

Usos del pasado en psicoterapia: el relato autobiográfico

**MASTER EN INTERVENCIÓN SISTÉMICA
HOSPITAL DE SANT PAU – UNIVERSITAT AUTONOMA DE
BARCELONA**

Usos del pasado en psicoterapia: el relato autobiográfico

Marcela Sancristóbal

Sofía Ibarra

María Iborra

Esteban Laso

Marcia Matos

Barcelona, 2001

Introducción

Existe una pregunta que la mayor parte de los terapeutas se plantean en alguna ocasión: ¿qué hacer cuando sus clientes se empeñan en relatar su pasado? ¿Qué modificar lo que ya sucedió? ¿Es imprescindible tratarlo para lograr un cambio?.

Cualquier respuesta implica una serie de supuestos sobre la naturaleza del pasado, su relación con el presente, y la forma en que puede afrontarse. La noción común (a la que Shotter [1990] llama “cartesiana”) asume que las experiencias pasadas dejan una “huella” en la “memoria”; y que esta se vierte, en cada ocasión, a un relato más o menos ajustado y preciso que la “representa”:

La forma actual de concebir el recuerdo como la “recuperación” de una “representación” proviene de una filosofía dualista desfasada (pero no descartada)...: la idea de una subjetividad “interna” privada, radicalmente separada de un mundo externo y público de objetos o hechos objetivables, en la que, por supuesto, las relaciones entre interno y externo nunca se han formulado adecuadamente.

Según esta noción, cada persona tiene “su” memoria; y cada nueva huella configura y redefine la estructura de su “personalidad”. Así, cuando un cliente dice:

“...siempre tengo mi mundo interno, y es inexpugnable. Es un mecanismo de defensa mío; yo recuerdo que me empezó ante un rechazo de mis compañeros *boyscouts* a los 8 años. Yo era un poco como mi hijo [hiperactivo]. Hice un poco de cartografía, me empapé y cuando el monitor dijo que yo me ocupara y todos de rieron, como diciendo este está medio loco y pensé: si os perdéis en una excursión... ya sabréis interpretar mapas”.

Da a entender que el “pasado” que contiene su biografía ha determinado la forma en que reacciona, todavía hoy, ante ciertos eventos; que esta reacción es tanto más inmodificable cuanto más antiguo sea su aprendizaje o su vivencia; y, en consecuencia, que poco o nada se puede hacer para alterarla –porque el pasado “no se puede cambiar”: tiene “peso”, deja “huellas”, no se puede “dejar atrás” ni “escapar” de él.

Las teorías que comparten esta noción (en particular las de orientación cognitiva y psicoanalítica), suelen seguir *grosso modo* dos caminos posibles en la intervención terapéutica: el descubrimiento de las causas pasadas para los síntomas presentes, y/o la

“corrección” de esquemas o modelos entonces adquiridos (la “experiencia correctiva” o “desaprendizaje”).

Por su parte, las teorías discursivas y construccionistas parten de una premisa totalmente diferente, derivada de la etnometodología (Garfinkel, 1967), la filosofía del lenguaje (Wittgenstein, 1989) y los actos del habla (Searle, 1970; Austin, 1990), el análisis del discurso y la retórica (Potter, 1996; Billig, 1987) y la crítica literaria (Barthes, 1972).

Desde esta perspectiva, no es tanto que las personas hayan sido modificadas por su pasado (que no es inequívoco y estable); más bien, que lo utilizan como caja de herramientas para construir argumentos, justificar acciones y dar cuenta de las situaciones en que se ven envueltas por las redes conversacionales que las rodean (Gergen, 1996; 1992; Shotter, 1990). El relato del pasado no sólo influye en la “personalidad” o los “esquemas” de los sujetos, sino en la dirección que adoptan sus conversaciones y los recursos de que disponen para intervenir en ellas y relatarse su propia historia. El pasado no causa el presente; en la conversación presente se eligen, estratégicamente, escenas del pasado para sustentar una determinada narración:

Un sujeto no recita su vida, sino que reflexiona sobre ella al mismo tiempo que la cuenta (Ramos, 2001).

Según el análisis del discurso (Potter, 1996), hablar del “pasado” (como hablar de “hechos”) implica desplazar la responsabilidad de la elaboración del relato de su autor a su contenido (“a juzgar por los hechos...”, “los hechos indican que...”); y, por consiguiente, direcciona el discurso hacia la “admisión” del “hecho” (y sus consecuencias) o su “rechazo” (por medio de otros “hechos”). Varias escuelas, entre las que destacan la psicoterapia narrativa (White y Epston, 1990) y la de resolución de problemas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989), hacen hincapié en el posible efecto inmovilizante que este desplazamiento conlleva, y en la necesidad de hacer que el consultante recupere la libertad de construir su narrativa de manera más “agentiva”, en pos de un final abierto.

Desde el punto de vista narrativo, la mención del pasado por parte de los consultantes se enmarca en un enunciado general: “Por esto que me ha sucedido estoy aquí y así, ahora; ¿qué puede hacer usted para ayudarme?” (Ramos, 1997). La construcción cultural dominante ve en la psicoterapia una forma de “plantar cara” a los eventos pasados,

permitiendo a la persona “superarlos” (Pakman, en Delgado y Gutiérrez, 1994); para lo cual primero ha de describirlos.

La forma que adopta la narración en psicoterapia está directamente relacionada con la presencia de un interlocutor particular, el terapeuta; como señala Ramos (2001):

La forma que toma el relato de vida no depende del narrador sino del narratario (del receptor).

La narración del (los) consultante (s) pretende involucrar al terapeuta en un sentido u otro, provocar en él una resonancia que le mueva a apoyar su versión; tiene, por tanto, una función autojustificativa, que es mantener su posición relacional actual (Ramos, 1997).

Una de las formas que adopta la conversación terapéutica es la *narración autobiográfica*, definida como un texto “que representa la participación del autor en una situación social específica y su concepción personal de esta situación” (Kholi,1993), que goza además de carácter intencional (orientada al futuro) mediante la cual el autor-actor guía sus acciones presentes.

El uso de la autobiografía no sólo explica o justifica, de manera casi inexorable, el presente del consultante; tiende además a cubrir con una capa de inevitabilidad sus expectativas de futuro, dificultando por consiguiente la tarea terapéutica: “por esto soy así todavía, y no puedo cambiar”. Por otra parte, el que esté construida en primera persona hace prácticamente imposible cuestionar su verosimilitud (a diferencia de la *historia*, que se construye a partir de evidencias indirectas, la *memoria* consta de “experiencias” propias: “yo lo sé, *estuve allí*”; Lowenthal, 1998).

Los intentos por parte del terapeuta de poner en duda las anécdotas que su cliente le cuenta (o sus implicaciones) podría favorecer la construcción de relatos alternativos de cara al futuro, siempre que no se interpongan en la coherencia que la autobiografía (como toda narración) necesita mantener.

Es aquí donde la pregunta que esbozábamos al principio de la investigación cobra importancia: ¿qué debe hacer el terapeuta cuando su consultante insiste en mencionar relatos autobiográficos? La pregunta se apoya en el supuesto de que, mientras más avanzada la terapia, las anécdotas del pasado pueden tener un peso retrospectivo; es decir, que su significado implícito es: “por eso *tengo* que estar así, todavía”.

Sin embargo, la vida no se suspende durante la terapia; y las anécdotas que los consultantes refieren en la tercera o cuarta sesión pueden tener un cariz distinto de las que narran en la primera, en la medida en que hayan ocurrido en el pasado inmediato. A este período, que transcurre desde el inicio de la terapia, se le puede llamar *pasado-presente* (en oposición al *pasado-pasado*, el tiempo anterior a esta).

Lo que interesa es cómo y qué tomar de lo que los consultantes refieren acerca de su *pasado-pasado*. Las anécdotas del *pasado-presente* tienen el sentido de explicar narrativamente “por qué, todavía, estoy así”; las anécdotas del *pasado-pasado* pueden pretender el peso retrospectivo ya citado.

Este *pasado-presente* no siempre acarrea narraciones “saturadas del problema” (White y Epston, 1993), a diferencia del *pasado-pasado* que suele ser utilizado para justificar el problema actual:

Siempre que, después de la primera visita, se invoca al pasado pasado hay el riesgo de que conlleve inevitabilidad al pasado presente (y pasividad al futuro). (Ramos, 2001).

Objetivos

Considerando, por tanto, la perspectiva que ve la psicoterapia como co-construcción de un relato más agentivo; el carácter autojustificativo de la narración de los consultantes y su consiguiente uso del pasado; y la repetida ocurrencia de anécdotas autobiográficas, cabe hacerse una pregunta:

¿De qué manera aparecen los elementos autobiográficos, de manera espontánea, en la escena terapéutica?

Para resolver esta incógnita nos hemos planteado los siguientes objetivos:

1. Identificar la aparición de elementos autobiográficos: en qué momento del proceso terapéutico, y en qué momento de la sesión particular.
2. Identificar qué relación tiene la aparición de elementos autobiográficos con la posición del terapeuta en la conversación.
3. Sugerir estrategias que permitan al terapeuta manejar la recurrencia de elementos autobiográficos.

Método

Material

Cintas de video correspondientes a dos terapias de pareja, de ocho sesiones cada una, con un total de dieciseis visitas vistas.

Procedimiento

Este trabajo se inserta dentro de una metodología cualitativa y específicamente es un tipo de investigación descriptiva (Eguiluz, 2001; Delgado y Gutiérrez, 1994). Se utilizó un diseño ex-post-facto; es decir, se analizaron sesiones de psicoterapia ya realizadas atendidas en el Centro de Consulta y Terapia Familiar del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau.

El análisis se dividió en tres etapas:

- *Etapa A:* Observación, por todo el grupo, de una primera y segunda visita de un caso de terapia de pareja. A partir de esta primera observación se discutieron los conceptos teóricos y se escogieron y unificaron criterios de observación para el análisis posterior.
- *Etapa B:* El objetivo inicial era analizar primera y segunda visita de siete terapias de pareja con la idea de detectar la mención de relatos biográficos en ambos momentos. Se esperaba encontrar mayor referencia de elementos biográficos en la primera visita (ya que se supone que es el momento en que el paciente se define o presenta ante el terapeuta, y que la posición que éste adopta es la de una escucha activa). Se constituyeron dos grupos de 2 y 3 integrantes para observar las cintas por separado. La atención estuvo puesta en el momento de la sesión en que aparecían dichos elementos y cuál era la relación que tenían con la intervención del terapeuta. Posteriormente se intercambiaron las cintas y se contrastaron los resultados. Asimismo se realizaron observaciones de los videos en común para discutir los conceptos y generar nuevas ideas en base a lo observado.
- *Etapa C:* A medida que avanzaba el proceso de observación surgió la pregunta de si aparecían relatos biográficos en las sesiones posteriores a la

segunda visita, qué sentido (o relevancia) podían tener y qué hacía el terapeuta ante ellas. Por esta razón se tomó la decisión de seleccionar dos procesos psicoterapéuticos completos de los casos ya observados.

Muestra

Del material con que se contaba se determinó qué parejas tenían una mayor cantidad de referencia biográficas y cuáles menos; y se eligió una terapia de cada tipo. Se analizaron dos procesos psicoterapéuticos completos atendidos en el Servicio de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau.

- Pareja 1:

Fue atendida por el Doctor Ricardo Ramos y la coterapeuta Maribel Berbel en el año 1997. Se realizaron 9 sesiones, de las cuales se analizaron 8 (la última sesión fue un seguimiento).

Constituida por una mujer (M) de 37 años y un hombre (J) de 43. Tienen dos hijos de 8 y 5 y se conocen desde la Universidad (donde ambos estudiaban). En la actualidad él trabaja en una empresa familiar y ella es asesora empresarial. Fueron derivados por el psiquiatra de ella luego de un intento de suicidio (autolisis) tres meses antes de la primera visita.

Ambos señalaron que siempre habían tenido problemas de pareja, que atribuían a sus respectivos “caracteres”. Discutían porque ella dedicaba los fines de semana a limpiar la casa, mientras que él hubiese preferido hacer salidas al campo con los pequeños.

- Pareja 2:

Formada por una mujer (I) de 48 años y un hombre (A) de 50. Él es panadero y estaba en paro en el momento de la consulta, trabajando por cuenta propia desde hacía unos meses. Ella estaba de baja desde hacía dos años y tramitaba la invalidez por depresión. Tienen 28 años de casados y 4 hijos (de 27, 26, 22 y la menor, de 15, que vive con ellos). La mujer fue derivada por un psicólogo y su psiquiatra. Fueron atendidos por el Doctor Ricardo Ramos el año 1998 y se realizaron 10 sesiones de las cuales se vieron 8. Las dos últimas visitas fueron parte del seguimiento.

Resultados

Pareja 1

En este caso cada miembro de la pareja presenta su propia versión de la historia conjunta; versión que, por regla general, el otro miembro discute:

M: “Yo me quedé embarazada en último de farmacéutica a los 20 años y aborté convencida por él. Él me convenció”.

J: “Influenciada por mí sí. Obligada, no”.

Del mismo modo, no coinciden en el evento que consideran el inicio del problema:

J: “Hemos tenido problemas desde hace tiempo... Hace 8 años fuimos a un psicólogo, ella estaba embarazada del mayor... *Ella tenía una falta de aceptación de la maternidad* y teníamos relaciones sexuales dilatadas.”

M: “Yo no me puedo quedar quieta, soy egoísta y por eso no quería tener hijos. *Yo creo que viene del aborto...*”

La historia de la familia de origen de cada miembro recibe más atención que la de la pareja en sí: se vuelve un tema tan central que el terapeuta lo recoge:

J: “¿Te acuerdas lo de la teoría de las elefantes de la psicóloga? *Su madre era “hembrista”* como con los elefantes. Las hembras llevan la voz cantante, y los machos fuera. Mi suegra es anárquica...”

M: “Él viene de una tradición familiar totalmente distinta. *En mi casa, por desgracia, los hombres eran más apocados.* Mi abuela salió adelante sola con los niños en la guerra. Mi padre no quería hijos, no quería problemas, se conformaba con muy poco...”

T: “[Ustedes] tienen que tener un cierto espíritu de negociación, como de *dos culturas distintas.* Tiene que ver con la propia identidad...”

En suma, la primera pareja hace un extensivo uso de elementos autobiográficos, que pueden dividirse en dos clases. En la primera, con mucho la más frecuente, cada miembro apela a su biografía en un intento de defender su posición, carácter o personalidad frente a las imputaciones del otro (y quizá también *de cara al terapeuta*):

T: “¿Cuando usted ve a M muy firme, es porque ha sido así o porque está en una situación especial?”

J: “Ella no engaña en eso, desde que la conocí es así, es muy finalista. Son posturas rígidas. Es la educación también”

T: “¿Y usted [M] que vio en él?”

M: “Yo he admirado a J, por la capacidad de relacionarse con otros. Yo soy más retraída. Eso es algo que me gustaba mucho. Yo me impongo mucho, soy disciplinada; no sé si es autoeducación. *Mi abuela me decía: «antes la obligación que la devoción»*”.

La secuencia es casi siempre idéntica. Uno de los miembros enmarca al otro en una *categoría* generalmente despectiva (“hembrista”, “obsesiva”, etc.; Potter, 1996); y este se defiende exponiendo los hechos que justifican esta forma de ser (que, por otra parte, dificulta la relación de pareja). Aquí, la *memoria* (personal) y la *historia* (de pareja) entran en conflicto: en ese punto tiende a surgir la autobiografía.

Dado que el miembro en cuestión apela a su *memoria* (es decir, a su historia personal, casi siempre anterior a la constitución de la pareja), cierra toda posibilidad de que el otro cuestione su relato (aunque no sus implicaciones). La réplica sería simple y contundente: “no puedes saberlo, *tú no estuviste allí*”.

Pero otras menciones revelan discrepancias *entre los relatos en sí*, no sólo sus implicaciones. La más significativa se refiere al intento de suicidio por parte de M.:

J: “Aquel día, ¿no te acuerdas?, *con quien tuviste una discusión muy grave fue con tu hija*, el día de reyes...”

M: “*Con quien me discutí fue contigo*, no con mi hija”

J: “... los niños después de abrir todos los paquetes, se ponen a ver un vídeo que habían visto muchas veces. Y ella les dice que los va a tirar todos [los juguetes]. Con quien tuvo el gran rebote fue con la pequeña, que le dijo que se iría conmigo al pueblo... *M. dijo que tuvo una discusión muy fuerte conmigo y no fue conmigo. Fue con su hija*”.

Admitir la versión de los hechos que su marido propone habría implicado admitir también su visión de ella y atribuirse la causa de los problemas. Puesto que ambos tenían derecho a describirse como testigos, la defensa de ella pasa por elaborar *en detalle* (Potter, 1996) la escena previa al intento:

M: “*Yo sabía perfectamente lo que hacía. Me quedé en la habitación mirando por la ventana... aquel día llovía, y pensé: «voy a tomarme Oxidal». Y tomé Oxidal y alcohol*”.

Con esto pretende demostrar la exactitud de su *memoria* (pese a que en la entrevista anterior afirmó no recordarlo con claridad) y, en consecuencia, de su versión de los hechos (y su *capacidad de juicio*, puesta en duda por la revelación que hace su marido de su “conducta alcohólica”):

M.: “*Yo sabía perfectamente lo que hacía... pensé: «voy a tomarme Oxidal»...*”

Pareja 2

En general, hay muy pocas alusiones a la biografía, casi todas dentro de las primeras dos sesiones. No hay discrepancia entre ambos miembros acerca de su historia de pareja, ni sobre el acontecimiento desencadenante del conflicto; tampoco se mencionan sus respectivas familias de origen.

Sin embargo, hay un episodio que aparece una y otra vez porque ella lo trae a colación: la última infidelidad de él. No se discute que haya ocurrido, ni los detalles que la rodearon, sino *las motivaciones de él* para cometerla; es decir, la *memoria* de él, que ella discute a partir de su *historia*:

I.: “Lo que más me cuesta entender, es que me dices que me has querido, y entonces ¿por qué te fuiste? Según él no había emociones, sólo sexo, pero yo no puedo entenderlo. *Yo creo que no fue sólo sexo...*”

Esta infidelidad es un claro punto de quiebre del relato (o *peripetia*; Aristóteles, *Poética*, XI) de ella:

I: “Yo he tenido una educación arcaica; fui a un colegio de monjas toda la vida. Y luego *él me explicó la intimidad que tenía con la otra*, y le dije: «pues enseñame»... Ahora es la revelación y *quiero llevarla a la práctica*”.

En otras palabras, es a partir de la infidelidad (y del regreso de él a casa) que ella reconstruye su papel en la relación (lo cual constituye una *escena de reconocimiento*; Aristóteles, *Poética*, XI):

I: “Él vivió su época de fantasía hasta que la relación no funcionó... *Yo soy el comodín, su tabla de salvación*”.

Y, por tanto, su inquietud actual cobra sentido:

I: “Él no me hace caso, sigue a su aire... No me demuestra su cariño. No hay acercamiento ni físico ni mental ni sexo... *No sé si me quiere en realidad*”.

Análisis comparativo (ver Anexo)

Ambas familias se diferencian ampliamente en cuanto a la presencia del pasado en el relato terapéutico. La primera pareja hace referencia a él constantemente, quizá en la esperanza de justificar sus posiciones actuales y su deseo de permanecer en ellas; la segunda casi no lo cita (salvo cuando ella comenta el episodio de infidelidad).

Curiosamente, la única ocasión en que el marido de la segunda pareja narra (espontáneamente) parte de su biografía ocurre en medio de la discusión acerca de una posible recaída en el alcoholismo:

“Recuerdo mis problemas desde el principio, a mí me viene desde que se perdió el negocio, nosotros teníamos cinco panaderías; de tener todo a no tener nada... Eso crea una angustia horrible. En la segunda recaída perdí el trabajo. La de la panadería la tengo olvidada, pero si se juntan... Ahora podríamos con la edad que tenemos vivir bien. Yo como alcohólico no puedo permitirme pensar tanto”.

Discusión y Conclusiones

El primer objetivo de este trabajo tenía dos vertientes. La primera consistía en descubrir en qué momentos *del proceso terapéutico* se mencionaban espontáneamente elementos autobiográficos. Hemos observado que los relatos autobiográficos tienden a aparecer con mayor frecuencia al principio de la terapia, sobre todo en las primeras dos entrevistas. Esto podría apoyar la idea de que la terapia en general, y su inicio en particular, apoyan el siguiente enunciado:

“Por todo eso que le estoy contando, estoy así (tal como me ve), aquí (contándoselo a usted); y obviamente usted, que nos ha escuchado, tendría que hacer algo al respecto”. (Ramos, 2001; 1997)

La segunda vertiente consistía en identificar en qué momento *de cada sesión* aparecían las menciones autobiográficas sin el requerimiento explícito del terapeuta. En nuestra muestra no se encontró relación entre el momento concreto de la sesión (comienzo, medio, apostilla y devolución) y la ocurrencia de relatos autobiográficos. Sin embargo, y como era de esperar, sí parece existir relación entre estos, la dinámica de la conversación y las consecuencias de las narrativas de cada miembro.

Estos temas caen dentro del segundo objetivo de este trabajo, el efecto que la narrativa acarrea de cara a las expectativas del terapeuta. No se trata sólo de que el paciente defienda su memoria; puede también intentar que el terapeuta avale su versión de los hechos:

“Se postula que la narración autobiográfica del sistema consultante, tiene una dimensión fundamentalmente pragmática. Lo que nos cuentan de su historia, más que una representación de lo que pasó es una composición tendente a procurarse la alianza del terapeuta” (Ramos, 2001).

Esta comprensión tiene un carácter muy peculiar: puede asociarse con la *escena del reconocimiento* a la que nos hemos referido, y que forma parte de la estructura narrativa.

Las narrativas (Ramos, 1997) tienden a seguir una pauta *comienzo-nudo-desenlace*, donde la tensión anticipa el final, más o menos inesperado, que sigue a la *peripetia* o “inversión de papeles” y/o a la *escena de reconocimiento* (Aristóteles, *Poética*, XI). La *peripetia* es “un cambio por el cual la acción da un vuelco en dirección contraria”: “a partir de entonces, todo cambió”. La escena del reconocimiento consiste en “un cambio de la

ignorancia al conocimiento”, por el cual al protagonista “se le caen las escamas de los ojos” (Ende, 1996; Aristóteles, *Poetica*, XI): “entonces me di cuenta de que...” La peripecia puede ocurrir junto con (o a causa de) la escena de reconocimiento (y este era el mejor tipo de peripecia posible, según Aristóteles).

En este sentido, podría suponerse que cuando el paciente vuelve a relatar un episodio ya contado se encuentra atascado en medio de su narrativa, porque continúa esperando la *peripetia* o la *escena del reconocimiento* que le permitan avanzar hasta el desenlace; y que parte del papel del terapeuta consiste en facilitar su aparición, acaso elaborando y haciéndose cargo de la coyuntura actual (el *nudo*). En esto se cifra su “comprensión”; y su tarea puede ser no sólo construir una nueva narrativa, sino (eventualmente) lograr que la narrativa en curso salga de su atolladero.

En cuanto al tercer objetivo, estos resultados sugieren varias formas de tratar con las narraciones autobiográficas recurrentes en terapia.

En primer lugar, es posible que las ideas de que “las causas del comportamiento actual están en el pasado” y que “el pasado es inmodificable” se conviertan en un estorbo para las terapias de orientación sistémica breve centradas en el presente y en el futuro. Puede ser útil trabajar sobre el pasado; pero no por lo que entonces fue, sino por lo que ahora puede influir en lo que podría ser:

“No se trata de buscar en el pasado la causa de lo que sucede ahora, sino como una fuente de explicaciones posibles que ilumine nuevas alternativas de acción y de experiencias que permitan descubrir recursos no utilizados” (Delgado y Gutiérrez, 1994).

O, dicho de otra manera, puede ser necesario cuestionar la inevitabilidad del pasado (y no su *efecto* en la “personalidad” o el “carácter”): “lo entiendo, y me parece lógico; pero ¿es necesario que siga siendo así, hoy, que ya no es como entonces?”

Michael White (1993) ofrece un buen ejemplo:

“Los acontecimientos extraordinarios pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden «hechos» o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y sus relaciones...Estos acontecimientos extraordinarios pasados, pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente, significados que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones”.

En segundo lugar, el hecho de que la aparición espontánea de autobiografía en el segundo caso haya ocurrido en torno al tema del alcoholismo puede apoyar la idea de que una etiqueta socialmente sancionada es una “tarjeta de presentación” (Goffman, 1959; 1967) mucho más eficaz que cualquier experiencia pasada, y un recurso mucho más poderoso a la hora de justificar las acciones. El paciente que dispone de la categoría “alcohólico” puede explicar con ella un sinnúmero de hechos *sin apelar a su “memoria”, su “vida” o su “experiencia”*; puede usar el estigma a su favor (Goffman, 1963).

Por consiguiente, y dado que muchas de estas etiquetas requieren un aval (un profesional que realice el diagnóstico), una alternativa sería averiguar la historia del “diagnóstico” o atribución: “¿y desde cuándo sabe usted que es alcohólico? ¿Quién se lo diagnosticó?”

Bibliografía

- AUSTIN, J. L. (1990): “Cómo hacer cosas con palabras”; Paidós, Barcelona.
- ARISTÓTELES (1999): “Poética”; Tilde, Valencia.
- BARTHES, R. (1972): “Mythologies”; Paladin, Londres.
- BILLIG, M. (1987): “Arguing and thinking”; Cambridge University Press, Londres.
- BURR, V. (1995): “An introduction to social constructionism”; Routledge, New York.
- DELGADO, J.M. y GUTIRREZ, J.(1994): “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales”; Síntesis. Madrid.
- EGUILUZ, L. (2001): “La teoría sistémica: alternativa para investigar el sistema familiar”; UNAM, México.
- ENDE, M. (1996): “Carpeta de apuntes”; Alfaguara, Madrid.
- GARFINKEL, H. (1967): “Studies in ethnomethodology”; Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.
- GERGEN, K. (1992): “El yo saturado”; Paidós, Barcelona.
- GERGEN, K. (1996): “Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social”; Paidós, Barcelona.
- GOFFMAN, E. (1959): “The presentation of self in everyday life”; New York, Doubleday.
- GOFFMAN, E. (1963): “Estigma: la identidad deteriorada”; Amorrortu, Buenos Aires.
- GOFFMAN, E. (1967): “Interaction ritual: essays in face-to-face behaviour”; Chicago, University of California Press.
- KHOLI, M. (1993): “Biografía: relato, texto y método”. En Marinas J.M. Santamarina, C.: “La historia oral. Métodos y Experiencias”. Madrid. Editorial Debate, pp. 173-184.
- LOWENTHAL, D. (1985): “El pasado es un país extraño”; Akal, Madrid.
- O’HANLON, W., y WEINER-DAVIS, M. (1989): “In search of solutions: a new direction in psychotherapy”; W. W. Norton & Co., New York.

- PAKMAN, M.: “Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista”; en DELGADO, J. M, y GUTIÉRREZ, J. (1994): “Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales”; Síntesis, Madrid.
- POTTER, J. (1996): “La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social”; Paidós, Barcelona.
- RAMOS, R. (1997): “Comunicación al simposium: «De la antipsiquiatría a las terapias posmodernas: la deuda con la antipsiquiatría»”; III Congreso Europeo de Terapia Familiar, Barcelona.
- RAMOS, R. (2001): “Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa”. En prensa.
- SEARLE, J. R. (1970): “Speech acts”; Cambridge University Press, Londres.
- SHOTTER, J. (1990): “La construcción social del recuerdo y del olvido”. En Middleton, D., y Edwards, D. (Comp.): “Memoria compartida. La naturaleza social del recuerdo y del olvido”, Barcelona, Paidós, 1992.
- WHITE, M., y EPSTON, D. (1993): “Medios narrativos para fines terapéuticos”; Paidós, Barcelona.
- WITTGENSTEIN, L. (1988): “Investigaciones filosóficas”; Editorial Crítica, Barcelona.

Anexos

ANALISIS COMPARATIVO

PAREJA 1	PAREJA 2
La narración de la historia de la pareja está hecha de manera individual, sin aceptación por ninguna de las partes de la versión del otro.	La narración de la historia de la pareja está consensuada en su mayor parte, es aceptada por ambos miembros.
El “conflicto” inicial del problema: no es asumido por las partes como de los dos, cada uno de los miembros refiere un conflicto inicial diferente y no reconoce el del otro. Están de acuerdo en la “causa” de los conflictos que es “el carácter” de cada uno.	El “conflicto” inicial del problema: es asumido por las partes como el surgimiento de su situación de no entendimiento actual. Están de acuerdo en el momento en que aparece el problema (episodio de infidelidad).
La historia individual es esgrimida para justificar su manera de actuar en la actualidad; los cambios se hacen difíciles porque es más importante preservar esa identidad de cada uno apoyada en la historia familiar individual.	Los cambios que se han producido en un miembro de la pareja justifican o legitiman la solicitud de cambios en el otro miembro.
La narración de la historia de la familia de origen de cada miembro es más importante que lo que se ha creado en la pareja actual y se vuelve una de las temáticas centrales de discusión.	La narración de la historia de la familia de origen de cada uno aparece mínimamente y no condiciona la temática abordada en el transcurso de la terapia.
La narración incluye aspectos de la relación de pareja, “casi” desde su constitución, es decir, se narran aspectos desde los orígenes de la pareja.	Existe menor mención a aspectos de los inicios de la pareja y el relato se centra en un período acotado de su relación, es decir, en lo que sucedió a partir de un evento (en este caso se trata de la infidelidad de él).
Uno de los temas centrales, y conflictivo, se relaciona con la educación de los hijos, que puede estar relacionado con el ciclo vital de la pareja.	Los hijos no es un tema que aparezca como relevante, también relacionado con el momento evolutivo de la pareja.
Aquí las diferencias entre los miembros de la pareja son atribuidas “al carácter” de cada uno que se relaciona con sus respectivas familias.	Los conflictos entre los miembros de la pareja, él los atribuye a “su enfermedad” (alcoholismo) mientras que ella lo atribuye a un episodio concreto (infidelidad)