

Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos

Therapeutic relationship as an axis of change in young people with alcohol, anorexia and video game problems

Enviado: 17 de junio de 2016 / Aceptado: 5 de octubre de 2016

Laura Ximena Dueñas Ramírez*
María Cristina Riveros Reina**

Forma de citar este artículo en APA:

Dueñas Ramírez, L. X. (2017). Relación terapéutica como eje de cambio en jóvenes con problemas de alcohol, anorexia y videojuegos. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 17-37.
Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2260>

Resumen

Este artículo presenta la investigación realizada con el objeto de comprender las pautas que se configuran en la relación terapéutica y la manera como dicha relación influye en la construcción del cambio, tomando como modelo la reconfiguración de identidad de los consultantes, en tres procesos interventivos asociados al consumo de alcohol, juego online y trastornos de la conducta alimentaria. Se asume una perspectiva sistémica compleja, apoyada en una metodología cualitativa y un análisis holístico de la información; se realiza un ejercicio comparativo entre los tres casos, a lo largo de tres momentos del proceso terapéutico, lo cual posibilita establecer diferencias y similitudes entre estas problemáticas en pro de su comprensión clínica y terapéutica; los resultados arrojan en el terceto de casos la importancia innegable de la relación terapéutica en los procesos de cambio, destacando una relación humana, colaborativa y respetuosa, en la que sea posible hablar de la comunicación misma y hacer explícito el proceso afectivo, emocional y reflexivo que se va generando, de modo que la relación se constituya en un vehículo seguro y confiable de transición hacia nuevas formas de concebir y experimentar el mundo, a otros y a sí mismo, parámetros que dan cuenta de la reconfiguración de la identidad. Ello implica la exigencia de realizar ajustes particulares en cada caso en lo atinente a la coordinación interactiva, el contacto comunicativo, las actitudes emocionales y las comprensiones en torno al problema- en la relación entre paciente y terapeuta en función de la pauta misma del problema, del marco de referencia de los consultantes y de los procesos autorreferenciales del terapeuta.

* Maestría en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: laura_ximena89@hotmail.com

** Maestría en Psicología Clínica y de Familia, Universidad Santo Tomas, Docente Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: macrisriveros@gmail.com



Palabras clave:

Adicción; Adicción a Videojuegos; Alcoholismo; Anorexia; Identidad; Relación Terapéutica; Terapia Sistémica.

Abstract

This article presents the Research–Intervention performed with the aim of understanding the patterns that are configured in the therapeutic relationship, and the way in which this relation influences in the construction of change, taking as reference the reconfiguration of the identity of the consultants in three interventional processes associated with problematic alcohol consumption, video game addiction, and eating disorders. A complex Systemic perspective is assumed, supported by a qualitative methodology and a holistic analysis of the information, from which it is performed in comparison between the three cases, at three stages of the therapeutic process, that makes possible to establish differences and similarities among the three problems on behalf of its clinical and therapeutic understanding. The results show in all three cases the undeniable importance of the therapeutic relationship on the processes of change, stressing the relevance of a human encounter, and a collaborative and respectful relationship, in which it is possible to talk about the communication itself, and make explicit the affective, emotional and reflective process that are generated through the way in which the relation is constituted as a secure and reliable vehicle for transition to new ways of thinking and experiencing the world, others and himself. This process requires particular adjustments at a level of interactive coordination, communicative contact and emotional attitudes and understandings on the problem between patient and therapist, according to the same pattern of the problem, the framework of the consultants, and self-referential process of the therapist.

Keywords:

Addiction; Identity; Systemic Therapy; Therapeutic Relationship; Alcoholism; Anorexia; Video Game Addiction.

Introducción

Es indudable el aporte del paradigma sistémico a la comprensión de las pautas de relación en las que emergen, se mantienen o transforman los fenómenos psicológicos. No obstante, resulta paradójico que siendo esto así, se haya estudiado poco el tema de la relación terapéutica desde este enfoque, como lo señalan Flaskas y Perlesz (1996) y Gibney (1996). Ahora bien, otras corrientes, desde 1930, lo han abordado más ampliamente a partir del concepto de alianza terapéutica, que se configuró como un constructo reconocido por cualquier modelo psicológico en la medida en que se relaciona con la eficacia de cualquier terapia, sean cuales sean las técnicas empleadas, según lo planteó Strup (1973, como se citó en Escudero, 2009). Desde entonces se han venido definiendo aspectos que influyen en la creación de la alianza, tales como la capacidad del cliente para conectar con el terapeuta, las características personales del terapeuta y el compromiso del cliente con los objetivos del tratamiento. Siguiendo esta línea, numerosas investigaciones han corroborado la importancia de la relación terapéutica en la eficacia de los tratamientos, tal es el caso de la desarrollada por Martin, Garske y Davis (2000, como se citó en Escudero, 2009), que abarcó 79 estudios con gran amplitud en cuanto al tipo de terapia, tipologías de pacientes y de problemas clínicos, mostrando una medida significativa de 0.25 incluyendo terapias para el tratamiento de drogadicción.

En esta misma dirección, autores como los citados por Corbella & Botella (2003, Lambert, 1992; Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1999), y los citados por Chazenbalk (2004, Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Satir, 1985; Beutler, 1995) han reconocido con base en sus estudios, el peso que tiene la relación terapéutica en los procesos de cambio, encontrando hallazgos que plantean que la persona del terapeuta resulta ocho veces más influyente que su orientación teórica, y que las técnicas empleadas y la mejoría del paciente explicada por las técnicas correspondía a 15%, en tanto que la proporción explicada por la relación terapéutica abarcaba alrededor de 66% de la variancia del resultado final de la terapia.

Por lo anterior, se han estudiado las características generales del terapeuta que influyen en el éxito de la terapia, tales como la aceptación incondicional, la empatía y autenticidad del terapeuta (Rogers, 1969), la postura de neutralidad y curiosidad (Arribas, 2003), la postura cálida, creativa y espontánea (White, 2002, como se citó en Cammaert y Moreno, 2009), ingenuidad (Horvath, 2005), la autoconfianza del terapeuta (William y Chambleez, 1990, como se citó en Chazenbalk, 2004) y su capacidad de auto referencia (Neimeyer y Mahoney, 1998). Pese a la importancia de esta caracterización, se advierte una inclinación importante hacia la construcción de una comprensión que se centra en las características aisladas del terapeuta; razón por la cual, el presente artículo pretende reflexionar sobre los hallazgos de la investigación realizada proponiéndose trascender

una comprensión individual de este fenómeno para reconocer esa influencia recíproca que tiene lugar entre el consultante y el terapeuta, los patrones de relación que van configurándose entre ellos y que influyen en la reconfiguración de identidad como indicador del proceso de cambio en tres casos asociados con la adicción al alcohol, al juego online y a comportamientos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Esto, partiendo del postulado que cada elemento del sistema es necesariamente trascendido por la organización total y, por ende, que la identidad es también una construcción interactiva y socialmente conformada en la relación con otros; todo ello supone que en la relación terapéutica, atravesada por la conversación y lo que en ella se comunica verbal y no verbalmente, se van configurando relatos de sí mismo, de los otros y del mundo, que van permeando al terapeuta y al consultante desde la acción conjunta en los procesos de cambio, por lo que se asumen sentimientos, pensamientos y acciones, lo cual incide en el proceso de diferenciación y construcción de autonomía y diferenciación (Connelly y Clandinin, 1995; Dueñas, 2016).

En el contexto de la relación terapéutica, tomar como indicador del proceso de cambio, la reconfiguración de la identidad del consultante, implica hacer el tránsito del concepto de sí mismo, entendido como algo, único, estable, descubrible, verificable, previsible, a un sí mismo intersubjetivo, dialógico, diverso, múltiple, cambiante, plural y complejo (Bruner y Weisser, 1995; Codina, 1998, como se citó en Munné, 2000; Connelly y Clandinin, 1995; Gergen, 1996; Páramo, 2008; Ricoeur, 1996). No obstante, en el contexto de las adicciones, Riveros y Garzón de Laverde (2009), identifican como un problema central en la intervención terapéutica, un fenómeno de cristalización de las identidades en torno a sí mismo que termina configurando pautas relacionales complementarias y guiones de vida que dificultan la construcción de autonomía y responsabilidad. En este sentido, dichas autoras plantean que la terapia está llamada a generar en la conversación terapéutica relatos alternos que posibiliten la redefinición de sí mismo en cada uno de los miembros del sistema familiar, esto es, de la persona definida como "adicta" y de los otros significativos en su red de relaciones, buscando con ello ampliar las versiones de identidad personal y colectiva en las diferentes dimensiones en las que el individuo se expresa; como señala Martínez Carazo (2006), pareciera ser que existe una relación entre el modo de ser, el sistema familiar en el que se desarrolla y las sustancias psicoactivas que usa preferencialmente, siendo necesario abordar los tres frentes en un proceso terapéutico para lograr la diferenciación y autonomía en la persona, aspectos que se encuentran particularmente disminuidos en las pautas adictivas. Así pues, se propone mediante este artículo, volver la mirada sobre el sistema terapéutico, más específicamente sobre la relación terapéutica, considerando que, al tener un carácter emocional, cognitivo y pragmático, en ella transitan procesos auto-hetero-referenciales, que usados generativamente, logran introducir diferencias conducentes al cambio; es decir, suponemos, siguiendo a Guidano (1998), que en los procesos auto-hetero-referenciales que se dan al interior de la relación terapéutica se generan aperturas y cierres que activan la capacidad auto-organizativa del sistema, y con ello, procesos de reconfiguración de identidad.

Método

La investigación clínica aquí presentada se circunscribe en el marco de la investigación de segundo orden, lo cual implica una forma de observación que se caracteriza por ser auto-reflexiva (autorreferencial), en tanto se reconoce que el objeto de investigación se constituye y modifica por acción de la reflexión del sujeto y los esquemas de distinción, representación, apreciación y acción que él mismo ha producido en su relación con el sistema del que forma parte (Santibáñez, 1999, como se citó en Mejía, 2002; Molina 2001). Se identifica como un proceso de investigación-intervención, que busca responder a las dinámicas de la práctica terapéutica, como a los requerimientos de investigación, partiéndose de un proceso de retroalimentación entre lo interventivo y lo investigativo (Chenail, 1995). Se realiza en el marco de la investigación cualitativa, como estudio de caso único, que implica abordar la particularidad y la complejidad de tres casos singulares, para llegar a comprender su actividad y desarrollo, así como aspectos comunes que en ellos se encuentren (Stake, 2007). Se realizó un muestreo por conveniencia (Navas, 2010), para dar cuenta del periodo inicial, intermedio y final del proceso terapéutico, haciendo un análisis holístico del mismo (Lieblich, Mashiach y Zilber, 1998), el cual posibilita que los aspectos de la estructura de la historia -en igual medida que los de contenido- pueden revelar esa construcción subjetiva que hacen terapeuta y consultante de su experiencia en evolución, de sus identidades, percepciones y valores.

Contexto de la investigación

Esta investigación se realizó como trabajo de grado de la maestría en Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Javeriana y se llevó a cabo con tres consultantes atendidos en la Organización Internacional para el Desarrollo Psicoemocional (OIPSI), la cual es una IPS habilitada en consulta externa en Psicología y como Centro de atención ambulatoria para pacientes con drogodependencia, localizada en la ciudad de Bogotá.

Participantes

Se realiza una selección por conveniencia que, tal como señala Navas (2010), constituye un tipo de muestreo no probabilístico, para el que los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el investigador.

Tabla 1. Datos participantes

Caso sexo	Problemática	Edad	Modalidad	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Total Sesiones
1 (M)	Adicción al alcohol	24	Consulta externa	Sesiones 1 y 4	Sesión 7	Sesiones 10 y 11	11
2 (F)	Anorexia nerviosa	18	Centro día	Sesiones 2 y 6	Sesiones 13 y 16	Sesiones 19 y 20	20
3 (M)	Adicción a juegos online	17	Centro día	Sesiones 1 y 3	Sesiones 7 y 8	Sesión 15	15

Procedimiento

Una vez realizada la transcripción de las sesiones, se inició la identificación de los focos temáticos del texto a partir de la lectura y relectura de las mismas, buscando atender al contenido y a la estructura como un todo. Los focos temáticos, designados como categorías y subcategorías que guiaron el análisis de la información, fueron los siguientes: Relación Terapéutica (coordinación interactiva entre paciente y terapeuta; contacto comunicativo y actitudes emocionales que paciente y terapeuta evocan en el otro); Comprensiones en torno al problema y al cambio, e Identidad (versión de sí mismo; versiones de otros significativos acerca de la propia identidad; versión del mundo). Dicho análisis permitió ver aspectos particulares de cada caso en cuanto a la relación terapéutica y la reconfiguración de la identidad como indicador del proceso de cambio, y permitió, además, realizar un ejercicio comparativo de los tres procesos terapéuticos.

Resultados

A continuación se presentan los hallazgos que emergieron durante la investigación-intervención realizada, referentes al modo como se fue configurando y reconfigurando la relación terapéutica durante los tres momentos del proceso (tomando como referencia las categorías de coordinación interactiva entre paciente y terapeuta, contacto comunicativo y actitudes emocionales que paciente y terapeuta evocan en el otro y comprensiones en torno al problema y al cambio), y la manera como ésta influye en la reconfiguración de identidad de los consultantes.

Consultante 1 (problema con el alcohol)

Primer momento

Prevalece una coordinación interactiva complementaria en la que el terapeuta asume un rol de seguidor, mientras el consultante de líder en la selección de los temas a abordar y a descartar dentro de la conversación. Esta pauta de relación genera una rigidez que se hace evidente cuando el terapeuta procura tomar una postura un poco más directiva, generándose en el consultante actitudes de desafío, oposición y descalificación, frente a las cuales el terapeuta no se engancha, sino que retorna a un rol de seguidor. No obstante, a medida que avanza la interacción, se flexibiliza ligeramente esta pauta, dando paso a la incipiente emergencia de un “nosotros” dentro de la relación terapéutica, que incide en el proceso de reconfiguración de identidad, pues abandona posturas desafiantes y de descalificación. Este “nosotros” se va configurando a partir de un modo conversacional singular caracterizado por la búsqueda de conexiones desde la lógica y la razón. Lo emocional, por su parte, pareciera no tener un lugar muy afirmado dentro de la conversación, identificándose en el consultante la tendencia a desvincularse de aspectos percibidos como amenazadores, confusos, o incontrolables (reconocimiento, amor, soledad, culpa, deseo de conexión), así como un rechazo de intercambios que incluyeran reconocimiento positivo de parte del terapeuta (quien procura acatar esta norma para preservar la relación). No obstante, sí se evidencian expresiones de reconocimiento del consultante hacia el terapeuta. Respecto a esta desconexión emocional, se aprecia una disparidad entre el lenguaje verbal y no verbal del consultante, así como una actitud defensiva ante la exploración de deseos, propósitos y valores. Se visibilizan relatos identitarios rígidos, saturados del problema y a-contextuales, así como polaridades rígidas respecto a lo bueno/malo, a la independencia/dependencia.

Segundo momento

Predomina una complementariedad y simetría alternante y más flexible, que da paso a un tipo de conversación dialógica que enfatiza en la experiencia de interdependencia. Ocurre un fortalecimiento de ese “nosotros” al interior de la relación. En cuanto al contacto comunicativo y actitudes emocionales, se observa una mayor apertura ante aspectos percibidos como amenazadores e incontrolables (amor, soledad, culpa, deseo de conexión), que abre paso a un modo conversacional más emocional. El consultante continúa rechazando el reconocimiento positivo de parte del terapeuta, aun cuando continúa brindándolo. Se evidencia, a su vez, un incremento en la posibilidad de hablar sobre la comunicación misma entre terapeuta y consultante, aunque persiste resistencia de parte del consultante para construir una experiencia de mayor intimidad y cercanía. Se aprecia una mayor apertura ante la exploración de deseos, propósitos y valores, lo cual ocurre a partir del lenguaje positivo y propositivo que progresivamente fue incorporando la terapeuta. La terapeuta logra introducir más desacuerdos y perspectivas distintas y éstas son más aceptadas por el consultante. Se construyen comprensiones del pro-

blema que adquieren un carácter más interaccional y contextual, desde el cual se enmarca el comportamiento adictivo como estrategia de diferenciación dentro de su sistema familiar, al tiempo, que como oportunidad de estrechar la conexión con sus emociones y con otros.

Tercer momento

Se alcanza una mayor flexibilidad mediante una coordinación interactiva alternante y colaborativa, al tiempo que una mayor apertura para explorar valores, anhelos, propósitos, emociones y vivencias dolorosas y amenazantes en la relación terapéutica y con otros significativos. Las críticas y juicios externos logran ser aceptados con tranquilidad, alcanzándose una mayor flexibilidad en polaridades bueno/malo, dependencia/independencia, que le permiten al paciente mayor apertura hacia la posibilidad de dar y recibir afecto, lo cual repercute en la posibilidad de narrarse dentro de vínculos íntimos y afectuosos, sin vivenciar la amenaza que anteriormente representaban dichas relaciones y sin necesidad del objeto de dependencia. Las narrativas sobre sí mismo tienden más hacia la identificación con valores y con otros significativos; se caracterizan también por ser más matizadas, contextuales, polifónicas y centradas en sus recursos.

Consultante 2 (Anorexia)

Primer momento

Predomina una coordinación interactiva complementaria, desde la cual la terapeuta sigue de manera activa el relato de la consultante, quien lidera el curso de la conversación. Se tejen comprensiones que empiezan a reflejar dilemas en cuanto a la rigidez de la polaridad dependencia/independencia en el sistema familiar, al tiempo que retos importantes en cuanto al proceso de diferenciación, por lo cual el foco de atención se desplaza del objeto de adicción hacia las formas de relación. Estas comprensiones reflejan un locus de control externo desde el cual la libertad y la responsabilidad se perciben restringidas. A medida que se desarrolla la relación, se observa cómo la indiferenciación que predomina en las relaciones de la consultante, empiezan a reflejarse en la relación terapéutica, a través de una pauta de idealización, y sobre adaptación a las ideas de la terapeuta, las cuales terminan siendo asumidas prontamente como verdades irrefutables que se incrustarán en la identidad personal. De manera similar, el terapeuta expresa identificación con creencias del consultante, ocurriendo en consecuencia una mutua sobre-adaptación y un acople en las versiones de mundo para generar conexión, así como un acople del modo conversacional privilegiado por el consultante (místico mágico trascendente). Todo esto repercute en la construcción de un “nosotros” al interior de la relación terapéutica, que contrasta con esa vivencia de aislamiento y de no empatar con otros, que predominaba en el contexto social y familiar. No obstante, la posibilidad de reflexionar sobre el modo como ambos se posicionan en la relación terapéutica es aún limitado,

denotando retos en los procesos de diferenciación dentro de la relación terapéutica. Predomina una versión de mundo y de sí misma ligada a la idea de castigo y karma, que entraña la existencia de polaridades rígidas para significar la experiencia en torno a lo bueno/malo; divino/maldito, partiendo desde una semántica del sacrificio.

Segundo momento

Surge una coordinación interactiva marcada por una complementariedad y simetría alternante, con la presencia de una mayor confrontación, y una distribución más flexible de roles. Así mismo, se observa el modo como se incorpora dentro de la relación terapéutica, la importancia de reflexionar sobre ella misma y sobre el modo como transcurre la comunicación en su interior, a partir de lo cual se logra un mayor auto distanciamiento respecto a la relación complementaria rígida (sobre adaptación) que prevalecía con la terapeuta y también con personas y discursos con los que invalidaba su propia experiencia. Se logra una mayor identificación de la sincronía entre el lenguaje verbal y no verbal, que facilita mayor integración de emociones e historias de vergüenza, rabia y dolor; esto, en un contexto de intimidad y complicidad (aceptación incondicional recíproca). El síntoma, en consecuencia, es resignificado como la estrategia para experimentar autocontrol y autodeterminación sobre su vida y para gestionar emociones. Se aprecian intercambios afectivos explícitos mutuos desde lo verbal y no verbal, así como una mayor presencia de conversaciones orientadas no tanto en el problema, sino en los recursos, valores, propósitos y habilidades para limitar la influencia del problema, lo cual repercute en relatos de empoderamiento y autodeterminación, desde los cuales se narra como fuerte, valiosa, capaz de poner límites y tomar sus propias elecciones.

Tercer momento

Prevalece una relación de complementariedad y simetría alternante que favorece un trabajo colaborativo, desde el cual se reconoce el aporte mutuo que consultante y terapeuta han hecho en la vida del otro. La consultante asume una postura empoderada y un rol más activo en el proceso de exploración. Se evidencia la construcción de un “nosotros”, ya no únicamente desde la identificación (con valores, creencias, versiones de mundo), sino también desde las diferencias y desacuerdos, replicándose este cambio en su sistema familiar y social, a partir de lo cual la consultante asume una postura más autónoma y un mayor reconocimiento del otro como distinto y separado de sí misma. Esta mayor autonomía se refleja en el tipo de comprensiones sobre el problema y sobre la solución que propone la consultante, las cuales, si bien continúan incluyendo una perspectiva contextual, recuperan la libertad del sujeto para tomar postura frente a lo que acontece, siendo ya no víctima de las circunstancias y el contexto, sino un sujeto activo que elige. En consecuencia, se aprecia la emergencia de acciones concretas y prácticas que emergen por iniciativa de la consultante, lo cual contrasta con ese tinte más abstracto que impregnaba las conversaciones en torno a la solución, en momentos previos. Esto tiene implicaciones en la reconfiguración de identidad de la consultante, dada por la integración de logros únicos asociados a la posi-

bilidad de poner límites a otros, plantear sus posturas y asumir una posición crítica respecto a las versiones de mundo y de ella que tienen sus seres significativos. También se evidencia el tránsito de un sistema de valores centrado en una única fuente de sentido (la imagen corporal), a uno más diverso y múltiple.

Consultante 3: (adicción a video juegos online)

Primer momento

La coordinación interactiva característica de este primer momento tiene que ver con una complementariedad y simetría alternante, que incluye intercambios dados desde la colaboración, pero también desde la oposición y el desafío mutuo, pese al cual no se deteriora la relación (debido a la intensidad de la conexión afectiva que ya se había consolidado en un proceso previo que había adelantado el consultante con la misma terapeuta). Por otra parte, se identifica el humor como un recurso del terapeuta para flexibilizar la versión de mundo y de sí mismo del consultante, siendo aceptado por él. Empero, predomina la creencia en rasgos intrapsíquicos y defectuosos, así como una versión de mundo amenazante; prevalece un locus de control externo y una relación de oposición y rivalidad consigo mismo y con otros. Revela tendencia a desvincularse de aspectos percibidos como amenazadores, confusos, o incontrolables (reconocimiento, amor, soledad, culpa, deseo de conexión), a la vez que muestra actitud defensiva ante la exploración de deseos, propósitos y valores. Sostiene una visión de mundo que privilegia el fin sobre los medios, adoptando en sus relaciones una postura instrumental, que empieza a reconstruirse desde la relación terapéutica, en tanto ésta se vivencia como un fin en sí misma. No obstante, se evidencia dentro de la versión de mundo del consultante, la incomprensión de las siguientes polaridades en la reorganización de la experiencia que sostiene el problema de adicción: bueno/malo, poder/debilidad, perder/ganar. Lo anterior contribuye para que exista una predominancia de versiones de sí mismo saturadas del problema, las cuales son desatendidas por la terapeuta, quien direcciona la conversación hacia los logros y habilidades especiales del consultante. Se aprecia con frecuencia cómo la terapeuta se vale de la relación para ampliar la versión que tiene el consultante sobre sí mismo. Las comprensiones que se tejen reconocen la condición activa, intencionada e inclinada hacia valores y sentidos del consultante y relacionan el objeto de adicción con su sistema de valores, propósitos y sueños.

Segundo momento

Prevalece una coordinación interactiva flexible que alterna entre la simetría y la complementariedad, dando lugar a un estilo de relación colaborativo en donde consultante y terapeuta se narran como un equipo que comparte un proceso de exploración y descubrimiento conjunto. Sin embargo, se presentan aún episodios de desafío y oposición de parte del consultante. Ocurre, no obstante, un progreso en la deconstrucción progresiva de la experiencia de rivalidad y en la posibilidad de experimentar la autoafirmación propia y del otro como legítimas y

no como amenazantes. Se observa que prevalece un modo conversacional entre consultante y terapeuta que alude a lo creativo, fantasioso y lúdico, éste adquiere cada vez una mayor organización y coherencia en su estructura, una mayor conexión con la realidad y con los valores que persigue. Esto repercute en la construcción de versiones acerca de sí mismo, que lo conectan con un sentido del deber y un compromiso con causas, lo que le permite resignificar el síntoma en tanto aquello por medio de lo cual ha intentado satisfacer su necesidad de reconocimiento y poder (sobre otros, sobre sí mismo, sobre la vida y la muerte), al tiempo que gestionar emociones como la rabia y la ansiedad.

Tercer momento

Prevalece una coordinación interactiva más inclinada hacia la complementariedad, asumiendo el consultante un rol más activo en el proceso de exploración y adoptando el papel de maestro del terapeuta respecto al proceso y a su vida; también reflexionan juntos sobre el aporte que ha hecho el consultante en la vida del terapeuta, con lo cual se alcanza una mayor reciprocidad. En cuanto a las actitudes emocionales, se aprecia una mayor apertura para expresar y recibir reconocimiento, al tiempo que para emprender procesos de autodescubrimiento, los cuales son afrontados con curiosidad y emoción. Esto entraña un cambio importante en la identidad, en el sentido de que contrario a ser vista como un proceso acabado, se concibe como dinámico e impredecible. En cuanto al proceso de diferenciación, se advierte un despliegue importante de intercambios orientados a reflexionar sobre la relación misma, a partir de lo cual surge de parte del consultante la explicitación de su temor respecto a no llegar a ser aceptado incondicionalmente por el terapeuta si toma decisiones distintas a las que considera el terapeuta quería para él; conversación que termina favoreciendo una disminución de sus actitudes de oposición y resistencia dentro de la relación terapéutica, resignificando la norma desde su provecho y utilidad en la relación terapéutica. El consultante logra replicar con otros esa propuesta relacional colaborativa, íntima y horizontal, lo cual coincide con una reducción importante en los comportamientos adictivos.

Discusión

Siguiendo los fines propuestos, resulta útil partir del reconocimiento del carácter dinámico que asume la relación terapéutica y de los ajustes particulares que se evidencian en función del caso, lo cual deriva en el hecho fundamental que cada relación terapéutica se configura como fruto de un proceso intersubjetivo, generativo, singular y complejo, que conlleva una continua actualización del pacto relacional que se desarrolla de acuerdo con las necesidades propias del consultante y los sistemas significativos con los que se relaciona.

No obstante, en esta singularidad emergente, fue posible observar pautas comunes en la relación terapéutica que atraviesan los tres procesos desarrollados con los consultantes, lo cual ilumina dos planteamientos importantes: el primero, referido a que la persona del terapeuta participa en la terapia desde sus propias ofertas relacionales de preferencia, realizándose un acople de identidades, lo cual puntúa la importancia de los procesos autorreferenciales dentro de la terapia. El segundo, describe la existencia de patrones de relación entre consultante y terapeuta que favorecen el proceso de reconfiguración de identidad, en sistemas que evidencien una organización de tipo adictiva como lo es la anorexia, la adicción al alcohol y a los juegos online.

Así pues, una pauta en común identificada en los primeros momentos de la relación terapéutica con los tres consultantes, tiene que ver con el establecimiento de un modo de relación complementario entre consultante y terapeuta, desde el cual este último procura confiar en la dirección que otorga el consultante a la conversación, acomodarse a sus ritmos y tiempos, aceptar sus negativas para explorar ciertos temas, así como su decisión de ampliar otros tópicos. Esta coordinación interactiva favorece en los tres consultantes una mayor apropiación de sí mismos y sus decisiones, con lo cual logran ser ellos quienes cuestionan su propia postura, pues no tuvieron que defenderla del terapeuta, pauta con la que se movían en otros contextos en donde los padres u otros seres significativos, en aras de lograr el cambio, cuestionaban su comportamiento repetidamente; se vincula lo anterior con la propuesta de asumir una postura colaborativa, como plantean Anderson (1999) y Connelly y Clandinin (1995), creando con ello un contexto que estimule la responsabilidad y favorezca que la persona asuma la autoría de su vida; es posible dilucidar la importancia que dicho contexto en una fase inicial no empuje hacia el cambio, pues paradójicamente, se evidencia cómo soltar las expectativas en torno al cambio, permite experimentar la libertad para cambiar y hacerse cargo de sí mismos. Esto coincide con lo que plantea Rogers (1961) como la posibilidad de experimentar libertad al interior de la relación terapéutica, en tanto ello fomenta la responsabilidad, al ocurrir un desplazamiento del centro de evaluación desde el exterior hacia el interior del sí mismo, experimentando mayor capacidad para tomar decisiones, lo cual fue un efecto evidente que pudo observarse durante el segundo y tercer momento de la terapia en los tres consultantes y que da cuenta de un proceso importante de reconfiguración de identidad, emergiendo una mayor experiencia de empoderamiento. Es decir, al interior de la relación terapéutica transita el dilema asociado al proceso de autodeterminación y diferenciación descrito por Bowen (1991), siendo la misma relación fuente de posibilidades para su reconfiguración, en la medida en que valida y respeta al otro como otro, siendo éste, un elemento central de todo proceso terapéutico.

Así mismo, es posible observar que la relación terapéutica termina configurando una organización singular en función de la polaridad semántica relevante a cada caso que, retomando a Ugazio (2001), puede describirse como control/descontrol, vencedor/perdedor, dependencia/independencia; buscando acoplamiento sea como formas de adecuación al otro y sus demandas, o bien como formas de oposición. Se resalta la importancia de los procesos de meta-comunicación entre terapeuta y consultante a propósito de lo que ocurre en la relación

misma, pues ello favorece la toma de conciencia respecto al modo como el consultante se posiciona en otras relaciones, lográndose una mayor flexibilización en la polaridad semántica y, por ende, en la pauta de sobreadaptación u oposición a interior de la relación terapéutica, lo que posteriormente se transfiere a otras relaciones. Esto coincide con lo que plantean Safran y Muran (2005, como se citó en Gonçalves, 2002), quienes asocian estos procesos de meta-comunicación como aquellos que permiten desenredarse de la configuración relacional cuando se ha producido un impase terapéutico y consiste en un esfuerzo por salirse del ciclo relacional que se encuentra asociado al problema, para así tratarlo como el foco de atención de una exploración colaborativa entre ambos, como sugiere Ibarra Martínez (2004). En esta medida, tiene que ver con un esfuerzo conjunto por hacer consciente el proceso interactivo mientras se produce, en tanto ello ilumina la comprensión de los principios organizativos centrales de la identidad del consultante, siendo la meta-comunicación el vehículo por excelencia para acceder a ella y, por ende, reorganizarla (Yáñez, 2005, Safran y Muran, 2005, Safran y Segal 1994, Stolorow, Brandcraft y Atwood, 1994, como se citó en Gonçalves, 2002).

Se aprecia a su vez, la importancia de que el terapeuta pueda establecer una relación no instrumental con los consultantes, sino una que se constituya en un fin en sí misma, lo cual coincide con lo planteado por De Barbieri (2005), haciendo posible trascender la búsqueda de poder sobre el otro, para adoptar una postura de poder con el otro. Esto cobra mayor importancia cuando la lógica que sostiene el problema mismo tiene que ver con la construcción de relaciones instrumentales de las personas y el privilegio del fin sobre los medios. La construcción de esta relación no instrumental favorece, a su vez, un mayor reconocimiento de valores, principios, necesidades y sentimientos propios (antes no registrados), que los llevan a establecer sus límites personales, no dejarse absorber por el otro ni invadirlo, lo cual es crucial para la construcción de experiencias de intimidad real, tal como refiere Martínez (2011).

Planteada así la experiencia en la relación terapéutica, el énfasis en los valores, propósitos y sentidos en la conversación, guiados por una postura apreciativa, posibilita en los consultantes trascender esa perspectiva de “no soy” a una de “quiero ser”, que implica el fortalecimiento de una mayor autenticidad, entendiendo por este concepto la posibilidad de elegirse a sí mismo y conquistarse (Heidegger, 1995, como se citó en Martínez, 2011); alcanzar una verdadera apertura hacia el mundo y las cosas y apropiarse de sí mismo, de sus percepciones, emociones, haciéndose responsable de su proyecto vital, lo cual es contrario a los procesos ligados a la inautenticidad, en la que impera una tendencia a desvincularse de aquellos aspectos humanos que son amenazadores, confusos o incontrolables, y también una tendencia en donde la persona se dispersa en lo social, perdiendo lo que le es propio (Cohn, 2002, como se citó en Martínez, 2011).

Todo ello evidencia el gran potencial que reviste a la relación terapéutica para movilizar la capacidad de dejarse tocar por el valor o el sentido y de resonar afectivamente ante su presencia; ahora bien, un elemento que favorece esta posibilidad de sintonizarse con sentidos y valores y, por ende, con una visión de mundo revalor-

zada, tiene que ver con la postura del terapeuta, dispuesto a compartir su visión de mundo, sus experiencias de vida, el afecto o el aporte que hace el consultante a su vida; como señala White (1997), una concepción recíproca de la relación terapéutica y la posibilidad de realizar una distribución realmente equitativa del poder, invita a asumir la responsabilidad de identificar, reconocer y explicitar dentro del contexto de terapia, la contribución real y potencial que esta labor hace a nuestras vidas; nuevamente la relación terapéutica vehiculiza la posibilidad de construir una relación con otras personas de su red social significativa de intimidad y reciprocidad, fortaleciendo con ello versiones alternativas de sí mismos, como seres valiosos, lo que contribuye a transformar su relación con el problema del alcohol, del juego o de la anorexia.

Una característica importante en la relación terapéutica alude a la flexibilidad necesaria de darse en ella, pues si bien la relación puede ser recíproca, íntima, también requiere límites que diferencien roles y funciones, de manera que pueda ser beneficiosa para el consultante. La flexibilidad también se relaciona con el cambio de pautas de relación en los diferentes momentos del proceso, pues si bien en un primer momento resultó útil una pauta complementaria, durante el segundo y tercer momento, deriva una mayor simetría y en una creciente reciprocidad beneficiosa en la relación terapéutica, adoptando un carácter más dinámico, en la medida en la que no es solo el consultante quien expresa emociones y sentimientos, también lo hace la terapeuta; no es solo la terapeuta quien expresa reconocimiento al consultante, éste también lo hace hacia la terapeuta. No hay un líder y un seguidor, sino que ambos lideran y se siguen de manera recíproca. Así mismo, se observa cómo el consultante no es el único cuya identidad se ve transformada por la relación con la terapeuta, pues también la experiencia de sentir la confianza, afecto y valoración del consultante tiene implicaciones en los procesos de reconfiguración de identidad del terapeuta, fruto de experimentarse tan íntima y profundamente incluido en la vida de otros, como ya había advertido White (1997).

Otro aspecto que se deriva de esta investigación alude a la importancia que tiene la relación terapéutica dentro del proceso de diferenciación tanto en el consultante, como en la terapeuta, el cual va fortaleciéndose a medida que transcurre el proceso y se refleja en la mayor posibilidad de expresar pensamientos e ideas sin el temor a generar una escalada o un rechazo por alguna parte. En este sentido, resulta valioso no asumir personalmente los desafíos, pautas de descalificación y oposición desplegados en la relación terapéutica, sino utilizarlos para la comprensión de la pauta asociada al problema. Lo anterior requiere de procesos autos reflexivos, a partir de los cuales el terapeuta pueda percatarse de su propia necesidad de reconocimiento o aprobación, procurando hacerse cargo de ella, sin responsabilizar al consultante, siendo clave para no asumir posturas defensivas. Neimeyer y Mahoney (1998) plantean que el terapeuta debe tener el valor de asumir sus propios asuntos personales cuando se siente invalidado, lo que es una experiencia que fácilmente ocurre cuando la terapeuta se involucra como persona en el proceso.

Este proceso de mayor diferenciación que tiene lugar entre consultante y terapeuta, permite construir una coordinación interactiva más flexible, desde la cual no solo se sigue al otro en su relato y se actúa conforme a sus expectativas, sino también se aventura en la posibilidad de expresar desacuerdos, puntos de vista distintos o señalar disonancias, por ejemplo, entre el relato del consultante y su lenguaje no verbal. De igual modo, favorece la posibilidad de comprender el marco de referencia del otro, sin tener que fundirse en él; de acompañar al consultante en la toma de decisiones, sin experimentar la necesidad de asumir la responsabilidad de tales elecciones.

De aquí se desprende otro elemento en común que se observa en los tres casos, que tiene que ver con la posibilidad que deviene con el proceso terapéutico de enfrentar de un modo distinto las críticas y los juicios de otros, sin que la identidad se vea amenazada, al mismo tiempo que la posibilidad de relacionarse con otros, sin el juicio y señalamiento que prevalecía, lo cual se relaciona con el hecho de diluir en la conversación polaridades semánticas asociadas a bueno/malo, causa/efecto, correcto/incorrecto, verdadero/falso, favoreciendo comprensiones más circulares, complejas. Esto se conecta con lo planteado por Rogers (1969), cuando alude a la posibilidad que se despliega como fruto de participar en una relación terapéutica mediada por la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad, en tanto ello le permite incorporar ese modo de relación consigo mismo y con otros, en la medida en la que aprende también a escucharse y a escuchar sin prejuicios, sin temores, sin la necesidad de defenderse, sino desde una aceptación incondicional de sí mismo y del otro, que le permite en consecuencia y paradójicamente, su proceso de transformación.

Este cambio en la relación consigo mismo se manifiesta a partir de esa deconstrucción progresiva de narrativas personales en las que predominaban rasgos intrapsíquicos, individuales y defectuosos de sí mismos, que permeaban todas las relaciones de su vida y que derivan en narrativas muy generales, a-contextuales, absolutas y sin matices. Por el contrario, la relación terapéutica que aquí se propone, se estableció desde la premisa de la importancia de cuestionar esa identidad estática, absoluta y monofónica, para experimentar una identidad más plural y situada en un contexto. Así pues, la comprensión del problema se dio con base en las dinámicas relacionales y semánticas, a partir de las cuales las personas interpretan y otorgan sentido a su experiencia particular, dentro de un contexto social, económico, político y cultural más amplio y en un momento particular del ciclo vital, como propone Hernández (1997).

Es posible relacionar lo anterior con el despliegue de formas de coordinación interactiva entre la terapeuta y los consultantes, que tendieron más hacia una forma de relación horizontal en la que al terapeuta tiende a facilitar un contexto conversacional afectivo, en el cual se potencien las posibilidades y recursos de los consultantes para lograr el cambio. Lo anterior puede vincularse con lo planteado por Speed (1996), cuando alude a cómo la orientación teórica en la que los terapeutas nos hemos entrenado, y con la que, por las inversiones emocionales, de tiempo y dinero, nos encontramos profundamente comprometidos, determinará en parte el tipo

de relación terapéutica que se ofrezca a los consultantes y también lo que se espera de ellos. Esto se configura en una reflexión que podría ser útil a las instituciones dedicadas a la atención de personas que ingresen por estos motivos de consulta, en tanto invita a cuestionar esos rótulos o rasgos tan cristalizados que se asocian a las personas con un problema de adicción, para reflexionar en torno a la participación del propio marco de comprensión, sobre la construcción de relaciones terapéuticas que resignifiquen esas construcciones identitarias en las que se cimienta el problema y coincide con lo planteado por Speed (1996).

Esta postura que promueve una des-cristalización de la identidad, se relaciona también con el lugar que se le concedió al objeto de adicción durante las conversaciones, pues se privilegiaban demandas más orientadas a cambiar formas de relación con ellos mismos y con otros, asociadas con el problema. No obstante, cuando se retomaba el síntoma, por lo general, se realizaban connotaciones positivas del mismo y se favorecía un reconocimiento de la función que ocupaba en su entorno primario y en su relación consigo mismos, lo cual influyó sobre los procesos de reconfiguración de identidad, como ya había advertido Ovejero (2000), pues el poner en un segundo plano el consumo o relación con el objeto de adicción, promovió no solo una mayor adherencia al proceso expresado por Cordero, Cordero R. Natera y Caraveo (2009), sino el abordaje de los dilemas humanos asociados a cada una de las circunstancias de vida. Por otra parte, también favorece que la relación terapéutica no adopte la misma pauta de relación que se da entre el consultante y su familia, mediada por el rol de control social, lo cual es un elemento esencial que favorece el despliegue de procesos de autoagenciamiento. Esto también permite que el terapeuta pueda relacionarse con el consultante desde facetas distintas de sí mismo, opacadas en el sistema familiar a causa de la atención que recibe el problema; favoreciéndose con esto, la posibilidad de que el consultante pueda verse a sí mismo al margen del problema y encontrar allí recursos y oportunidades. Ahora bien, a pesar de no haber situado a la relación con el objeto de dependencia como el eje central de las conversaciones y de la intervención, si se aprecia un cambio importante en el tipo de relación que los pacientes cimientan con el objeto de adicción hacia el final del proceso, lo cual se configura como fruto de los cambios que ocurren en la relación consigo mismos y con otros y en su versión de mundo, permitiendo que las funciones desempeñadas por su relación con el objeto empiecen a ser tramitadas de formas alternas.

En este sentido, la relación terapéutica se convierte en un espacio en que los consultantes encuentran nuevas maneras de tramitar emociones, tales como la rabia, la soledad, la tristeza, el miedo, la culpa, que anteriormente eran gestionadas a partir de la relación con el objeto de dependencia (los atracones, el ejercicio excesivo, el juego online, el alcohol). Esto se relaciona con lo que Tejeiro (2001) menciona en el contexto de la adicción a juegos online, pero que se evidencia también en las otras dos problemáticas, en torno a cómo el objeto de adicción constituye una actividad de desplazamiento, en tanto representa la única estrategia para afrontar las emociones negativas que le producen otras áreas de la vida.

No obstante, es solo hasta el final del proceso que los consultantes encuentran formas de tramitar esas emociones con personas distintas al terapeuta, descubriendo la manera de reducir significativamente la relación de dependencia con el objeto elegido. Esto da cuenta de la importancia de que los cambios que trascurren en ese espacio intersubjetivo entre terapeuta y consultante, puedan extenderse a otros contextos; este fenómeno podría explicarse acudiendo a Chazenbalk (2004), quien alude a la relación terapéutica como un espacio llamado a establecer lazos emocionales a partir de los cuales se fomente un apego seguro que conlleve a la reestructuración de esos modelos operativos del consultante que influyen en su relación con otros.

Un aspecto importante en la relación es la postura ética desde la cual el terapeuta se hace cargo de su propia responsabilidad como co-narrador en el contexto terapéutico y como copartícipe en el progreso de reconfiguración de identidad del consultante, a partir de las propuestas de relación de preferencia como persona/terapeuta, procurando ponerlas al servicio del otro y de su proceso de transformación, acorde al principio planteado por Von Foerster (1996) de actuar siempre de manera tal que se aumenten las posibilidades. Esto implicó el ejercicio autorreferencial continuo que atravesó todo el proceso y que permitió mantenerse atento a las intervenciones, posicionamientos y sentimientos en relación con el otro, para conversar reflexivamente sobre ello, lo cual reconoce hacer ajustes en conjunto, encontrar conexiones y enriquecer el trabajo terapéutico.

Conclusiones

La relación terapéutica ha de ajustarse a cada consultante, a su versión de mundo, a su oferta relacional de preferencia y a su modo conversacional (incluso aquel que contribuye al sostenimiento del problema), pues allí reposa la posibilidad de vivir experiencias emocionales correctivas, como lo fundamentan Egeland et al. (1988), como se citó en Biedermann, Martínez, Olhaberry y Cruzat (2009); y Chazenbalk (2004).

La relación terapéutica y, por ende, la terapia, se estructuran como fruto de un acople de identidades entre la persona del terapeuta y el consultante, quienes participan desde sus propias ofertas relacionales de preferencia, lo cual reafirma la importancia de los procesos autorreferenciales y de la meta-comunicación, la cual se establece en el vehículo por excelencia para reconfigurar la identidad narrativa.

En el contexto de la intervención en adicción, puede afirmarse que un principio fundamental para movilizar la responsabilidad del consultante y para trascender una versión de mundo asociada a una realidad opresiva y reorganizar la relación con el control y el poder, tiene que ver con la posibilidad de construir un contexto colaborativo y una experiencia de libertad y de aceptación incondicional libre de juicios.

La relación terapéutica constituye el escenario donde pueden vivirse e integrarse las polaridades bajo las cuales se organiza la experiencia, de tal forma que no se requiera de un síntoma para resolver el dilema que la polaridad implica. Así, es al interior de la relación terapeuta donde se hace posible resolver el dilema asociado a querer estar profundamente implicado, a la vez que diferenciado del otro.

Referencias

- Anderson, H. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Arribas, J. A. (2003). *Valoración de las actitudes del terapeuta por pacientes toxicómanos en régimen de internado*. [Tesis de Doctorado] Pedagogía política, curricular y social. Universidad de Burgos, Departamento de Ciencias de la Educación.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., y Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 217-226.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bruner, J. y Weisser, S. (1995). La invención del yo: la autobiografía y sus formas. En: D. Olson y N. Torrance (Eds.), *Cultura escrita y oralidad* (pp. 13-23). Barcelona: Gedisa.
- Cammaert, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta colombiana de psicología*, 12(2), 135-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640013>
- Chazenbalk, L. (2004). La incidencia del self terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate 3. Psicología, Cultura y Sociedad* (pp. 107-116). Universidad de Palermo.

- Chenail, R. J. (1995). Qualitative Research and Clinical Work: "Privateization" and "Publication". *The Qualitative Report*, 2(1), 1-9. Recuperado de <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol2/iss1/1>
- Codero, M., Cordero, R., Natera, G. y Caraveo, J. (2009). La terapia centrada en soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 32(3), 223-230.
- Connelly, M. y Clandinin, D. (2001). Las narrativas biográficas. En: A. Bolívar, J. Domingo y M. Fernández (Eds.), *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología* (pp. 11-59). Madrid: La Muralla.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- De Barbieri, A. (2005). Lo que cura es el vínculo. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 497-509.
- Dueñas, L. X. (2016). La relación terapéutica como contexto en la reconfiguración de identidad en jóvenes con problemas adictivos. [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 27(2-3), 247-259.
- Flaskas, C. & Perlesz, A. (Eds.). (1996). *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Londres: Karnac Books (Systemic Thinking and Practice Series).
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gibney, P. (1996). To embrace paradox (once more, with feeling): a commentary on narrative/conversational therapies and the therapeutic relationship. En: C. Flaskas & A. Perlesz (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy* (pp. 90-108). Londres: Karnac Books (Systemic Thinking and Practice Series).
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V. (1998). *Los procesos del Self: Continuidad vs. Discontinuidad*. VI Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia. Siena, Italia.
- Hernández, A. (1997). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: El Búho.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. *Psychotherapy Research*, (15), 3-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Ibarra Martínez, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, (5), 1-8. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700513>

- Lieblich, A., Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research. Reading, Analysis, and Interpretation. Applied Social Research Method Studies* (Vol. 47). EE.UU.: Sage Publications. Doi: <https://doi.org/10.4135/9781412985253>
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos. Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de personalidad*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- Mejía, J. (2002). Perspectiva de la investigación social de segundo orden. *Cinta de Moebio*, (14), 220-225.
- Molina, S. (2001). La investigación de segundo orden en ciencias sociales y su potencial predictivo: el caso del proyecto de identidad y tolerancia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 44(183), 17-46.
- Munné, F. (2000). El self paradójico: la identidad como substrato del self. En D. Caballero, M.T. Méndez y J. Pastor (Comp.), *La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, lenguajes y culturas* (pp. 743-749). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Navas, M. J. (2010). *Métodos, diseño y técnicas de investigación en psicológica*. Madrid: Uned–Unidad Didáctica. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (1998). *Constructivismo en Psicoterapia. La distancia terapéutica óptima: La experiencia de un terapeuta de la psicoterapia de los constructos personales*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 199-215.
- Páramo, P. (2008). La construcción psicosocial de la identidad y del self. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 539-550. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- Riveros, M. C. y Garzón de Laverde, D. (2009). Procesos narrativos conversacionales en la construcción de la identidad del joven y la familia con problemas de consumo de spa en una institución de rehabilitación. [Tesis de Maestría]. Universidad Santo Tomás. División de Ciencias de la Salud.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. España. Madrid: Siglo XXI.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Speed, B. (1996). You cannot not relate. En: C. Flaskas & A. Perlez (Eds.), *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy* (pp. 111-122). Londres: Karnac.

Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Ediciones Morata S.L.

Tejeiro, R. (2001). La adicción a los videojuegos. Una revisión. *Adicciones*, 13(4), 407-413.
Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.555>

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas*. España: Paidós

Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Editorial Gedisa.