loco no? ¿Te acordás de cuentos recuerdos tenemos juntos?

¡Nunca me voy a olvidar de tu cara el día que en la comisaría te decían que no verías más a tu papá!

¡Jamás me divertí tanto en mi vida!

¿Y cuando alguien te pegaba y vos ibas a buscar a tu hermano mayor para que te defendiera? Cuando te decía: ¡hacete hombre! Vos tenías como seis años. ¡Espectacular!

Después con el paso del tiempo, me encariñé tanto con vos, que ya no te pude dejar.

Reconozco que hay veces que soy media guacha y te deje creer que te había abandonado, pero no, te quiero demasiado como para dejarte.

La obra maestra, de la cual me siento orgullosa, fue toda la obra de teatro que monté a partir de que te casaste, hasta creíste que te iba a dejar ser feliz.

Te monté toda una escenografía para que te creyeras que habías podido dejarme, dejé que creyeras que te habías podido superar; y mi mayor logro de todos fue hacerte creer que eras omnipotente.

Te regalé todas las cosas que te quité en tu adolescencia, y te los condimenté con dinero y poder.

Tenés que reconocerme que la pasaste bastante bien, siempre galante y caballero con las damas, bien vestido, teatros, ballet, placer y hasta algunos boludos te decían Doctor o Contador.

Después te quité todo, y empezamos a estar juntos nuevamente, porque, como te darás cuenta, jamás te abandoné.

Estuve a tu lado acompañándote hasta cuando estabas con tu mujer y tus hijos.

Y debes reconocerme que fui la única que estuvo a tu lado el día que tu madre murió, fui yo.

Ahora te pones en pícaro y tratas de dejarme de lado, de quitarme de tu vida y eso es muy desagradecido de tu parte.

Seguí adelante, pone todo lo que tenés que poner para que te den el alta.

¡Pero te advierto una cosa! Yo soy la única que te voy a estar esperando siempre, aunque me evites.

Si lo haces bien, no volveremos a estar junto nunca más, hasta que mi prima, La Parca, nos una nuevamente.

Lucha por lo que más querés y a lo mejor, esta vez me podes ganar.

Te quiero mucho y posiblemente, después de tanto tiempo te extrañe.

Tu soledad

12/06/2008

MI AMIGO JUAN

Esta es la historia de mi amigo, Juan.

En realidad lo conocí durante muy poco tiempo, durante una internación.

Tipo jodido el Juan, muy duro, cascarrabias, de mirada fuerte, del tipo de personas que se hicieron solas.

Pelearle a la vida deja sus huellas, piel reseca, arrugas, pelo blanco, y esa expresión de persona enojada o que esta siempre a la defensiva.

Pero cuando Juan decía que era tu amigo, lo demostraba en cada acto, en cada gesto.

Una vez me pasó que no tenía un mango y recurrí a Juan, quién con calma sacó el único billete que tenía y me dijo:

Compartamos la miseria, mitad para vos y mitad para mí.

Ese era Juan. Un tipazo, que había aprendido a hacerse de una coraza, a demostrarle a los demás que nada lo afectaba, que era un duro, que se aguantaba cualquiera cosa, hasta la indiferencia de sus hermanos o la falta de que alguien le demostrase un poco de cariño.

Pero, yo que lo conocí, se que en realidad era un tierno, una persona romántica, un bohemio como dicen en el rioba.

En realidad no sé como vinimos a conocernos aquí, en una comunidad terapéutica para el tratamiento de las adicciones.

Yo creo, y es mi opinión personal, que su coraza le empezó a quedar chica y se empezó a ahogar, le empezó a apretar, y no lo pudo soportar.

Empezó a tomar alcohol, como decía el:

¡Me tomaba hasta la molestia!

Eso lo arruinó.

El estaba casado y tenía hijos, vivía en las afueras de Bs. As., en un pueblito chico.

Vivía bien el Juan, tenía un buen trabajo, al menos eso creo. Era muy reservado en ese sentido.

Si puedo asegurar, que era un tipo que sabía que el podía. No le importaba no tener estudios, eso para el era solo un papel que te acreditaba de que vos sabías de algo, en teoría, pero el lo sabía en la práctica.

¡Era lindo verlo reaccionar cuando le decían que no iba a poder!

¡Se ponía como loco! ¡Y hasta que no lo lograba no paraba!

¡El sabía que podía! Siempre le peleo a la vida, cara a cara y le ganó.

¡Más de una vez recibió la cuenta de protección! Es lógico. Alguna vez apoyó la rodilla en el suelo, pero no se cayó.

¡Y siempre se volvió a levantar!

¡Ese era mi amigo Juan!

Un tipo que jamás se rindió. El siempre me decía:

Buscate un objetivo, siempre grande, por ejemplo, apuntale a la luna, que lo peor que te puede pasar es que le pegues a una estrella.

Le gustaban esas frases, y tenía razón, después continuaba:

Una vez que tengas el objetivo, aprende el método o el trabajo que tenés que hacer para conseguirlo y empezá, no importa el tiempo que te lleve, no te tiene que molestar dormir poco o dejar de disfrutar de algunas cosas, porque ese es el camino a tú objetivo, a tu felicidad...

Yo creo que era un tipo libre, pero en todo el sentido que esa palabra significa. La libertad que da el saber que tu vida te pertenece y haces de ella lo que vos querés, porque sabes que vos podés.

¡Que tipo este Juan! Cuando te hablaba se apasionaba tanto que se ponía colorado.

Vos no podés depender de la bolsa de comercio, o del valor del dólar, que te importa el índice de desocupación que tenga el Ispa, vos dependes únicamente de vos. Si no hay trabajo, hace fideos en tu casa y véndelos o hace lo que tengas que hacer, pero no dependas de nadie. Se libre. Que el hambre que pases, o no, dependa únicamente de vos y de nadie más. Eso es la libertad.

¡Y gesticulaba que parecía que en cualquier momento le daba un infarto!

Se fue de alta el Juan, como es de imaginar, pudo superar su adicción. ¿Cómo podía ser de otra manera? Pero a todos los que compartimos con el nos dejó una partecita de su ser...

¡Ha! ¡Me olvidaba! Juan murió...

Se dice que volvió a su pueblito, que disfrutó de sus hijos durante unos días, que luego de despedirse de todos, se fue.

Encontraron su cadáver en el lecho arenoso de un río seco. Según la autopsia fue muerte natural. Yo que realmente lo conocí, no lo creo. Para mí volvió a hacer uso de su libertad...

CIERRE DE UNA OBRA DE TEATRO ESCRITO POR EL SUJETO DE ESTUDIO

Estimado Público:

Ya ha llegado el momento tan esperado por todos ustedes, el final...

Sinceramente todos los que hoy hemos participado, tanto desde el escenario, como los que trabajaron detrás de bambalinas, y todas aquellas personas que nos ayudaron, tuvimos como único propósito, transmitir un mensaje, demostrarles lo dañino de la adicción, que no respeta clase social, edad, credos, ni razas.

Pero existe algo que ninguno de ustedes, nuestros amores, padres, madres, hijos, parientes, amigos, pueden tomar conciencia real del esfuerzo que realizamos cada uno de nosotros, cada día que pasa en la comunidad.

Como dice el viejo dicho popular "que cada casa es un mundo", cada uno de nosotros es un mundo, cada mundo con sus particularidades, lo que formamos un grupo de mundos diferentes que tienen que convivir las 24 hs. del día, con roces inevitables entre ellos, siempre superables, cada uno con su lucha personal y a su vez ayudando a otros mundos a superar todos los escollos mentales que nos llevó a estar juntos.

Cada uno de nosotros sufriendo la lucha diaria con su adicción, con la abstinencia, con el pasado que nos tortura, con nuestro presente doloroso, con un futuro incierto, con la soledad...

Con esos otros mundos que son mis compañeros, a los que debemos apoyar, ayudar a razonar, a no flaquear, a no bajar los brazos, a hacerles entender y convencernos a nosotros mismos, de que se puede...

Es ahí donde entra el equipo terapéutico, que con toda su experiencia nos dan las herramientas para que en el futuro no caigamos en las mismas trampas que tiende la adicción misma.

Pero, ni siquiera ellos, con toda su sapienza en este tipo de problemática social, saben que pasa por cada uno de nosotros, a la noche, cuando nos acostamos y las luces se apagan...

Es ahí donde comienza el tratamiento, cuando extrañamos el beso de las buenas noches, cuando mamá nos viene a arropar en la cama y nos besa, o las caricias de nuestros hijos, o esa piernita en la espalda cuando mi bebé me abrazaba...

Es ahí cuando comenzamos a abrazar las fotos de nuestros amores, o besamos la pared donde están pegadas las fotos de nuestras madres, esposas, hijos...

Es exactamente ahí cuando pesa la soledad, y no existe otro mundo que me acompañe, soy yo solo con mi realidad, mis culpas, mis preguntas de “ si yo hubiese dicho o si yo hubiese hecho...”, preguntas que ya son tarde para responder...

Ahí es donde comienza la lucha interna, donde ponemos en uso las herramientas que diariamente, aunque no lo notemos a simple vista, nos entregan los operadores y profesionales, para que transformamos todas esas ideas negativas en acciones concretas y positivas, que nos van a permitir, volver o no, a nuestros hogares siendo personas diferentes, triunfadores sobre una adicción que jamás nos va a dejar, pero que podemos superar.

Esta es una experiencia que ninguno de ustedes comprenderá jamás, salvo aquellos que ya pasaron por este infierno.

Sabemos que desde otro lugar están aprendiendo a ayudarnos, a comprender la problemática de esta enfermedad y la manera de acompañar estos cambios y son ustedes, nuestras familias, que sin su apoyo, esto sería mucho más difícil, aunque no imposible.

Gracias a todos por acompañarnos en esta noche tan importante para nosotros, que tuvimos el desafío de superar nuestra vergüenza de hacer algo, para lo que no estamos preparados, que es actuar arriba de un escenario.

Muchas gracias a todos, Buenas Noches.