



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 4

Diciembre de 2015

TERAPIA NARRATIVA, UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL USO DE DROGAS

David Bruno Díaz Negrete¹, Sara Elisa Gracia Gutiérrez de Velasco², Carmen Fernández Cáceres³
Centro de Integración Juvenil
México

RESUMEN

En este trabajo propugnamos por la aplicación de una perspectiva narrativa en el tratamiento psicoterapéutico del consumo de drogas. A partir de la revisión de sus antecedentes –el construccionismo social, el postestructuralismo, la terapia familiar, la narrativa de la enfermedad y la psicología “posmoderna”– así como de los postulados generales de la psicología narrativa, identificamos tres dominios relevantes para la aplicación de este enfoque, destacando sus implicaciones y aportaciones en la atención y reintegración de personas con problemas con el consumo de drogas. Estos dominios comprenden: 1) la construcción de un espacio colaborativo; 2) la deconstrucción de nociones “naturalizadas” y 3) la producción de efectos integrativos. Con base en esto, sostenemos la conveniencia del abordaje narrativo en la atención del uso de sustancias, como alternativa a los enfoques terapéuticos actualmente dominantes en este campo.

Palabras clave: psicología narrativa; terapia narrativa; construccionismo social; uso de drogas.

¹ Investigador de Centros de Integración Juvenil, México, D.F. Correo Electrónico: investigacion@cij.gob.mx

² Investigadora de Centros de Integración Juvenil, México, D.F. Correo Electrónico: sara.gracia@cij.gob.mx

³ Directora General de Centros de Integración Juvenil, México, D.F. Correo Electrónico: cfernandez@cij.gob.mx

NARRATIVE THERAPY, AN ALTERNATIVE FOR DRUG MISUSE TREATMENT

ABSTRACT

We advocate in this paper for the application of a narrative perspective in the treatment of drug abuse. On the basis of a review of some of its antecedents –namely, social constructionism, poststructuralism, family therapy, illness narrative and "postmodern" psychology–, as well as a brief appraisal of the general principles of a narrative psychology, we identify three relevant domains of the therapeutic application of this approach, highlighting its implications and contributions to the treatment and social reintegration of persons with problems with drugs. These domains include: 1) constructing a collaborative relationship, 2) exercising deconstruction of "naturalized" notions, and 3) inducing significant integrative effects. We argue, at last, the convenience of the narrative approach in addressing substance abuse, as an alternative to therapeutic approaches currently dominant in this field.

Keywords: narrative psychology; narrative therapy; social constructionism; drug misuse.

Introducción

Exponemos en este trabajo los resultados de una revisión teórica y bibliográfica acerca de las condiciones de una posible aplicación al tratamiento del uso de drogas de la terapia narrativa. Con ello apostamos por el abordaje narrativo como un recurso válido para el abordaje del problema, un medio que –a partir de postulados y prácticas construccionistas y "posfundacionales"– abriría vías de comprensión y de intervención alternativas al empiricismo y a los métodos de intervención estandarizados actualmente dominantes en el campo.

Sostener esta apuesta nos parece necesario en la medida en que los esquemas de significado atribuidos al consumo de drogas en el contexto de los modelos hegemónicos han inducido una sustancialización del problema y la naturalización de figuras tales como la del "adicto" que, en tanto modelos generalizados de "reconocimiento social" e identificación, no sólo dificultan el entendimiento y la atención del problema en su complejidad, sino que pueden incluso apoyar la reproducción del etiquetamiento y la exclusión (Alfaro y Monsalve, 2004).

Creemos, pues, posible y deseable adoptar una perspectiva narrativa como medio estratégicamente relevante para encarar el problema del uso de drogas en su

diversidad y complejidad. De hacer visible tal posibilidad y sus ventajas se trata el presente trabajo; en él proponemos un breve recorrido por algunos antecedentes y elementos relevantes de la perspectiva narrativa en el campo de la psicología y de su aplicación psicoterapéutica, en general y, en particular, frente al uso de sustancias. Con base en este recorrido, introducimos al final unas notas acerca de las razones por las que puede resultar deseable la utilización de este enfoque en el abordaje terapéutico del consumo de sustancias.

Antesalas de La Perspectiva Narrativa

La perspectiva narrativa ha sido situada como un tercer giro que seguiría a los giros lingüístico y discursivo que marcaron el destino de las ciencias sociales en el siglo XX (Vayreda, Tirado y Domènech, 2005). A lo largo de estos tres giros, se desplazó la concepción representacionista del lenguaje y se constituyó un nuevo régimen de objetos y estrategias de conocimiento basadas en una concepción de la realidad y el sujeto como instancias inscritas en un espacio lingüístico y discursivo. A pesar de que a este respecto podría confeccionarse una larga lista de referencias relevantes, aquí nos interesa destacar sólo cuatro elementos antecedentes de la terapia narrativa particularmente significativos: el doble aporte del construccionismo social y el constructivismo, el pensamiento postestructuralista, la terapia familiar sistémico-comunicacional y la denominada “psicología posmoderna”, subrayando en cada caso elementos que, en nuestra opinión, han hallado eco en la terapia narrativa.

Construccionismo y constructivismo. El construccionismo social proviene, en principio, de las aportaciones de Wittgenstein a propósito de los “juegos de lenguaje”, reglas pragmáticas a partir de las cuales se elaboran, por ejemplo, descripciones y explicaciones. Para el construccionismo el mundo social constituye una construcción erigida con base en significados compartidos; de acuerdo con él, la base de una intervención terapéutica residiría en la creación conjunta de sentido, en la naturaleza co-construida de la realidad y en el carácter político de la intervención (Gergen, 2006a). Un abordaje terapéutico orientado de manera construccionista haría énfasis en la práctica, en la subjetividad compartida

y en la construcción local de significados; así como en la flexibilidad de los marcos y en el encuentro y colaboración terapéuticos (Crossley, 2000; Gergen, 2007a). Más aún, en la medida en que la reconstrucción de significados en la terapia apunta a un nivel de intervención interpersonal, social y culturalmente situado, la intervención constructivista ha podido ser entendida como una intervención “postpsicológica” (McLeod, 2004, 2006).

Por su parte, formulado a partir del trabajo de J. Piaget, L. Vygotski, G. Bateson, E. von Glassersfeld, H. Maturana y otros, el constructivismo sostiene que las estructuras internas determinan lo que es susceptible de ser experimentado y conocido, de modo que el curso de la experiencia depende de la forma en que estas estructuras se acoplan con las del mundo externo (Efran y Lukens, 1993). Consecuentemente, observador y observado, sujeto y objeto, se encuentran en una relación de mutua dependencia (Maturana y Varela, 1984; Simon, 1993). Si toda experiencia es un efecto del procesamiento de información a partir de estructuras internas y no hay una correspondencia necesaria entre la realidad y su objetivación epistemológica, se desprende que el ser humano no es un receptor pasivo sino un constructor activo de realidad, un creador de sistemas de significado que dan sentido al mundo y a la experiencia. Así mismo, se deriva que un problema no se constituye sino en la medida en que es significado como tal en el intercambio entre sujetos. De acuerdo con ello, lo central en una intervención terapéutica sería la apertura de un espacio de diálogo que permitiría remover los significados que sostienen el problema (Maturana y Varela, 1984), mientras que la tarea del terapeuta sería la de llevar al consultante a reconocer los procesos interaccionales y de atribución de significado que han dado forma a los problemas que lo aquejan, alentándolo a flexibilizarlos y transformarlos (Guidano, 1994; Anderson, 1997).

Postestructuralismo. En cuanto al pensamiento “postestructuralista”, resulta particularmente notoria la influencia de M. Foucault en algunos desarrollos de la terapia narrativa, tal como es el caso de las nociones de saber y práctica discursiva en tanto instancias atravesadas por el poder (Foucault, 1980, 1992) o bien, en contraparte, la idea de resistencia o de posiciones capaces de sustraerse

al ejercicio del poder dominante (Foucault, 1978). De este modo, es posible situar a quien padece algún problema, como sometido a relatos dominantes que darían sostén a sus trastornos, mientras que el trabajo terapéutico se enfocaría al desarrollo o rescate de narrativas alternativas (White y Epston, 1993). La remisión a Foucault también podría aludir, sin embargo, a la articulación del saber-poder con ciertas prácticas de subjetivación y formas de subjetividad (Foucault, 1986, 1987, 1994), terreno sobre el cual incide la intervención modificando no sólo los equilibrios de poder, sino también las construcciones identitarias y subjetivas asociadas al problema. Por último, el abordaje narrativo hace suya de alguna manera la denuncia formulada por Foucault del ejercicio del poder en las sociedades moderna y contemporánea (Foucault, 1976, 1978, 2006).

Igualmente debe señalarse la resonancia de nociones de J. Derrida. En primer lugar, la de *deconstrucción*, es decir, la idea de una lectura de las categorizaciones, aporías y dicotomías de un texto, para poner al descubierto las ambigüedades, inestabilidad e “indecidibilidad” de sus estructuras (Derrida, 1989, 1997; Czarniawska, 2006). La deconstrucción parte del supuesto de que todo significado resulta de un juego intertextual, así como de la represión de ciertos contenidos no dominantes. En un sentido similar, habría que resaltar las ideas de *diferencia e iteración* que Derrida propone para comprender el discurso como un conjunto de repeticiones (realizaciones discursivas conforme a un código, un léxico establecido, etcétera) que producen cada vez una diferencia (un significado particular, un acto de enunciación singular, etcétera), sin que sea dable remitirlo a un contenido sustantivo u original (Derrida, 1986, 2003). Todavía incluso habría que mencionar el planteamiento en Derrida de una ética de la hospitalidad y de la aceptación incondicional del otro y la alteridad (ver, por ejemplo, 2006), el cual hallaría profundo eco en una concepción de la relación terapéutica como la de Anderson (1997).

Por último, habría que anotar la influencia de M. Bajtín en torno a una concepción dialógica que supone que toda producción narrativa se configura no sólo a partir de la apropiación del discurso del otro (la palabra heredada y transmitida, el código), sino también a partir de un diálogo real o virtual con él. Así mismo, la

noción de multivocidad que supone que toda producción discursiva está cruzada por una serie de citas y ecos que hacen incidir la voz de la alteridad en el decir del sujeto, de modo que su voz sería en realidad una síntesis de voces (Bajtín, 1999). Otro aspecto que también podría ser señalado es la tensión entre fuerzas discursivas centrípetas y centrífugas, entre fuerzas canónicas o normativas y formas emergentes del significado (Bajtín, 1989), de tal modo que encontraríamos en Bajtín otra fuente, complementaria a la de Foucault, para comprender la dialéctica entre narrativas dominantes y alternativas.

Terapia familiar. Justo es reconocer que la terapia familiar en su vertiente sistémico-comunicacional fue propiamente el campo en que nació, a mediados de los años setenta, la terapia narrativa (Freedman y Combs, 1996; Polkinghorne, 2004; Limón, 2005; Brown y Augusta-Scott, 2007). Anteriormente, la terapia familiar había asimilado los postulados de la teoría de sistemas forjando categorías que daban cuenta de la familia como un sistema de interacciones y transacciones, gobernado por principios como los de totalidad, circularidad y equifinalidad. Entre las técnicas propuestas ya desde las aportaciones iniciales del enfoque estructural se contaban algunas que incidían en el sistema de significaciones establecido en la familia, tales como la reconnotación del síntoma y el reencuadre (*reframing*). Posteriormente, se incorporaron las aportaciones de G. Bateson (1998) y el Mental Research Institute de Palo Alto (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985). Bateson formuló la idea de una “pauta que conecta” que puede entenderse como una secuencia de interacción conformada por distintas formas de “puntuación”, de acuerdo con las cuales la relación puede discernirse de diversas maneras. Por su parte, Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) propusieron una serie de axiomas que apuntaban a situar la realidad humana compartida como producto de pautas de comunicación y vínculos susceptibles de modificación.

Por otro lado, la cibernética de “segundo orden” (von Foerster, 1981) planteó que el observador debía ser incluido en la descripción de lo observado, induciendo a que los terapeutas se incluyeran, junto con la familia, dentro del sistema en proceso de transformación. A partir de ello, se sometieron a revisión los modelos de intervención basados unilateralmente en una noción predeterminada de familia,

en etiquetas provistas por la psiquiatría u otras fuentes diagnósticas o en las prácticas prescriptivas dictadas por un terapeuta “experto” (Hoffman, 1990; Smith y Nylund, 1997). Con la escuela de Milán se desarrollaron formas de abordaje que entendían a la familia a partir de sus tramas vinculares, entendiendo las emociones y acciones como procesos articulados de manera recursiva (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987). En particular, las preguntas circulares y reflexivas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), perseguían generar información de las relaciones y las pautas de interacción y no de las personas en sí, permitiendo identificar diferencias en los marcos interpretativos de los miembros de la familia que se reflejaban en los marcos de comprensión mutua (Tomm, 1987a, 1987b, 1988). Esta forma de entender la terapia apuntaba ya, de alguna manera, a la adopción de una postura deconstruccionista, entendiendo la “patología” como un producto de las creencias de una cultura “binarista” acerca de la salud y la enfermedad, de lo normal y lo anormal, y de la necesidad de las personas por adaptarse a estos criterios (Cecchin, Lane y Ray, 2002).

Narrativas de la enfermedad. Alrededor de los años noventa, desde la sociología, la sociología médica y la antropología, se desarrolló una serie de estudios con un enfoque predominante de “historia de vida”, sobre la construcción narrativa de la enfermedad (*illness*), que destacaron el vínculo constitutivo entre la experiencia de los sujetos y su expresión a través del relato (Kleinman, 1988; Riessman, 1990; Hydén, 1997; Mattingly y Garro, 2000; Bury, 2001; Pierret, 2003; Mattingly, 2007). Una nota común de estos estudios es reconocer el potencial que tiene para el cambio la elaboración narrativa de la experiencia y su lugar central en los procesos de transformación identitaria, a partir de un proceso recursivo entre el padecimiento y los significados que le son atribuidos. Esto ha sido particularmente destacado en relación con el proceso de recuperación de usuarios de drogas, subrayando la reconstrucción narrativa de la identidad desde la perspectiva hermenéutica de P. Ricoeur (Taïeb, Révah-Lévy, Moro y Baubet, 2008; Ricoeur, 1995).

“Psicología posmoderna”. El abordaje narrativo se inscribe también directamente en la línea trazada por lo que se ha dado en llamar psicología “posmoderna”

(Cabruja, 1998; Polkinghorne, 2004; Tarragona, 2006; Gergen, 2007a). En primer lugar, adhiriéndose a la crítica de la visión reduccionista y sustancializada del positivismo en ciencias sociales, del empiricismo y el determinismo nomotético, y apostando, por el contrario, por una noción discursivo-interpretativa e interactiva del conocimiento y la intervención, reconociendo plenamente sus implicaciones éticas y políticas (Kvale, 1999).

En segundo lugar, en razón del desplazamiento de la atención de la interioridad psíquica a la intersubjetividad y a los paisajes discursivos sociales y culturales (Kvale, 1999). Descentramiento del yo que desemboca en una concepción del sujeto constituido a partir de su relación con otros, como emergente del discurso social, o bien, como una proliferación de rostros y máscaras, como encrucijada de discursos múltiples (Gergen, 2006b). Esto da lugar, tanto en la perspectiva posmoderna como en la intervención narrativa, al desarrollo de una lectura “desencializante” (Cabruja, 1998), entendida como intervención sobre construcciones discursivas externalizadas y no como interpretación de contenidos internos.

En tercer sitio, la preferencia en la psicología posmoderna por las estrategias transdisciplinarias de conocimiento, con privilegio de las aproximaciones multimetodológicas y de un enfoque hermenéutico y deconstructivo (Kvale 1999), así como la reivindicación de la investigación-acción y de los métodos cualitativos. Finalmente, el privilegio de los saberes locales y prácticos, de saberes descentrados, plurales y concretos. Reevaluación, así, de la práctica, en general, y de la práctica terapéutica, en particular, como espacio idóneo para la generación de conocimiento (Cabruja, 1998; Kvale, 1999; Polkinghorne, 1999).

Psicología Narrativa

Para situar la intervención narrativa en psicoterapia y en el abordaje del consumo de sustancias, nos parece conveniente hacer, todavía, una breve recensión de las coordenadas de la perspectiva narrativa en psicología. En primer lugar, la idea básica de que los seres humanos imponen una estructura al flujo desordenado de su experiencia mediante el lenguaje y el discurso narrativo (Crossley, 2000). En este sentido, Sarbin propuso el “principio narrativo”, señalando que las personas

perciben, imaginan y actúan de acuerdo con estructuras narrativas (Sarbin, 1986), las cuales remiten, así, a la constitución social de una realidad verosímil, dando forma a los objetos del mundo interno y externo, y confiriéndoles “derecho de realidad” (Bruner, 1991, 2003).

Consecuentemente, la psicología narrativa entiende la subjetividad como constituida en y por el lenguaje (Crossley, 2000), postulando que el sujeto surge, en primera instancia, como yo de la enunciación que se plantea a sí mismo como agente de una actividad simbólica que constantemente lo implica en el proceso de definirse a sí mismo (Sarbin, 1986; Crossley, 2000). El sujeto se singulariza, así, a partir de la búsqueda de significados y de su capacidad para crear y recrear, a través del lenguaje, el diálogo y la interacción, complejos paisajes subjetivos (Bruner, 1996).

Por otro lado, la elaboración narrativa de la experiencia supone la aplicación de una serie de ejes secuenciales y temporales (Sarbin, 1986; Bruner, 1991, 1996; Ricoeur, 1995). Todo relato está, en efecto, organizado en torno a una dimensión temporal que supone la posibilidad de remontarse al pasado y anticiparse al futuro. En la medida en que la temporalidad se conforma como una secuencia integrada de acontecimientos que se desenvuelven en una dirección y que tienen un punto de partida, un desarrollo y un desenlace (Crossley, 2000), la noción de tiempo y el principio narrativo resultan interdependientes (Sarbin, 1986).

Del mismo modo, el carácter narrativo de la experiencia implica de manera central la configuración de sentido. Sarbin (1986), señala, así, que los seres humanos echamos mano de tramas narrativas que confieren sentido a fenómenos y acontecimientos que en un principio carecen de él; introduce también la idea de “ruta metafórica” como recurso que provee los medios para la cognición de los acontecimientos emergentes, no codificados, permitiendo confrontar y asimilar situaciones disruptivas mediante la proyección de similitudes y analogías. Por su parte, K. Gergen aborda la cuestión del sentido subrayando el establecimiento de un punto final del relato que produciría de manera retroactiva una forma global y significativa de valoración de la experiencia (Gergen y Gergen, 1986; Gergen, 2007b).

Por último, tanto J. Bruner como T. Sarbin señalan que el relato refleja sentimientos, propósitos, intenciones, procesos deliberativos, etc., centrándose en los dilemas y predicamentos humanos y en los intentos por darles solución; de tal vínculo de la narrativa con las vicisitudes de la vida humana, se desprende la relación existente entre la narrativa y la acción y la inteligibilidad del mundo social (Bruner, 1996), así como una función normativa y de legitimación de la cultura (Bruner, 1991).

En concordancia con lo anterior, Schiff (2012), sostiene que la narrativa, no en tanto estructura, sino en tanto acción y proceso de creación de significado, tiene una función primaria de “hacer presente”, lo cual integra tres aspectos: 1) una función declarativa que consiste en hacer manifiesta la experiencia subjetiva; 2) una función temporal a partir de la cual se otorga significado a la articulación de pasado, presente y futuro y; 3) una función socio-espacial consistente en la co-construcción de formas de comprensión del mundo.

Perspectiva Narrativa en el Abordaje del Consumo de Drogas

Por lo que respecta en particular a la terapia narrativa, la entendemos como un conjunto de desarrollos en el que es posible identificar convergencias e intersecciones pero también diferencias, remitiendo a la utilización común de la metáfora narrativa como eje de la intervención. Bajo esta noción ampliada, la terapia narrativa comprendería la propuesta terapéutica de M. White (1989, 2002, 2007; White y Epston, 1993), la terapia conversacional de H. Anderson (1997; Anderson y Goolishian, 1988), el enfoque reflexivo de T. Andersen (1994, 1996), así como, tangencialmente, otros desarrollos de inclinación construccionista o constructivista (McNamee y Gergen, 1992; Neimeyer y Mahoney, 1998; McLeod, 2004; Smith y Nylund, 1997; Botella, Pacheco y Herrero, 1999; Brown y Augusta-Scott, 2007), e incluiría tanto abordajes familiares como individuales.

En apego al “principio narrativo”, esta perspectiva de intervención parte de la premisa de que la experiencia está narrativamente conformada y de que nuestra vida es un conjunto de relatos vividos (White y Epston, 1993); de tal manera que las narrativas producidas en el contexto terapéutico reorganizan y reestructuran el

significado de los acontecimientos de la experiencia. En concordancia con lo anterior, la terapia narrativa no atribuye los problemas que afectan a los seres humanos a la influencia de algún factor esencial, ya se trate de algún trastorno, de la reproducción de pautas de comunicación o de la prevalencia de relaciones disfuncionales, sino que más bien supone que aquello que los afecta es producto de una serie reiterada de discursos y relatos opresivos que limitan sus opciones de vida. Para el abordaje de los problemas, la terapia narrativa introduce como ejes centrales el relato de vida, la evocación e integración cognitiva y afectiva de la experiencia, y la construcción de significados, así como la colaboración, el intercambio conversacional y la intersubjetividad. Por último, reconociendo los efectos performativos y de adscripción del lenguaje, se tiene un especial cuidado en la utilización de los términos.

Para exponer la aplicación de esta perspectiva al abordaje del consumo de drogas, proponemos ahora articular el giro narrativo a partir de tres ejes: la constitución de un espacio colaborativo, la deconstrucción y las implicaciones políticas del problema, y los procesos integrativos resultantes.

Constitución de un espacio colaborativo. El primer aspecto destacado proviene, principalmente, de la propuesta “conversacional” de Anderson (1997) dirigida a des-jerarquizar la relación terapéutica y a establecer un vínculo propicio, tanto para el reconocimiento y aceptación del otro en su otredad, como para la consecución de una mayor reciprocidad entre consultante y terapeuta, permitiendo, así, la asunción abierta de los contenidos éticos del encuentro terapéutico (Anderson, 2001; Shotter, 2005), en un contexto de exploración seguro, no patológico y creativo (Smith y Nylund, 1997).

La terapia conversacional supone, en primera instancia, el ejercicio de una escucha activa que conlleva una profunda implicación con el consultante, mediante la adopción de una *posición de ignorancia* y de *no saber*, a partir de la cual el terapeuta despliega una genuina curiosidad por aprender del otro, eludiendo concentrarse en experiencias y conocimientos previos (Anderson, 1997, 2005) y optando por una postura interpretativa (Anderson y Goolishian, 1996). El proceso terapéutico se desarrolla, así, en un espacio dialógico horizontal, a partir

de una indagación colaborativa en proceso, en la que terapeuta y consultante aceptan que cada cual dispone de un conocimiento en áreas distintas, el consultante en su propia vida y el terapeuta en las formas de hacer fluir la conversación.

A través de lo anterior, se generan espacios comunes y de convergencia en la que los participantes exploran y construyen, sobre la base de la incertidumbre y la contingencia, nuevos territorios y nuevas formas de existencia (Anderson, 2001). El énfasis se pone en la conversación y no en sus contenidos, asumiéndola como “conversación generadora” en torno a la cual terapeuta y consultante crean una verdadera comunidad de significado (Anderson, 2005; Shotter, 2005). A lo largo del proceso tiene lugar una paulatina construcción de agencia en el sentido de que el consultante se abre a o crea activamente nuevas opciones de vida, dando lugar a la disolución de los problemas y a la conformación de historias ricas en significado.

De manera similar, White y Epston (1993), recomiendan adoptar una postura básica de curiosidad, de sorpresa compartida, que supone también una forma de co-autoría o de co-construcción de relatos alternativos, abiertos a otras posibilidades de significación, subrayando la mutualidad y la reciprocidad del trabajo terapéutico.

En cuanto a la aplicación de un enfoque narrativo al abordaje del consumo de drogas, Hicks (1997), plantea la conveniencia de generar un contexto reflexivo en el que el interés genuino por el otro derive, como elemento crucial de la intervención, en la formulación de proyectos, ideas, inquietudes, creencias y relatos. De igual modo, Tomkins (1998) y Man-Kwong (2011), recomiendan abrir un espacio de escucha que propicie un ejercicio rememorativo amplio, a fin de trascender el marco estrecho de las prácticas de consumo y tender vínculos con el contexto vital, cultural e histórico del sujeto.

Deconstrucción e implicaciones políticas. Esta dimensión remite a diversos procedimientos de deconstrucción y de-sustantivación del discurso y los saberes instituidos, así como al esclarecimiento de las relaciones de saber-poder implícitas en la relación terapéutica. Implica, al igual que la dimensión conversacional de la

terapia, un trabajo abierto a la incertidumbre y a la contingencia, en confrontación con categorías y esquemas preconcebidos. En tal espacio, se promueve la deconstrucción de los discursos dominantes y la resistencia a las formas rígidas de categorización, para promover la reconfiguración identitaria y el fortalecimiento del sujeto como autor de su propia existencia.

En este contexto, Sanders (2007), plantea diferentes estrategias de intervención para enfrentar los efectos de las etiquetas, diagnósticos y prescripciones impuestos a partir de la metáfora de la “enfermedad”, proceso que denomina *poética de la resistencia*. En su opinión, la intervención ha de favorecer la deconstrucción de categorías naturalizadas, potencializando las inconsistencias y quiebres del discurso dominante, apuntando a la reconstrucción de identidad y al fortalecimiento de la agencia personal ya señalados (Sanders, 1998, 2007).

A partir de reconocer que contar y volver a contar una historia puede no bastar para lograr la reconfiguración identitaria, C. Brown establece, como elemento crucial de la intervención narrativa, la deconstrucción activa de los discursos opresivos y la creación de historias alternativas basadas en el reconocimiento del carácter productivo del poder (White y Epston, 1993; Brown, 2007). De acuerdo con esto, una de las principales formas de abordaje narrativo del consumo de drogas se enfoca en la generación de relatos que amplían las visiones unívocas, a través de conversaciones centradas en lo atípico (Payne, 2002), de manera que el sujeto pueda sustraerse a las historias que han determinado sus percepciones y proyectarse a la consecución de “resultados únicos”, momentos de innovación narrativa externos a la historia “saturada de problemas” que, en tanto excepciones a la regla, pueden dar lugar a nuevas pautas narrativas.

Una vía para lograr la reconfiguración de la experiencia es la exploración y amplificación de relatos sometidos (White y Epston, 1993), con el objeto de remover los “problemas” naturalizados, promoviendo su politización y reinscripción social (Brown y Augusta Scott, 2007); planteamiento que sugiere situar la práctica terapéutica como proceso político que tiene lugar en un espacio interpersonal con profundas resonancias comunitarias (Brown, 2007). Otra forma de intervención es la externalización (White y Epston, 1993; White, 2002; White, 2007), cuya premisa

es que el discurso dominante tiende a identificar el problema con la persona, instaurando discursos “patologizantes” con un fuerte efecto pregnante. La externalización actúa entonces como antídoto contra la internalización de los problemas, gracias a que promueve la separación entre éstos y la persona (White, 2007).

Según Callahan (2001), en el marco del abordaje del consumo de drogas, esta estrategia puede abarcar varios procesos. El primero supone un proceso de *des-identificación* con respecto a las construcciones de los discursos dominantes (por ejemplo, la etiqueta de “adicto” que permea, desde el saber médico, el discurso social). El segundo comprende la *des-esencialización*, que implica reconocer que las creencias, valores, compromisos y motivaciones de una persona no se reducen a sus aspectos internos, sino que están situados histórica, política y culturalmente, lo que lleva a que el consumo de drogas mismo pueda ser situado como un síntoma social. En tercer sitio figura el *reconocimiento de la influencia del problema* consistente en la posibilidad de que la persona replantee su relación con éste, haciendo visibles aspectos que hasta entonces habían permanecido silenciados u ocultos. Por último, la *objetivación del problema como algo que acontece*, lo cual permite separarlo de la identidad del sujeto, desalojando la idea de la persona-como-problema y permitiendo al consultante construir opciones de vida que no incluyen el consumo. Estas estrategias de externalización han sido ampliamente utilizadas en la atención de quienes buscan cambiar su relación con las drogas (Sanders, 1997, 1998; Tomkins, 1998, Callahan, 2001; Trujano y Limón, 2010).

Otro elemento del que se vale el abordaje narrativo para relativizar los efectos esencializantes del poder son los documentos terapéuticos, en particular las cartas que, según Callahan (2001), pueden ser utilizadas para minar los discursos instituidos y recuperar la singularidad de la experiencia de las personas. Callahan considera incluso que las cartas y documentos terapéuticos constituyen un recurso alternativo a las “notas clínicas”, las cuales suelen reducir la experiencia de las personas a tecnicismos psicológicos y marcos teóricos preestablecidos. Diamond (2002), subraya en este sentido, las potencialidades de la escritura (en particular,

a través de cartas) para proyectar la relación terapéutica más allá de los muros del consultorio. Para su configuración, recomienda centrarse en temas importantes y de interés para el consultante, el uso de un lenguaje llano y un tono conversacional que reflejen las particularidades de la relación terapéutica, reproduciendo un tono de aceptación empática mantenido durante el proceso.

En cuanto a los procesos de reconstitución identitaria, Irving (2011), reconoce tres vías de desarrollo en el caso de usuarios de drogas en tratamiento: la reformulación del contenido de la propia historia, una mayor conciencia de los acontecimientos biográficos y la renegociación del poder y control sobre la propia existencia. El abordaje terapéutico permite poner en cuestión la noción de “ser adicto”, trascendiendo los márgenes estrechos del diagnóstico clínico y reconociendo, en cambio, que el proceso ha de situarse en relación con la dinámica política, social y cultural del problema. Se trata de la revisión de fórmulas con una fuerte carga ideológica que constriñen la identidad de los sujetos, impidiéndoles pensar la problemática como externa a ellos y echar mano de sus recursos para solucionarla (Sanders, 1997, 1998, 2007; Callahan, 2001). A este respecto habría que señalar que desde una perspectiva distinta, no narrativa, McIntosh y McKenagey (2000), sostienen que el proceso de recuperación transita efectivamente por la construcción de una “identidad no-adicta”.

Los mismos determinantes socioculturales y políticos que permean la historia de los consultantes delimitan también la configuración del propio contexto terapéutico como proceso político (Smith y Nylund, 1997; White, 2002; Diamond, 2002). En efecto, el contexto terapéutico reproduce necesariamente el ejercicio de ciertas formas de poder (White, 2002), tanto en el sentido de que éste es constitutivo e inherente a nuestra organización social (Brown, 2007), como en el de que sus efectos son productivos y generativos de realidad (White y Epston, 1993). En este sentido, se ha señalado la necesidad de evitar que el discurso del terapeuta opere como una “narrativa maestra”, como un relato culturalmente dominante que se impone al del consultante, indicándole, a veces de manera poco visible o sutil, cómo re-escribir su historia o cómo forjar una “mejor” narrativa de vida.

Recursos y efectos integrativos. La expresión de percepciones, sensaciones, afectos y recuerdos supone por fuerza la selección y articulación de lo vivido según ciertos marcos de sentido; ello deja inevitablemente fuera, sin integrar significativamente, algunos de los elementos emergentes de la experiencia. Este exceso de lo vivido implica que el discurso narrativo está siempre inconcluso y que ante la imposibilidad de arribar a un sentido último, se abre un espacio discursivo de posibilidades prácticamente infinitas. Bajo estos supuestos, puede plantearse que la intervención narrativa provee al consultante de recursos que le permiten estructurar y dotar de sentido a su experiencia; por ejemplo, a través de la elaboración de tramas cada vez más densas en cuanto a matices, connotaciones e implicaciones subjetivas, o bien, de narrativas crecientemente coherentes en cuanto a la convergencia entre expectativas de vida y desenvolvimiento de la historia (Gergen, 2007b).

Por lo que se puede referir al proceso elaborativo, White y Epston (1993), subrayan la importancia de recuperar la experiencia vivida, de favorecer la percepción de la dimensión temporal de la existencia y la conformación de perspectivas múltiples, promoviendo la polisemia y la recuperación de formas de expresión cercanas al discurso coloquial y a los saberes locales. Destacan, así mismo, el papel que pueden jugar en el cambio narrativo los significados implícitos, reconociendo, al igual que Bruner cuando se refiere al modo subjuntivo (1996), los beneficios de una postura reflexiva e interpretativa, y de la consecución de un mayor sentido de lo posible.

En convergencia con estos puntos, la investigación en psicoterapia ha identificado diversos factores discursivos y narrativos asociados al proceso de lograr una mayor integración y bienestar psicológicos (ver Tabla 1).

Estudio	Resultados
Gergen y Gergen, 1986; Gergen, 2007b	Una historia progresiva, asociada con el bienestar psicológico, registra un movimiento ascendente en el que el curso de los acontecimientos relatados se aproxima a un estado o meta deseados
Angus y Hardtke, 1994; Angus y	El proceso terapéutico comprende tres componentes: un proceso

Bouffard-Bowes, 2003; Hardtke y Angus, 2004	“externo” de reestructuración de episodios biográficos; un proceso “interno” de identificación de afectos; y un proceso de análisis “reflexivo” y de articulación de un nuevo sentido biográfico global
Salvatore y cols., 2006	La intervención terapéutica permite organizar los afectos y acontecimientos con un mayor nivel de coherencia
Ramírez y Pennebaker, 2006	La integración psicológica y el bienestar se reflejan en una mayor articulación secuencial, la diferenciación cognitiva de la experiencia, la selección de afectos “positivos” y un mayor uso de pronombres personales
Singer y Rexhaj, 2006	Una narrativa bien integrada está orientada relacionamente, socialmente anclada, imbuida de sentimientos de autoría personal y abierta al examen de posiciones alternativas; al mismo tiempo es flexible y susceptible de reconfigurarse a partir de la intervención activa del sujeto
Angus y Hardtke, 2007	Los marcadores discursivos que reflejan una mayor integración narrativa y un mayor bienestar psicológico comprenden un claro inicio, desarrollo y desenlace de la historia; así como un sentido de resolución internamente vivido, a partir del cual el sujeto logra una mayor coherencia interna, agencia personal y esperanza
Gonçalves, Matos y Santos, 2009	Los procesos de cambio sostenido dependen de la conformación de una perspectiva meta-narrativa acerca del proceso de cambio (reconceptualización), con un posicionamiento activo del sujeto como autor del relato
Tabla 1. Estudios que abordan factores narrativo-discursivos asociados al proceso de elaboración e integración psicológica en psicoterapia	

En cuanto al abordaje narrativo del consumo de sustancias, Tomkins (1998) propone un ejercicio rememorativo, consistente en hacer un atento recuento de lo vivido, en hilar y deshilar el recuerdo fomentando el desarrollo de descripciones cuidadosas y detalladas, a fin de que la historia pueda convertirse en un relato abundante, rico en posibilidades de sentido. Aunado a esto, el proceso narrativo favorece la reconfiguración identitaria, a partir de superar las formas de ser estereotipadas y deficitarias, así como de desmitificar los discursos de impotencia y desamparo que suelen configurarse alrededor del uso problemático de drogas, abriendo otras formas de devenir, más afines a los intereses, deseos y aspiraciones de la persona (Pacheco y Suarez, 2008; Trujano y Limón, 2010).

La posibilidad de crear nuevos significados y articularlos en una construcción alternativa de sentido puede concretarse también bajo la forma de formulaciones

metafóricas de la experiencia. Shinebourne y Smith (2010), afirman que, tanto en lo general como en el caso de usuarios de sustancias, la metáfora constituye un medio propicio para expresar de manera vívida, compacta e intensa, experiencias, acontecimientos y afectos, en particular cuando éstos resultan dolorosos; la metáfora promueve el *insight* y un entendimiento más profundo y significativo de las cosas, estimulando el descubrimiento y la apertura de alternativas. Hegarty, Smith y Hammersley (2010), proponen la formulación de una metáfora de “viaje” en torno al proceso de recuperación del uso de sustancias. El proceso consiste en un ejercicio de figuración que alude a la decisión de efectuar un cambio, a la experiencia de “migración” identitaria (White, 2002, 2007) y a la reintegración social, a través de preguntas acerca de la partida, el trayecto y la llegada. Al final de la intervención, se celebra un ritual de término y se abre nuevamente la metáfora para dar lugar a la imaginación de nuevos cauces de vida. Por su parte, Horrocks (2002), subraya la formación de narrativas que representan los cambios vividos en el tratamiento a través de metáforas como las de “estar avanzando”, “estar limpio”, “volverse a integrar la vida”, y así sucesivamente. En concordancia con esto, Hänninen y Koski-Jännes (2004), encuentran que conforme los usuarios de drogas se aproximan al término de un tratamiento sus relatos adquieren una mayor integración y organización, dando cuenta de la recuperación de una vida sin consumo; del mismo modo, se desarrollan esquemas narrativos mejor ajustados a la experiencia personal.

Por otro lado, Hegarty y colaboradores (2010), al igual que Man-Kwong (2011), plantean advertir al consultante desde el inicio del tratamiento y a través de diversos recursos, acerca de las dificultades que eventualmente pueden amenazar el mantenimiento de la abstinencia. Man-Kwong, recurriendo a la externalización y a la idea de “migración” identitaria, advierte a las personas que están en proceso de “cambiar su relación con las drogas” de la posibilidad de caer en tres “trampas” o mistificaciones frecuentes. Primero, la creencia de que volver a tener contacto con las drogas representa un fracaso, lo que lleva a obviar otras experiencias de logro y a abandonar el “viaje”; segundo, el que, en el contexto de una fuerte sanción social, las personas al volver a consumir sustancias se vean abrumadas

por la vergüenza y decidan no hablar de ello; y tercero, la idea de que el haber puesto fin al consumo representa la culminación del proceso, resultando el consultante víctima de una excesiva confianza.

Otra forma de intervención, especialmente indicada en el caso de quienes han sufrido de marginalidad e invisibilidad social (White, 2002), como es el caso de muchos de quienes han usado drogas, son las ceremonias de definición, basadas en el “equipo reflexivo” de T. Andersen (1994), y que constituyen una serie de entrevistas que involucran al consultante, terapeuta y otros participantes (especialistas, familiares, miembros de la comunidad, etcétera), a partir de las cuales se hace posible tanto la externalización y distanciamiento del problema, como el mutuo reconocimiento y fortalecimiento de la propia valía. White (2002), sostiene que esta intervención requiere que los involucrados se refieran a su experiencia personal, intereses, intenciones y motivaciones, evitando situarse como poseedores de la “verdad”.

Dentro de las alternativas dirigidas a promover el “engrosamiento” de la historia o la configuración de relatos alternativos se cuentan también las cartas y documentos terapéuticos (Callahan, 2001; Man-Kwong, 2011; Wixson, 2000). Ambos representan un medio para ampliar la reflexión en torno al encuentro terapéutico, clarificar cuestiones previamente abordadas, fortalecer el vínculo con el consultante y reactivar el trabajo elaborativo. Los autores recomiendan citar de manera textual lo dicho por las personas y no parafrasear o interpretar; se pueden incluir, sin embargo, citas de otras personas con experiencias similares a la del consultante, de manera que el terapeuta se retira del lugar del que sustenta el saber y se localiza más bien como mediador de un saber comunitario.

En un amplio recuento testimonial, Anthony C. (2004), respalda la incorporación al tratamiento del uso de drogas de actos de celebración, transgresión, hospitalidad y creatividad. En coincidencia con otros autores, plantea la revisión de la relación mantenida con las sustancias a través de conversaciones externalizadoras, estrategias deconstructivas y el reconocimiento del lugar que las drogas han ocupado en la vida de la persona. Igualmente, confirma, desde su experiencia, la

significación de estrategias como el rito de pasaje, las ceremonias de definición, las conversaciones rememorativas y los documentos terapéuticos.

Una Alternativa para el Tratamiento del Uso de Drogas

La intervención narrativa permite el acercamiento a los problemas no a partir de sus determinantes sino de sus significados. Se centra, así, en la deconstrucción y reconstrucción de los relatos que dan forma a la trama de nuestra existencia y en la remoción de los discursos estereotipados que contribuyen a la reproducción de situaciones problemáticas.

El intercambio conversacional con inclusión de múltiples voces, donde cada cual aporta desde su propia singularidad nuevos significados, conexiones y combinatorias de sentido (Hoffman, 2001), converge en el aprovechamiento del potencial generativo y elaborativo de los relatos, posibilitando la configuración de nuevas narrativas y “una re-evaluación más satisfactoria” de la realidad y de los acontecimientos (Botella, Pacheco y Herrera, 1999, *apvd.* McLeod). De esta manera, la narrativa opera como un medio sensible y abierto a la multiplicidad y a la polisemia, para la (re)constitución de la experiencia social y humana.

Así pues, para concluir, dedicamos unas cuantas líneas para exponer algunas de las razones por las que en nuestra opinión este enfoque puede representar una alternativa para la atención del consumo de sustancias. Estas consideraciones no pretenden ser exhaustivas y no apuntan sino a destacar algunas líneas de reflexión que pueden ser relevantes para dejar al menos planteado el tema en el contexto actual de la atención del problema.

En primera instancia, al basarse en un vínculo de aceptación y escucha, la intervención narrativa y conversacional permite el despliegue de un espacio de confirmación y de confianza y genera condiciones para efectuar un intenso trabajo de resignificación de la experiencia. Se trata, ante todo, de una relación de *hospitalidad* en el sentido de abrirse al otro y a su alteridad sin pretender someterlos o reducirlos a cánones o expectativas preestablecidos. Por esta razón, la intervención narrativa puede resultar especialmente indicada para revertir los efectos de la exclusión y la estigmatización, evitando, al mismo tiempo, los efectos

del re-etiquetamiento derivados de una categorización demasiado estrecha del problema (White, 2002; Etherington, 2006; Sanders, 2007).

La segunda ventaja del abordaje narrativo, la de poder conducir la intervención con base en un criterio de "indexicalidad" (Cabruja, Íñiguez y Velázquez, 2000), es decir, a partir del mundo de experiencia y significado del propio consultante tal como se configura en un momento determinado, resulta complementaria de la anterior, permitiendo que la intervención se geste a partir de los propios proyectos identitarios y capacidades del consultante, en el marco de su propia historia y condiciones de vida.

Por otra parte, el abordaje narrativo facilita una integración social y subjetivamente significativa de los efectos perturbadores que en general afectan al ser humano como producto de su inserción en la cultura pero, en particular, de aquéllos que derivan de situaciones traumáticas, de violencia o pérdida que con frecuencia resultan cercanas a la experiencia de usuarios de sustancias (Etherington, 2007a y b). Finalmente, la terapia narrativa ofrece medios para reconfigurar las construcciones identitarias, del vínculo y de pertenencia, elementos que representan claves relevantes en el proceso de reintegración social (McIntosh y McEnagey, 2000; Hänninen y Koski-Jännes, 2004; Etherington, 2006).

La sensibilidad del abordaje narrativo con respecto a las características del consultante, permite eludir los efectos de prescripciones normativas preestablecidas, y dismantelar las dicotomías naturalizadas que operan de manera dominante en el campo del uso de drogas, para reconocer que, en última instancia, salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, se unen inextricablemente en sus mutuas implicaciones y significados. Por esta vía, la intervención narrativa puede sustraerse a la reproducción acrítica del discurso social instituido en torno a las drogas (Alfaro y Monsalve, 2004), salvando así el riesgo de naturalizar las "desviaciones" y el reduccionismo producto de enfoques adaptativos (Sanders, 1998, 2007), y dando lugar una apertura dialógica de claras dimensiones éticas (Shotter, 2005), capaz de reforzar el lugar del sujeto como autor o, más bien, coautor de su propia vida.

A partir de esta apertura, la narrativa da pauta al juego de tensiones y al acomodamiento de fuerzas centrífugas y centrípetas, entre la reproducción y la reinención de pautas y normas. Permite, así, encarar el uso de drogas y de su abandono, lo mismo que la reintegración social, como un proceso de construcción de opciones de vida y de sentido socialmente significativas y al mismo tiempo abiertas a un horizonte imprevisible de posibilidades (Anderson, 2001).

De este modo, promoviendo la construcción reflexiva de nuevos horizontes de experiencia y potencializado los alcances del cambio en la configuración de nuevos proyectos de vida, la terapia narrativa no puede sino renunciar a alcanzar un presunto estado final de bienestar o de “normalidad” y, más bien, asumir la incompletud inherente a la condición del ser humano. La intervención nos confronta así, a cada momento, con el carácter inconcluso de nuestro presente y con la incógnita de nuestro futuro. Al permitir, de tal modo, el despliegue ante nosotros de una extensa diversidad de posibilidades y, al mismo tiempo, situarnos como seres finitos, confrontados con los límites de nuestra existencia, la narrativa nos remite, en última instancia, a una dimensión óptica y política que la mirada dominante del consumo de drogas tiende a acallar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, J. y Monsalve, T. (2004). Diversidad de los sistemas locales de significación del objeto social drogas, Modelo Factores de riesgo y acción preventiva. **Persona y Sociedad**, **18**(19), 99-110. Recuperado de: <http://www.personaysociedad.cl/diversidad-de-los-sistemas-locales-de-significacion-del-objeto-social-drogas-modelo-factores-de-riesgo-y-accion-preventiva/>
- Andersen, T. (1994). **El equipo reflexivo, Diálogos y diálogos sobre los diálogos**. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: S. McNamee y K. Gergen (Comps.), **La terapia como construcción social** (pp.77-91). Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1997). **Conversación, lenguaje y posibilidad. Un enfoque posmoderno de la terapia**. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Anderson, H. (2001). Ethics and uncertainty: Brief unfinished thoughts. **Journal of Systemic Therapies**, **20**(4), 3-6.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En: G. Limón Arce (comp.), **Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas** (pp. 59-67). México: Pax.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications of clinical theory. **Family Process**, **27**(4), 371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: S. McNamee y K. Gergen (coord.). **La terapia como construcción social** (45-59). Barcelona: Paidós.
- Angus, L. y Bouffard-Bowes, B. (2003). “No lo entiendo”: La búsqueda de sentido emocional y coherencia personal ante una pérdida traumática durante la infancia. **Revista de Psicoterapia**, **12**(49), 25-46.
- Angus, L. y Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. **Canadian Psychology**, **35**(2), 190-203.
- Angus, L. y Hardtke, K. (2007). Margaret’s story: An intensive case analysis of insight and narrative process change in client-centred psychotherapy. En L.

Castonguay y C. Hill (eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 187-205). Washington: American Psychological Association.

Anthony C. (2004). Narrative maps of practice: Proposals for the deconstructing Addiction League. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2004(1), 1-9. Recuperado de: <http://www.dulwichcentre.com.au/deconstructing-addiction.html>

Bajtín, M. (1989). *Teoría y estética de la novela*. Madrid: Editorial Taurus.

Bajtín, M. (1999). El problema de los géneros discursivos (10a. ed.). En *Estética de la creación verbal* (pp. 248-293). México: Siglo XXI Editores.

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Botella, L., Pacheco, M. y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 10(37), 5-28.

Brown, C. y Augusta-Scott, T. (eds., 2007). *Narrative Therapy. Making meaning, making lives*. Thousand Oaks: Sage.

Brown, C. (2007). Situating knowledge and power in the therapeutic alliance. En C. Brown y T. Augusta-Scott (eds.). *Narrative Therapy. Making meaning, making lives* (pp. 3-22). Thousand Oaks: Sage.

Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21.

Bruner, J. (1996). *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.

Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bury, M. (2001). Illness narrative: Fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23, 263-285.

Cabruja, T. (1998). Psicología social crítica y posmodernidad, Implicaciones para las identidades construidas bajo la racionalidad moderna. *Revista Anthropos, Huellas del conocimiento*, 177, 49-59.

- Cabruja, T., Iñiguez, L. y Vázquez, F. (2000). Cómo construimos el mundo: relativismo, espacios de relación y narratividad. *Análisi*, **25**, 61-94. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Analisi/article/view/15050>
- Callahan, T. (2001). Alcohol, drugs and suffering. *Dulwich Centre Journal*, **2001**(3y4), 1-8.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Buenos Aires: Paidós.
- Crossley, M. (2000). *Introducing narrative psychology, Self, trauma and the construction of meaning*. Filadelfia: Open University Press.
- Czarniawska, B. (2006). *Narratives in social science research*. Londres: Sage Publications.
- Derrida, J. (1986). *De la gramatología* (4a. ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Derrida, J. (1997). *Posiciones*. Valencia: Pre-Textos.
- Derrida, J. (2003). Firma, acontecimiento, contexto. En *Márgenes de la filosofía* (pp. 347-372). Madrid: Editorial Cátedra.
- Derrida, J. (2006). *La Hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Diamond, J. (2002). *Narrative means to sober ends, Treating addiction and its aftermath*. Nueva York: The Guilford Press.
- Efran, J. y Lukens, M. (1993). Epistemología y el reino mágico. En The Newfield Group (ed.), *El mundo según Humberto Maturana* (pp. 1-16). Santiago: Networker.
- Etherington, K. (2006). Understanding drug misuse and changing identities: A life story approach. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, **13**(3), 233–245.
- Etherington, K. (2007a). Loss and trauma in the lives of people with a history of drug abuse. *Journal of Loss and Trauma*, **12**(1), 59–72.
- Etherington, K. (2007b). The impact of trauma on drug users' identities. *British Journal of Guidance & Counselling*, **35**(4), 59-72.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1978). **Historia de la sexualidad 1, La voluntad de saber** (3a. ed.) México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1980). **El orden del discurso** (2a. ed). Barcelona: Tusquets Editores.

Foucault, M. (1986). **Historia de la sexualidad 2, El uso de los placeres**. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1987). **Historia de la sexualidad 3, La inquietud de sí**. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1992). **Microfísica del poder**. Madrid: La Piqueta Ediciones.

Foucault, M. (1994). **Hermenéutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta Ediciones.

Foucault, M. (2006). **Seguridad, territorio, población**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freedman, J. y Combs, G. (1996). **Narrative Therapy. The social construction of preferred realities**. New York: W.W. Norton & Company.

Gergen, K. (2006a). **Construir la realidad**. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (2006b). **El yo saturado, Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo**. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (2007a). La ciencia psicológica en el contexto posmoderno. En Á. Estrada y S. Diazgranados (Trad. y comps.), **Kenneth Gergen, Construccionismo social, Aportes para el debate y la práctica** (pp. 93-123). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales.

Gergen, K. (2007b). La autonarración en la vida social. En A. Estrada y S. Diazgranados (Trad. Y comps.), **Kenneth Gergen, Construccionismo social, Aportes para el debate y la práctica** (pp. 153-188). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales.

Gergen, K. y Gergen, M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. En Th. Sarbin (ed.), **Narrative psychology, The storied nature of human conduct** (pp. 22-44). Westport: Praeger.

- Gonçalves, M., Matos, M. y Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. **Journal of Constructivist Psychology**, **22**(1), 1-23.
- Guidano, V. (1994). **El sí-mismo en proceso, hacia una terapia cognitiva posracionalista**. Barcelona: Paidós.
- Hänninen, V. y Koski-Jännes, A. (2004). Stories of attempts to recover from addiction. En P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes y L. Öjesjö (eds.), **Addiction and life course** (pp. 231-246). Helsinki: NAD Publication no. 44.
- Hardtke, K. y Angus, L. (2004). The Narrative Assessment Interview: Assessing self-change in psychotherapy. En L. Angus y J. McLeod (eds.), **The handbook of narrative and psychotherapy, Practice, theory and research** (pp. 247-262). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hegarty, T., Smith, G. y Hammersley, M. (2010). Crossing the river: A metaphor for separation, liminality, and reincorporation. **The International Journal of Narrative Therapy and Community Work**, (2), 51-58.
- Hicks, T. (1997). Sex, Drugs, and Postmodern Therapy: A Teen Finds Her Voice. En S. Craig y D. Nylund (eds.), **Narrative therapies with children and adolescents** (pp. 382-399). New York: The Guilford Press.
- Hoffman, L. (1990). Construyendo realidades: un arte de lentes. **Family process**, **29**(1), 1-19.
- Hoffman, L. (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: una perspectiva comunal. **Sistemas Familiares**, **1** (2), 17-33.
- Horrocks, C. (2002). Drug Misuse: Taking a Narrative Approach as a Means of Exploring ‘Self-Change’. En C. Horrocks, N. Kelly, B. Roberts y D. Robinson (eds.), **Narrative, memory and life transitions** (pp. 75-83). West Yorkshire: University of Huddersfield.
- Hydén, L. (1997). Illness and narrative. **Sociology of Health & Illness**, **19**, 48-69.
- Irving, A. (2011). Life story narratives of recovery from dependent drug and alcohol use: A tool for identity reconstruction within a therapeutic community. **Therapeutic Communities**, **32**(3), 182-200.
- Kleinman, A. (1988). **The illness narrative. Suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books.
- Kvale, S. (1999). **Psychology and postmodernism**. Londres: Sage Publications.

- Limón, G. (comp., 2005). **Terapias Postmodernas. Aportaciones construccionistas**. México: Editorial Pax.
- Maturana, H. y Varela, F. (1984). **El árbol del conocimiento**. Santiago: Editorial Universitaria.
- Man-Kwong, H. (2011). **Overcoming craving: the use of narrative practices in breaking drug habits**. Recuperado de <http://www.dulwichcentre.com.au/overcoming-craving.html>
- Mattingly, Ch. y Garro, L. (eds., 2000). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. Berkeley: University of California Press.
- Mattingly, Ch. (2007). **Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience**. Reino Unido: Cambridge University press.
- McIntosh, J. y McKenagey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: Constructing a non-addict identity. **Social Science and Medicine**, *50*(10), 1502-1510.
- McLeod, J. (2004). **Narrative and Psychotherapy**. Londres: Sage Publications.
- McLeod, J. (2006). Narrative thinking and the emergence of postpsychological therapies, **Narrative Inquiry**, *16*(1), 201–210.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). **La terapia como construcción social**. Barcelona: Paidós.
- Niemeyer, R., y Mahoney, M. (1998). **Constructivismo en psicoterapia**. Barcelona: Paidós.
- Pacheco, A. y Suárez, M. (2008). Co-construyendo historias: a la búsqueda de hechos luminosos en los relatos familiares sobre el consumo de drogas. **Interamerican Journal of Psychology**, *42*(3), 537-548. Recuperado de 2011 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442314>
- Payne, M. (2002). **Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales**. Buenos Aires: Paidós.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: State of Knowledge and perspectives for research. **Sociology of Health & Illness**, *25*, 4-22.
- Polkinghorne, D. (1999). Postmodern epistemology of practice. En S. Kvale, **Psychology and postmodernism** (pp. 146-165). Londres: Sage Publications.

- Polkinghorne, D. (2004). Narrative therapy and postmodernism. En L. Angus y J. McLeod (eds.), ***The handbook of narrative and psychotherapy, Practice, theory and research*** (pp. 53-67). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ramírez, N. y Pennebaker, J. (2006). Do good stories produce good health? Exploring words, language, and culture. ***Narrative Inquiry***, 16(1), 211–219. Recuperado de: <http://poetryforpersonalpower.com/wp-content/uploads/2011/10/good-stories-produce-good-health.pdf>
- Ricoeur, P. (1995). ***Tiempo y narración***, tres tomos (*Configuración del tiempo en el relato histórico, Configuración del tiempo en el relato de ficción y El tiempo narrado*). México: Siglo XXI Editores.
- Riessman, Catherine (1990). Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note. ***Social Science & Medicine***, 30, 1195-1200.
- Salvatore, G., Conti, L., Fiore, D., Carcione, A., DiMaggio, G. y Semerari, A. (2006). Disorganized narratives: Problems in treatment and therapist intervention hierarchy. ***Journal of Constructivist Psychology***, 19(2), 191-207.
- Sanders, C. (1997). Re-authoring problem identities: Small victories with young persons captured by substance misuse. En C. Smith y D. Nylund (eds.), ***Narrative therapies with children and adolescents*** (pp. 400-422). New York: The Guilford Press.
- Sanders, C. (1998). Substance misuse dilemmas: A postmodern inquiry. En S. Madigan e I. Law (eds.), ***Praxis: Situating discourse, feminism and politics in narrative therapies*** (pp. 143-162). Vancouver: Yaletown Family Therapy Press.
- Sanders, C. (2007). A poetics of resistance, Compassionate practice in substance misuse therapy. En C. Brown y T. Augusta-Scott (eds.), ***Narrative Therapy. Making meaning, making lives*** (pp. 59-76). Thousand Oaks: Sage.
- Sarbin, T. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. En T. Sarbin (ed.), ***Narrative psychology, The storied nature of human conduct*** (pp. 3-21). Westport: Praeger.
- Schiff, B. (2012). The function of narrative: Toward a narrative psychology of meaning. ***Narrative Works; Issues, Investigations, & Interventions***, 2(1), 33-47. Recuperado de: <http://journals.hil.unb.ca/index.php/NW/article/view/19497/21112>

- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. ***Family Process***, **19**(1), 3-12.
- Shinebourne, P. y Smith, J. (2010). The communicative power of metaphors: An analysis and interpretation of metaphors in accounts of the experience of addiction. ***Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice***, **83**(1), 59-73.
- Shotter, J. (2005). Acknowledging unique others: Ethics, “expressive realism,” and social constructionism. ***Journal of Constructivist Psychology***, **18**(2), 103-130.
- Simon, R. (1993). Visión del mundo desde el ojo de una rana. En The Newfield Group (ed.), ***El mundo según Humberto Maturana*** (pp. 17-32). Santiago: Networker.
- Singer, J. y Rexhaj, B. (2006). Narrative coherence and psychotherapy: A commentary. ***Journal of Constructivist Psychology***, **19**(2), 209–217.
- Smith, C. y Nylund, D. (eds., 1997). ***Narrative therapies with children and adolescents***. New York: The Guilford Press.
- Taïeb, O., Révah-Lévy, A., Moro, M. y Baubet, T. (2008). Is Ricoeur's notion of narrative identity useful in understanding recovery in drug addicts? ***Qualitative Health Research***, **18**(7), 990-1000.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas, Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. ***Psicología Conductual***, **14**(3), 511-532. Recuperado el 4 de octubre de 2010 de: http://www.terapiainpacto.com/userfiles/98412/file/10_TARRAGONA.pdf
- Tomm, K. (1987a). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. ***Family Process***, **26**(1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. ***Family Process***, **26**(2), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic, or Reflexive Questions? ***Family Process***, **27**(1), 1-15.
- Tomkins, S. (1998). Deserving the best: Challenging rules in therapy. ***A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice***, **3**, 40-48. Recuperado de: <http://www.narrativetherapylibrary.com/free-downloads/deserving-the-best-challenging-rules-in-therapy.html>

- Trujano, P. y Limón, G. (2010). De la patología a la normalidad: Deco-construcción y empoderamiento. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, **13**(3), 20-45. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19306>
- Vayreda, A., Tirado, F. y Doménech, M. (2005). Construccinismo social, narratividad y simetría. En G. Limón Arce (comp.), *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 141-165). México: Pax.
- Von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Seaside, C.A: Intersystems Publication.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1989). *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida, Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W.W. Norton & Company
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wixson, J. (2000). Letters in the Street: A narrative based outreach approach. *A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, **2000**(2), 50-58.