



# PROCESO NARRATIVO Y RELACIÓN CONTEXTUAL DE AYUDA, ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

## NARRATIVE PROCESS AND CONTEXTUAL HELP RELATIONSHIP, ASSOCIATED WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMPTION

**Rosa Duque\***

Universidad Santo Tomás

### RESUMEN

Este artículo presenta el trabajo de investigación-intervención desde un enfoque sistémico-construccionista basado en la narrativa-conversacional, en el que el fenómeno del estudio es el Proceso Narrativo (en la relación contextual de ayuda institución-familia-paciente identificado), su relación con la organización del consumo de Sustancias Psicoactivas como problema, y su influencia en el mantenimiento, movilización o transformación de éste. El trabajo se realizó en una Clínica Psiquiátrica y una Comunidad Terapéutica. Se buscó generar comprensiones del proceso en el que los actores co-participan en la construcción de historias que pueden posibilitar el desarrollo familiar o no. En cuanto al método, se asume una perspectiva sistémica construccionista, de enfoque cualitativo con diseño de escenarios conversacionales basados en equipos reflexivos, posibilitadores de la emergencia de diversas voces y versiones del fenómeno, con dos pacientes con consumo problemático de SPA, sus familias y los profesionales de cada institución encargados su tratamiento. Como resultado emerge una importante conexión entre la construcción del problema y la organización de relaciones, identidades y cursos de acción de estos actores.

**Palabras claves:** *Construcción social, proceso narrativo, consumo de sustancias psicoactivas.*

### ABSTRACT

This paper shows an investigation-intervention work of a systemic-constructionist approach based in the conversational-narrative, where the phenomenon of this study was made in a psychiatric hospital and a therapeutics community, were the narrative process (in the contextual help connection identified among institution-family-patient) and its association with the organization of psychoactive substance consumption as a problem and its influence in the maintenance, mobilization or transformation of such problem. It was seek to generate process comprehension where the actors co-participated in the history construction which it could allow or not the family development. In connection with the method, it is assumed a constructionist systemic perspective with a qualitative focus, design of conversational scenarios based on reflexive teams facilitators of the emergency of diverse voices and versions of the phenomenon, with two patients with problematic use of SPA, their families and professionals in each institution in charge of their treatment. As a result it emerge an important connection among the problem construction and the organization of relationships, identities and action paths of these actors.

**Key words:** *Social reality construction, narrative process, psychoactive substances consumption.*

\*Rosa Elena Duque García es psicóloga de la Universidad Nacional de Colombia, y tiene un grado de Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. Es docente e investigadora de la Universidad Santo Tomás De Aquino - Sede Bogotá, Colombia.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a la Universidad Santo Tomás Calle 52 N° 7-11 Edificio Santo Domingo 5to piso, Bogotá, D.C., Colombia y el Email [rosaduque@usantotomas.edu.co](mailto:rosaduque@usantotomas.edu.co)

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN. RECIBIDO: 9 de marzo de 2012. APROBADO: 20 de agosto de 2012.

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de estudio que se aborda en este trabajo tiene que ver con el proceso narrativo emergente en la relación contextual de ayuda entre institución-familia-paciente identificado, su relación con la organización del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) como problema, y su influencia en el mantenimiento, movilización o transformación de dicha problemática. Se asume que cuando el consumo de sustancias psicoactivas de un miembro del sistema familiar se empieza a organizar o a tomar sentido como problema, emerge la posibilidad de afectar el bienestar no sólo de quien consume, sino también de su sistema de vinculación significativo, en el que se puede generar una demanda de ayuda a las diversas instituciones de atención terapéutica y que, a su vez, actúa como marcador del contexto de la relación de ayuda que surge entre la institución y el sistema consultante.

Este trabajo es producto de la investigación-intervención que se desarrolló en la Clínica la Inmaculada de las Hermanas

Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús Inmaculada y en la Asociación Comunidad Terapéutica de Colombia (COTECOL), instituciones que brindan atención psicoterapéutica en casos de personas que han presentado consumo de SPA, bajo modelos e intervenciones distintas. Es importante mencionar que con cada institución se llegó a acuerdos con la universidad Santo Tomás, en cuanto a apoyo parcial de este trabajo, en términos de tiempos de dedicación de los profesionales a la investigación (incluyendo a dos de investigadoras, quienes laboraban en cada una de las instituciones), espacios físicos con equipos tecnológicos para el desarrollo de las sesiones y continuidad en el desarrollo del trabajo por espacio de seis meses (febrero hasta marzo de 2007). Los actores que participaron en este proceso fueron para cada institución una familia, el paciente identificado y el equipo profesional encargado de la atención del caso.

El trabajo se planteó en el marco explicativo del Construccionismo Social, el cual sostiene que la realidad se crea en el encuentro con el otro, siendo una

construcción narrativa dependiente del lenguaje de los sujetos que ponen en juego sus ideologías y significaciones a la hora de definir qué es la realidad. Al respecto, Gergen (1996) expone algunas críticas que cuestionan la función descriptiva del lenguaje y plantea la posibilidad de que el lenguaje ostente otro tipo de relación con lo que se podría llamar “realidad”. En este sentido, la realidad que conocemos no existe con independencia del lenguaje, más bien el lenguaje abre un abanico de posibilidades de emergencias de mundos, nutridas por las significaciones generadas en lo social. No se trata de plantear un determinismo del lenguaje en la manera de conocer al mundo y desarrollar comprensiones del mismo, ya que el lenguaje sin el universo social es “lengua muerta”. Al respecto, Ibáñez (1994) expresa que:

[...] la percepción del sujeto depende del lenguaje que utilice. Dado que no hay objetos (y esto es un descubrimiento de Maturana y Varela). Así, según el lenguaje que utilizo, percibo, porque mi percepción está mediatizada por mi lenguaje [...] el mundo que yo construyo depende de mi capacidad de percepción y de mi capacidad lingüística (p. 24).

De acuerdo con lo anterior y en relación con la Construcción de problema y de la intervención del consumo de sustancias psicoactivas, este estudio asume que dicho consumo es una situación emergente de

manera problemática en la ecología de relaciones de la persona y sus redes sociales. Esta distinción es importante puesto que se aleja de paradigmas tradicionales que centran los problemas en quien es denominado el “paciente” y en ese sentido el cambio sólo se atribuye a éste.

En esta propuesta la versión de “adicción” en entiende en relación con la presentación de un ser humano fuera de diagnósticos de “enfermedad mental” o de estigmas sociales que implica verse como “adicto”. La prioridad aquí está en la persona y sus modos de vinculación, no en la droga o consumo de licor ya que se considera que la forma en que se vea al otro va a definir formas de relación en donde se entiende que las historias dominantes asociadas a la experiencia de consumo pueden estar subyugando las vidas de las personas y la deconstrucción (en el sentido de White, 2002), puede ayudarnos a desenmascarar las así llamadas “verdades” que “ocultan” sus sesgos y prejuicios.” (p.57) Se pretende ir más allá del mismo “síntoma” para comprender las Historias que han organizado el problema desde la voz de los actores involucrados y en la relación entre éstos. Al respecto, Fruggeri (en McNamee & Gergen, 1996, p. 65) afirma que “las creencias sostenidas por los individuos construyen realidades y las realidades se mantienen a través de la interacción social, lo que, a su

vez, confirma las creencias que, entonces, se originan socialmente“.

En esta investigación los contextos institucionales y la construcción narrativa de realidades se observaron en relación con la configuración vincular de los actores en dichos contextos (terapeutas, familias y pacientes identificados). Las instituciones se tuvieron en cuenta con el fin de entender las creencias y supuestos bajo los cuales cada uno de estos actores comprenden y viven los problemas asociados al consumo de SPA y su solución. Para ello, se retoman las ideas de Bruner (1990), según las cuales las personas y culturas están gobernadas por significados y valores compartidos. White y Epton (1993) proponen que uno de los métodos para conocer la manera como desciframos el mundo es “el método interpretativo” y argumentan que dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere un acto de interpretación. En este sentido, el concepto de “narrativa” resulta de crucial importancia en la comprensión de los fenómenos humanos desde el marco de la construcción social de la realidad. Anderson (1997, p. 277) señala que:

[la narrativa] alude a una forma de discurso, la forma en que organizamos, explicamos, damos sentido y comprendemos, es decir, damos estructura y coherencia a las circunstancias y sucesos de nuestra vida, los fragmentos de nuestras experiencias e

identidades propias para y con nosotros y otros.

Desde el pensamiento narrativo, la temporalidad es importante en la comprensión y abordaje de los fenómenos humanos, pues reconoce la existencia de una gama de posibilidades en la organización de los acontecimientos y la experiencia (White y Epton, 1993). Las “experiencias vividas” serían entonces, la manera como las personas dan cuenta del conocimiento que tienen a propósito del mundo y de la vida misma, lo que implicaría también dar cuenta de sus dilemas, interrogantes y problemas. Igualmente para esta investigación, es importante tener en cuenta lo que Echeverría (2005) considera al mencionar que una organización es un sistema o fenómeno lingüístico cuyos límites, identidad y prácticas son construidas en el lenguaje y son sustentadas por una cultura que habla no sólo de una historia pasada de dicha organización, sino también del sentido de los acontecimientos presentes de las prácticas que cada miembro desarrolla en coherencia con su trasfondo semántico compartido.

En esta investigación también se involucran las comprensiones que hablan de la manera como la familia ha organizado sus vivencias en los relatos dominantes asociados al problema y cómo estos relatos y organizaciones relacionales se desarrollan, se fortalecen, se deconstruyen o se transforman cuando, tanto el paciente identificado como la



familia, hacen parte de una relación terapéutica. Al respecto, William D. Lax (en McNamee & Gergen, 1996, p. 95) propone pensar a las familias ya no como el objeto del tratamiento, ni con independencia del observador o fuente del problema, sino como una entidad flexible, compuesta por personas que comparten significados. Al respecto Ramos (2001) afirma que:

La asunción clásica de la terapia narrativa sistémica es que los miembros de una familia comparten, lo cuentan como lo cuentan, una historia de lo que les pasa; y esa historia, sea fielmente representativa o no de que han sido sus vidas, es un todo interconectado de acontecimientos, personajes, temas y valores (p. 164).

Así, la construcción de identidad y, por lo tanto, de la manera como los individuos se relacionan con su entorno tiene mucho que ver con la manera en que estos sujetos significan sus vivencias en sus relaciones familiares. McNamee y Gergen (1996, p. 26) dicen que:

Es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior". Por lo tanto, partimos de la idea de que nadie puede "enfermar" solo, sino que lo hace dentro de un sistema de relaciones en donde "enfermar" cobra un sentido y un significado particular en la organización de dichas relaciones significativas.

En relación con la identidad se considera al self descentralizado, asociado a un significado que se produce en la trama de narraciones, es decir, en el espacio de interacción conversacional que la persona tiene con los demás. El self es una construcción en el diálogo, un producto del diálogo entre el individuo, él mismo y los otros. Según Kenneth Gergen (1996), no existe un self que pueda ser medido o experimentado por los otros, sino que surge del diálogo entre los individuos y las instituciones que crean. Gergen llama a este concepto posmoderno del sí mismo el "self relacional":

Otro foco de comprensión del fenómeno investigado tuvo que ver con la psicoterapia como un contexto de construcción de realidades sociales que permite la generación de espacios posibilitadores para el cambio. En este sentido Fruggeri (en McNamee & Gergen, 1996, p. 64) refiere que "las descripciones del observador/terapeuta no pueden considerarse abstracciones, puesto que son realidades construidas socialmente". La autora explica que las descripciones de los terapeutas están ligadas a sus mapas: los terapeutas ven lo que sus puntos de vista les permiten ver. La observación del terapeuta está limitada por el punto de vista del cliente y viceversa. Por ello y aunque parezca que el planteamiento de intervención desde las narrativas sea genérico,

lo que lo hace específico a cada realidad, a cada organización de significado, a cada historia, a cada relato, es precisamente la comprensión de la manera como en determinada familia se ponen en juego, desde la psicoterapia, esos elementos conceptuales que permite el enfoque y que dejan de ser sólo constructos para convertirse en herramientas del trabajo terapéutico.

## MÉTODO

La metodología seleccionada buscó tener una relación y coherencia con la construcción teórica, el diseño, técnicas y análisis de investigación, ante lo cual emergió como respuesta la metodología cualitativa.

En cuanto al sistema conceptual, este estudio se basa en los conceptos metodológicos que hacen parte del proyecto institucional de investigación “Historias familiares en diversidad de contextos” que se vinculan con el fenómeno de interés particular. Se parte de comprender que “el supuesto metodológico es que el fenómeno transita, se construye y se transforma en el relato, en el proceso narrativo conversacional, es decir, en la narrativa conversacional” (González & Serna, 2005, p. 19).

*La narrativa conversacional* se convierte en un sistema que posibilita entender cómo se construye, comprende e intervienen los problemas asociados al consumo de SPA en la convergencia que tienen los relatos familiares, institucionales e

individuales al momento de ponerse en juego en un contexto de ayuda. El proyecto institucional da cuenta de la “narrativa conversacional” como un campo privilegiado de fenómenos y procesos para el estudio de la narrativa.

*El proceso narrativo* es abordado desde la relación contextual de ayuda entre la institución, la familia y el paciente identificado; se comprende que en esta relación emergen y se coordinan significados asociados al consumo de sustancias psicoactivas como problema y a su proceso de intervención. El mantenimiento y la movilización aparecen como dos conceptos a través de los cuales se busca revisar las significaciones que construyen los relatos de la “historia” y “la memoria”, que posibilitan o no posturas de acción desde donde se configuran ciertas organizaciones vinculares entre los actores involucrados. El proceso narrativo que emerge entre familia, el paciente identificado y la institución que se contempla en este estudio permite hacer dos distinciones: La primera tiene que ver con la relación contextual de ayuda institución-familia-paciente identificado y la segunda, con el proceso de cambio en el contexto de investigación-intervención.

La primera distinción del proceso narrativo, se realiza en la relación familia-institución-paciente identificado, asociada a la emergencia de las narrativas y prácticas que configuran, sostienen o legitiman formas de

relación que se vinculan con el problema, su definición o comprensión y su abordaje o resolución. Dicha relación se entiende desde dos dominios narrativos: “historias” y “memorias”; y desde los conceptos de acontecimientos, experiencias y posicionamientos relacionales, los cuales permiten la construcción de posturas o disposiciones que favorecen cursos de acción, formas de relación y versiones en el contexto de interacción institución-familia-paciente identificado-investigadoras interventoras.

La segunda distinción, se relaciona con el contexto interventivo, asociado a la interacción generada en los escenarios vinculados al cambio y a la intervención, por lo cual recurre al concepto narrativo de historias alternas. Éstas son comprendidas como los relatos emergentes del proceso narrativo que confrontan, varían y transforman Historias previas y que posibilitan transformaciones en la comprensión del problema o en la interacción, generando nuevas posibilidades de acción. Este foco a su vez es comprendido también desde los conceptos acontecimientos, experiencias y posicionamientos relacionales a través de los cuales se busca dar cuenta de nuevas versiones de la historia y del proceso de cambio.

Los *Conceptos metodológicos* trabajados en los diseños y escenarios de investigación son los siguientes:

**Historias:** Estructuras narrativas facilitadoras de coordinaciones de sentido que permiten la construcción de experiencias y acontecimientos conectados a la problemática asociada al consumo de SPA.

**Memorias:** Estructuras narrativas facilitadoras de coordinaciones de sentido que permiten la construcción de experiencias y acontecimientos narrados conectados a la emergencia de un ángulo particular de la experiencia vivida, subordinado en relación con la historia privilegiada vinculada a la problemática asociada al consumo de SPA.

**Historias alternas:** Versiones de la experiencia vivida que cuando los actores las relatan permiten una nueva configuración de dicha experiencia y un nuevo sentido de los acontecimientos, que reta lo que había sido narrado desde una dominancia organizada alrededor del consumo de SPA como problema.

**Narrativas institucionales:** Son entendidas como el proceso de construcción narrativa de la problemática asociada al consumo de SPA, la cual también se relaciona con las políticas y prácticas de cada institución.

**Narrativas familiares:** Manera en que la familia, como sistema humano vincular y de significado en la construcción de relaciones del paciente identificado, comparte, construye y organiza narrativamente sus vivencias en los relatos y

significaciones asociados al consumo de SPA como problema.

**Narrativas personales:** Proceso mediante el cual el paciente identificado comprende y construye, narrativamente, la forma en que el consumo de SPA hace parte de su organización vincular.

**Narrativas del equipo de investigadoras-interventoras:** Versiones y significaciones construidas por las investigadoras, en la relación con las instituciones, las familias y el paciente identificado.

**Mantenimiento:** Proceso mediante el cual la institución, la familia y el paciente identificado sostienen comprensiones, significaciones y vivencias acerca de los fenómenos humanos y las experiencias asociados al consumo de SPA, como problema.

**Movilización:** Es el proceso mediante el cual se generan nuevas coordinaciones de significado en las *narrativas* institucionales, familiares y personales, direccionadas al cambio y la emergencia de *relatos* alternos posibilitadores de bienestar personal y grupal.

En cuanto a los Contextos y actores de la investigación-intervención, es importante recordar que ésta se realizó en una clínica psiquiátrica y una comunidad terapéutica, con la participación de una familia con un integrante que consume sustancias psicoactivas (ver Genogramas en figuras No.

2 y 3) y de los equipos que prestan atención terapéutica en cada institución.

#### Caso 1. Clínica Inmaculada

##### *Criterios de elección del participante:*

El criterio de elección en esta institución estuvo relacionado con la estructuración de la problemática específica asociada al consumo de SPA en la historia clínica del paciente. Este criterio fue crucial para la participación en la investigación-intervención la inclusión en el servicio depende del diagnóstico psicopatológico y el consumo de SPA o de alcohol es atendido únicamente en razón de estos criterios.

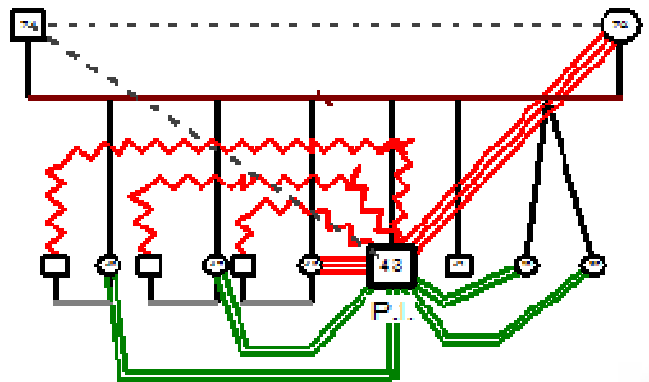


Figura 1. Genograma del paciente identificado (1).

**Motivo de consulta:** El paciente “consulta por cuadro de un mes de evolución consistente en ánimo triste con elementos ansiosos, insomnio de conciliación, pérdida de interés en las actividades diarias, ideas sobrevaloradas de minusvalía, desesperanza y muerte, ideación suicida poco estructurada”,





como de la familia, en el proceso de rehabilitación a través del cumplimiento de los indicadores de logro dentro de las tres etapas del programa de intervención. En el segundo ingreso se pretendió generar alternativas con el fin de detener el proceso de recaída en el consumo y prevenir la condición de habitante de calle.

*Atención recibida:* En el primer ingreso el paciente identificado realizó la primera (acogida) y segunda (comunidad) etapas del proceso de rehabilitación. Luego de haber culminado estas etapas en la modalidad de internado, pasó a trabajar de manera ambulatoria la tercera etapa (reinserción), en la que se volvió a presentar el consumo de SPA y se dio el abandono del proceso. En el segundo ingreso recibe atención de manera ambulatoria y luego de una evaluación se acuerda que el paciente identificado retorne al internado, realizando la primera y segunda etapas del tratamiento. Posteriormente, regresa a la etapa de reinserción, en donde se intenta la estructuración de un proyecto de vida que facilite la prevención de factores de riesgo y se continúa con un proceso de psicoterapia individual desarrollada por el psiquiatra de la institución.

*Profesionales que intervienen en el proceso:* En el primer ingreso el equipo que intervino el caso estaba compuesto por 6 psicólogos, 1 trabajadora social y 1 pedagogo reeducador. En el segundo ingreso el equipo

estaba compuesto por 6 psicólogos, 1 pedagogo reeducador y 1 psiquiatra.

En relación con el Diseño de escenarios de investigación-intervención, este proceso fue dirigido a explorar el proceso que posibilita el reconocimiento, deconstrucción y transformación de las narrativas ligadas al consumo de SPA como problema. El estudio se desarrolló a través de dos fases, tal como se indica en la figura No. 3.

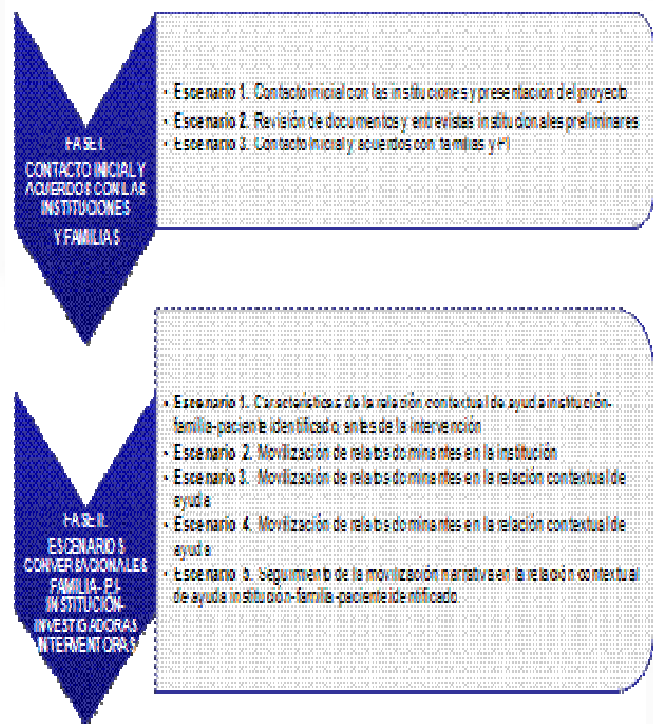


Figura 3. Fases del proceso de investigación-intervención.

## RESULTADOS

En relación con las versiones dominantes de la realidad (Historias) es importante mencionar que en la clínica

Inmaculada se construye una historia cuyo relato privilegiado tiene que ver con la "enfermedad psiquiátrica" como elemento narrativo organizador de la realidad del paciente identificado, asociada a las dificultades por las cuales consultó y sobre las cuales emergió la relación contextual de ayuda. En la Comunidad Terapéutica se encuentra la estructuración de una historia acerca del problema basada en el relato dominante del "déficit" tanto personal como familiar y en la articulación del "sufrimiento" dentro del entramado de significaciones del consumo como problema. Es posible que las estructuras relacionales emergentes en los procesos narrativos dentro de la relación contextual de ayuda haya facilitado historias y posturas de acción en el paciente, coherentes con una identidad de "adicto con un problema de consumo", lo que permite comprender el mantenimiento de un relato dominante en el que no es posible la elección del paciente asociada a una opción legítima de construcción personal de posibilidades identitarias de desarrollo, crecimiento y bienestar.

En cuanto a Las Historias en la relación contextual de ayuda, en la clínica emergieron historias dominantes del paciente identificado y de la familia en las que se privilegian narraciones en torno al problema apoyándose en la relación de ayuda como prioridad para el manejo de la "enfermedad",

lo cual habla de la coherencia entre la construcción del problema y la manera de relación del sistema consultante con la institución. En la comunidad, las historias dominantes asociadas al consumo de SPA del paciente identificado se convierten en el foco que legitima la relación entre la familia y la institución, siendo el constructo bajo el cual se configura el problema y bajo el cual la familia otorga a la comunidad la toma de decisiones frente al problema, dando paso a la construcción de historias familiares de "dependencia institucional" y de "experticia" a nivel organizacional.

Frente a las Memorias en el proceso narrativo, éstas se articularon asociadas a la emergencia de distinciones entre la persona y el problema. Se facilitaron emergencias que retaron la noción de incurabilidad de la enfermedad y que permitieron elementos novedosos dentro de la construcción de realidades que no estuvieran organizadas por el problema. Se facilitó la construcción de un espacio narrativo-conversacional en el que tanto la institución como el sistema consultante construyeron elementos que retaron la conexión rígida entre las vivencias de dificultad del paciente identificado y el trastorno de personalidad; se facilitaron así narrativas acerca de la "persona" y no del "enfermo mental" o el "adicto", en las que los recursos del sistema consultante pudieran abrir la posibilidad de nuevas versiones de la

realidad y devenir constructores de su “realidad” en el proceso interventivo, más allá del diagnóstico.

En cuanto a las Memorias en la relación contextual de ayuda, los procesos narrativo-conversacionales cobraron un alto impacto en los terapeutas, en la medida en que permitieron generar reflexiones acerca de la institución en relación con los supuestos y marcos de referencia que usan para la comprensión de los problemas humanos y el consumo de sustancias psicoactivas, que dan cuenta de rotulaciones a las familia y a los pacientes identificados. Se permitió la reflexión acerca de los modos en que se generan los vínculos terapéuticos con los sistemas de ayuda y la emergencia de memorias asociadas a versiones más posibilitadoras acerca del paciente identificado y la familia, como un sistema con recursos. En el ámbito institucional, el ejercicio de conversar con la familia acerca de si misma, deja abierta las puertas para seguirse pensando y observando en relación con el actual momento institucional y la necesidad de dinámicas relacionales que posibiliten nuevos campos de acción.

En relación con el cambio y la emergencia de Historias alternas, en el momento interventivo del proceso narrativo se facilitaron relatos novedosos que confrontaron y transformaron la “historia” acerca del problema o que potencializaron reflexiones frente a nuevos dominios de la

experiencia vivida, a través de los cuales se puede entender el consumo de SPA más allá de la noción de “problema o dificultad”. Esto impactó la construcción identitaria del paciente identificado, que en el contexto de la clínica fue organizada como “*enfermo mental*” y en el contexto de la comunidad terapéutica, como “*adicto*”. Estos relatos alternos estuvieron asociados a la emergencia del sujeto como posibilidad-distinción entre las experiencias vitales y las experiencias asociadas al consumo de SPA como problema. Las narrativas alternas desde la voz de las investigadoras-interventoras potencializaron reflexiones y comprensiones frente a nuevos dominios de la experiencia vivida, a través de los cuales se puede entender el consumo de SPA más allá de la noción de “problema, dificultad o enfermedad”, ya que esta manera de narrarlo se pudo mantener como una emergencia de la relación contextual de ayuda Institución-familia-paciente identificado.

En cuanto a las Historias alternas en la relación contextual de ayuda, en la investigación-intervención emergen relatos que permiten reconfigurar narrativamente esta relación desde dos perspectivas: La primera, tiene que ver con nuevas versiones acerca de la comprensión del problema, y la segunda, con asumir una nueva postura que permite ver a la institución como un referente importante de la red social, pero no el único. Estas nuevas versiones permiten la co-construcción

de historias alternas que potencializan los recursos familiares y personales para afrontar las crisis, asumiendo a la institución desde una perspectiva menos asistencialista y posibilitadora del cambio.

## DISCUSIÓN

Frente al proceso narrativo conversacional y su conexión con las historias alternas, el desarrollo de la investigación-intervención permitió generar comprensiones acerca de la manera como el proceso narrativo-conversacional fue estructurado en la relación contextual de ayuda tanto en la Clínica Psiquiátrica como en la Comunidad Terapéutica, lo que llevó a entender que dicho proceso juega un papel crítico en la generación de posibilidades narrativas de significación y de sentido asociadas al problema, a la praxis de la intervención y al manejo terapéutico de la situación de sufrimiento y malestar del sistema consultante. Una de las principales conclusiones tiene que ver con que la construcción del problema: La lectura o la “gran narrativa” influye de manera importante en la organización y estructuración de relaciones, identidades, intervenciones y cursos de acción de los sistemas y actores involucrados en la relación contextual de ayuda. Estas implicaciones hacen pensar en un grado visible de consistencia entre las construcciones, creencias e ideologías y los

modos de operar en la práctica interventiva que emergen en la relación entre la familia, el paciente y la institución.

En la Clínica Psiquiátrica la comprensión del problema organizado como una enfermedad psiquiátrica denominada Trastorno Límite de la Personalidad y la asimilación del consumo de SPA como un síntoma de ésta, hace que este problema sea considerado como cualquier otro trastorno o síntoma orgánico, pensado entonces, como una unidad sistémica individual que tiene manifestaciones en distintas dimensiones del funcionamiento orgánico. Es esta imagen la que sostiene la comprensión clásica de los trastornos del comportamiento: hay un algo adentro del individuo que disfunciona, que puede ser pensado como una entidad reconocible y denominada de equis forma, en este caso Trastorno Límite de la Personalidad. En este caso emerge un proceso narrativo-conversacional en el que los significados atribuidos al problema están organizados dentro de un marco biomédico que, a su vez, favoreció evaluaciones con base en las cuales él pudo haber cumplido los indicadores y criterios necesarios para recibir un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Aquí la episteme que domina es la comprensión de la entidad que lo explica, lo que Bateson (1979<sup>a</sup>, en Keeney, 1983) llama un *principio dormitivo* de la explicación, en el cual el diagnóstico adquiere



el estatus de realidad autónoma en la medida en que se sostiene en la entidad que explica.

En la Comunidad Terapéutica las explicaciones o comprensiones acerca del problema no estuvieron estructuradas hacia una noción fácilmente identificable. Si bien en principio *la* adicción es considerada como el problema, dentro de las lógicas interventivas las alternativas terapéuticas de la institución intentan dirigirse hacia la relación del paciente identificado y su familia. La metáfora explicativa se supone, en consecuencia, más contextual y más relacional en el ámbito de la comprensión y, sin embargo, en el ámbito de la intervención la institución no parece lo suficientemente consistente con esa metáfora. Esta lectura no emerge como una lectura coherente con las prácticas interventivas, fenómeno que se relaciona estrechamente con un alto nivel de dispersión en dichas prácticas: las estrategias terapéuticas parecen estar dirigidas a todos y a nada.

En cada institución se articularon reflexiones que permitieron comprender que hay varios caminos para desarrollar la experiencia vital y dentro de ellos, cada quien ejerce un juicio que le permite discriminar cuáles de esos caminos pueden ser más deseables. Es importante entender que cuando una situación está cristalizada en una cierta definición en el orden de la estrategia, se hace necesario abrir derivas para que ocurra algo distinto y eso distinto puede ser introducir una

diferencia en esa lógica de puntuaciones y conversaciones. Lo anterior podría permitir el planteamiento de preguntas como ¿Qué pasaría si dentro de la relación contextual de ayuda, los actores comenzaran a relacionarse en torno a focos diferentes y no al organizador central? Pues dicha situación resulta en ambos contextos, hipermonitoreante y autoconfirmante lo cual se relaciona estrechamente con el mantenimiento de ciertas formas de vinculación que quizás merecerían ser renovadas y actualizadas.

La pregunta por el cierre o el fin de la terapia emerge en este contexto de la investigación-intervención como una invitación a las instituciones a pensarse en su manera de organizarse semántica y pragmáticamente pues en ambas se estructura una relación terapéutica de ida y vuelta en virtud de la crisis (Clínica Inmaculada) o de la recaída (Comunidad Terapéutica), que Elizur y Minuchin (1991) han llamado fenómeno de la *puerta giratoria*.

En el caso del consumo de SPA al construirse como un problema no sólo se sostiene en significaciones locales de los sistemas consultantes, sino también evoca un entramado de significaciones, mitos y sentidos que no se puede reducir a la "*invención solitaria de un sujeto enfermo*". El fenómeno del consumo de SPA como todos los fenómenos humanos es multidimensional y exige el reconocimiento

de los aportes que desde la cultura se hace a esta manera de consumir y sufrir. En este sentido, es importante tener en cuenta la implicación de las nociones culturales asociadas al consumo de SPA y abrirle paso a la polifonía al negarse al carácter unívoco y rígido de las comprensiones diagnósticas que al estar fuera de contexto multidimensional de cada sujeto no permiten una dinámica reflexiva, recursiva y circular que hable de la emergencia del síntoma o del consumo como una manera de construir realidad.

También se hace necesario el reconocimiento de cómo dentro de las alternativas de intervención diseñadas en los contextos institucionales, el problema se conecta con la organización de la relación contextual de ayuda y cómo esta relación puede determinar o no la construcción de realidades vinculadas de manera rígida al síntoma. Así, un elemento importantísimo es la fundamentación de la solución de los problemas en los recursos de las personas, de las familias y de las instituciones, con lo cual se hace visible la necesidad de retar los paradigmas basados en la noción de déficit, tan marcados en las lecturas clínicas emergentes en los escenarios narrativo-conversacionales de investigación-intervención.

En palabras de Estupiñán (2003), el enfoque de investigación-intervención propone reconocer los efectos interventivos

de las acciones investigativas algunas de los cuales están deliberadamente intencionados a movilizar cambios terapéuticos en los relatos dominantes en la narrativa de la historia familiar mediante la co-construcción de nuevos relatos desde escenarios diseñados para estos fines; a su vez, recursiva y reflexivamente se dirige a comprender los mecanismos o procesos narrativos (contextuales, relacionales y conversacionales) a través de los cuales se originan, mantienen y se transforman los fenómenos investigados e intervenidos.

**Nota final:** Este artículo resume los principales resultados del trabajo que hace parte de la Línea/Proyecto de Investigación Institucional “Historias y Narrativas Familiares en Diversidad de Contextos”, del programa/Campo de Investigación “Psicología Clínica y Salud Mental en Sistemas Humanos desde la Perspectiva Sistémica Compleja”; de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia, División de Ciencias de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. El campo Institucional es desarrollado por el grupo de Investigación Bucleantes clasificado en Categoría B por Colciencias.

## REFERENCIAS

- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado*. Madrid: Alianza editorial.

- Echeverría, R. (2005). *Ontología del lenguaje*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.
- Elizur, J. & Minuchin, S. (1991). *La locura y las instituciones. Familia, terapia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Estupiñán, J. (2003). *Una narrativa en la construcción de los caminos de la terapia sistémica. Construcciones en psicología compleja*. (15-33) Bogotá: Universidad Santo Tomás
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- González, O. & Serna, A. (2005). *Proyecto institucional de investigación. Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Keeney B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *El proceso terapéutico como construcción social del cambio. La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.