

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA BIBLIOTERAPIA EN PACIENTES CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

ARGAÑARAZ JOFRÉ, Matías Gonzalo

SAN JUAN

FEBRERO 2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**EFFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA BIBLIOTERAPIA EN PACIENTES CON
CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ÁREA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

ARGAÑARAZ JOFRÉ, Matías Gonzalo

DIRECTORA: Mg. Sonia Gimenes Bawden

TUTORA ACADÉMICA: Lic. Luciana Bordas

SAN JUAN

FEBRERO 2026

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
CAPÍTULO I	4
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO.....	8
1. Pacientes con consumo problemático.....	8
1.1. Trastorno por consumo de sustancias.....	8
1.2 Caracterización del diagnóstico en la práctica	10
1.3 Toxicomanías desde la perspectiva psicoanalítica	13
2. La dirección de la cura en las toxicomanías	24
2.1. La clínica de la pregunta.....	27
3. Uso terapéutico de la lectura	29
3.1 Antecedentes.....	29
3.2 Concepto de Biblioterapia	33
3.3 Biblioterapia en el tratamiento por consumo de sustancias.....	34
3.4 La lectura y sus aspectos curativos.....	37
4. Efectos terapéuticos	40
4.1 Conceptualización	40
4. 2. Elementos clave para un efecto terapéutico	41
4.3 Efectos terapéuticos en la experiencia analítica	42
CAPÍTULO II.....	44
MATERIALES Y MÉTODOS	44
1. Fase de acercamiento a la institución	44
2. Fase de exploración	44
3. Fase de descripción.....	45
4. Fase de planificación	47
5. Fase de intervención	47
6. Fase de análisis y elaboración	48
CAPÍTULO III	50
RESULTADOS	50
Caso Sergio.....	50
Su inicio y relación con el consumo	50
Su pedido de ayuda e ingreso en la Comunidad Fuego.....	51

Su estadía en la casa y desarrollo en el tratamiento	52
Participación en el taller de lectura.....	52
Caso Marcos	56
Su historia e inicio en el consumo	56
Su pedido de ayuda e ingreso en la Comunidad Fuego	57
Participación en el taller de lectura.....	58
CAPÍTULO IV.....	61
DISCUSIÓN.....	61
Caso Sergio.....	61
Caracterización del consumo problemático.....	61
Tratamiento por consumo de sustancias.....	61
Efectos terapéuticos de la biblioterapia	62
Caso Marcos	64
Caracterización del consumo problemático.....	64
Tratamiento por consumo de sustancias.....	65
Efectos terapéuticos de la biblioterapia	65
Conclusiones generales.....	67
Acerca de la utilidad de la práctica profesional.....	70
Propuestas.....	71
Referencias	72
ANEXOS	76
ANEXO N° 1.....	76
ANEXO N° 2.....	80

AGRADECIMIENTOS

Al equipo y pacientes de la Comunidad Fuego por su ayuda y confianza,
a la Lic. Luciana Bordas por su acompañamiento,
a mi familia por su paciencia, apoyo y amor,
a mis amigos por su cariño y contención.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final forma parte del programa de Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) como evaluación última para la obtención del título de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Cuyo.

Se enmarca dentro del área clínica de la psicología y es llevado a cabo en una comunidad terapéutica de la provincia de San Juan: la Comunidad Fu.E.Go. Ésta es una comunidad espiritual-terapéutica perteneciente a la Iglesia Católica que se dedica al acompañamiento en el proceso de recuperación de pacientes con problemática de adicción, especialmente de alcohol y drogas. La misma desempeña su tarea desde el año 2017 y está conformada por un sacerdote, cuatro psicólogos y cinco voluntarios.

En relación al nombre de “Comunidad FU.E.GO.”, sus siglas hacen referencia a distintas virtudes relacionadas a la Fuerza, Esperanza y Gozo, inspirada en la fe de la Iglesia Católica.

La Comunidad Fuego cuenta con dos dispositivos de intervención: la casa de contención y el tratamiento ambulatorio. A este último, asisten tanto los pacientes que viven en la casa, como aquellos que no. Los pacientes que llegan a la comunidad, luego de una o varias entrevistas de admisión, se integran conformando un solo grupo. Los días de tratamiento son los lunes, miércoles y viernes de 17 a 21hs, con actividades pautadas para cada jornada. Además, el resto de la semana se proponen actividades deportivas, manuales, recreativas, artísticas, entre otras, para que los pacientes participen si así lo desean.

El funcionamiento de dicha comunidad se enmarca en una serie de pautas que los pacientes deben cumplir en función de los procesos y necesidades de la misma, tales

como: respetar el horario de entrada y salida, no relacionarse con personas de consumo fuera de la comunidad, no convidar ni compartir cigarrillos, entre otras. Todos los pacientes, sin excepción, deben respetar estas pautas, dado que el incumplimiento de alguna de ellas podría derivar en una “situación de aprendizaje” que el equipo considere acorde.

En los días de tratamiento se llevan a cabo encuentros grupales que se ofrecen desde la comunidad. Al momento de las PPS, se cuenta con: Grupo Terapéutico de Apertura, Grupo Terapéutico de Cierre, Grupo de Prevención de Recaídas, Grupo de Confrontación, Taller de Laborterapia y, añadido recientemente, el Taller de Lectura. Además, se brinda atención terapéutica individual para cada paciente.

El trastorno por consumo de sustancias es una condición compleja. Las personas que padecen este trastorno tienen un enfoque en el consumo de cierta/s sustancia/s, como el alcohol o las drogas, hasta el punto en que esta situación toma el control de su vida. Siguen consumiendo incluso cuando saben que esto les causará problemas.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM por sus siglas en inglés) en su 5ta edición identifica como característica esencial del trastorno por consumo de sustancias “la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia”. Los criterios que se toman en cuenta para el diagnóstico son el control deficitario, el deterioro social, el consumo de riesgo, además de los criterios farmacológicos (2013, p. 531).

En un principio, la mayoría de las personas con consumo problemático creen que pueden dejar de usar drogas por sí mismos e intentan hacerlo sin recibir tratamiento. Aunque algunos lo logran, otros fracasan cuando quieren mantener la abstinencia durante un extenso periodo de tiempo. Esto puede deberse a que el uso de drogas a largo plazo

produce cambios significativos en la función cerebral, que pueden persistir por mucho tiempo después de que se han dejado de consumir. Diversos factores pueden influir en la recaída de una persona con consumo problemático, incluso cuando existe un deseo consciente de sostener la abstinencia. Elementos como el estrés laboral, los conflictos familiares, ciertas enfermedades, o incluso estímulos ambientales -como olores, objetos o lugares asociados al consumo- pueden activar impulsos de forma inconsciente y dificultar el mantenimiento de la abstinencia (NIDA, 2018, p. 71).

Sin embargo, existen varios tratamientos efectivos disponibles y las personas pueden recuperarse de la adicción y llevar una vida normal y productiva. El tratamiento para la adicción tiene como finalidad ayudar al usuario a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

En el tratamiento por consumo de sustancias, se hace evidente el enorme peso que tienen las palabras, sea por su presencia o por su ausencia. Comúnmente, a los pacientes que ingresan en este tratamiento les cuesta mucho poner en palabras lo que sienten o lo que desean expresar.

Cristina Deberti Martins (2013) señala lo siguiente sobre la función simbólica de la palabra:

La capacidad de nombrar las cosas, los afectos, las situaciones, nos proveen de instrumentos para contactar con nuestro interior, algunas veces desbordado y caótico, otras veces, despoblado. Simbolizar tiene que ver con esa función que

permite representar lo ausente de manera que cobre presencia a través de la palabra.

Las palabras a modo de hilos van tejiendo redes de sentido. (p.24).

Es bajo esta premisa que se introduce la lectura y el libro como agentes terapéuticos, basándose en la relación que se establece entre el paciente y la lectura, la cual le proporciona a éste el apoyo y soporte que necesita. En este sentido, se introduce el concepto de Biblioterapia, entendida como “la cura a través de la lectura”. Gómez, K. L. (2011) se refiere a esta disciplina como un proceso terapéutico que se vale de textos determinados y lecturas dirigidas que sirven como apoyo en el tratamiento de personas con alguna aflicción, con el propósito de generar catarsis y solución de problemas.

La importancia que adquiere la palabra en los procesos terapéuticos vinculados al consumo problemático de sustancias, junto con el potencial terapéutico que ofrece la lectura como herramienta simbólica, constituyen el eje que motiva la presente investigación. Desde esta perspectiva, el trabajo se orienta a explorar cómo la biblioterapia puede integrarse como recurso clínico en el abordaje de las adicciones.

En este marco, el objetivo general es describir los efectos terapéuticos de la biblioterapia en pacientes con consumo problemático de sustancias. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos: precisar los efectos terapéuticos en el tratamiento de las adicciones, caracterizar a los pacientes con consumo problemático, definir conceptualmente la biblioterapia y articular el desarrollo teórico con casos clínicos que permita ilustrar su implementación en la práctica.

MARCO TEÓRICO

1. Pacientes con consumo problemático

1.1. Trastorno por consumo de sustancias

Según el DSM 5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia, teniendo como criterio para su diagnóstico el control deficitario, el deterioro social, el consumo de riesgo y los farmacológicos.

Por su parte, el NIDA (National Institute on Drug Abuse) define a la adicción como una enfermedad crónica que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, o su dificultad de controlar, a pesar de sus consecuencias perjudiciales. Según este instituto, la decisión inicial de consumir drogas es voluntaria para la mayoría de las personas, pero el consumo repetido puede provocar cambios cerebrales que desafían el autocontrol de la persona adicta e interfieren en su capacidad para resistir los intensos impulsos de consumir drogas. Estos cambios cerebrales pueden ser persistentes, por lo que la adicción se considera un trastorno "recurrente": las personas en recuperación de trastornos por consumo de drogas tienen un mayor riesgo de volver a consumirlas incluso después de años sin consumirlas (NIDA, 2018, p. 68).

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En lo que respecta a la estructura diagnóstica según el DSM 5 (2013, p. 532):

Criterio 1: La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.

Criterio 2: La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste.

Criterio 3: La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.

Criterio 4: En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo.

Criterio 5: El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.

Criterio 6: La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.

Criterio 7: Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

Criterio 8: Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.

Criterio 9: La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.

Criterio 10: Tolerancia, la cual se define como un incremento significativo en la cantidad de sustancia consumida para alcanzar los efectos deseados, o como una disminución considerable de los efectos al utilizar la dosis habitual.

Criterio 11: Abstinencia, entendida como un síndrome que se manifiesta cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o en los tejidos de una persona que ha sido consumidora habitual durante un periodo prolongado.

1.2 Caracterización del diagnóstico en la práctica

Mario Puentes en su libro *Tu droga, mi droga, nuestra droga* (2011, p. 35) indica cómo concebir a la persona con trastorno por consumo de sustancias desde un “doble diagnóstico”.

El primer diagnóstico

En este primer diagnóstico se busca indagar cuál es el tipo de contacto que tiene la persona con la droga, es decir, se investiga y trabaja la relación tangible, manifiesta, observable del sujeto con la sustancia. Para ello, se puede realizar diferentes preguntas que lleven a establecer clara y profundamente el contacto del sujeto con el objeto droga, tales como “¿Cuál es tu droga de preferencia?”, “¿Cuándo, cuánto y cada cuánto consumes?”, “¿Has hecho tratamientos anteriormente?”, “¿Para qué consumes?”, entre otras.

En este punto, un aspecto clave a establecer en este diagnóstico es ¿Cuál es la relación que establece la persona con la droga, en función del manejo de la angustia? La persona que depende de estas sustancias maneja los tóxicos para anestesiar la angustia, la cual se vuelve inmanejable, perdiendo los “sistemas de control”.

En este primer diagnóstico, se enmarca la distinción entre uso, abuso y dependencia de sustancias, es decir la relación tangible, observable y -en lo posible- comprobable de la persona con el tóxico.

a) Uso

Con esta denominación se intenta aclarar que la presencia de una sustancia tóxica, una droga legal o ilegal, no implica necesariamente una adicción. Es una condición necesaria pero no suficiente. Según Puentes, hay que prestar atención principalmente a la variable psicológica, pues la drogadicción implica una personalidad pre-patológica al consumo de drogas: ésta se caracteriza por ser dependiente e inmadura antes de consumir.

Desde el punto de vista clínico-psicológico, se define que un sujeto hace uso de drogas cuando, ante la inesperada ausencia de la sustancia, no se angustia. En estos casos la frecuencia de consumo es irregular y esporádica.

Entonces, se puede concluir que el uso está definido como la relación que establece un sujeto con una sustancia psicoactiva (drogas, alcohol) pero sin generar un vínculo de necesidad, no se presenta ninguna manifestación de angustia frente a la falta de la sustancia. No se la espera, ni se hacen esfuerzos desmesurados para conseguirla.

b) Abuso

Estadísticamente son millones en su modalidad leve, moderada o grave. Se presenta en personas que consumen con una frecuencia regular normalmente asociada a situaciones emocionales y habituales. Se incluye en este sentido al alcohol.

Se consume deliberadamente para inhibir o estimular la conciencia. Psicológicamente, en situaciones especiales, cargadas emocionalmente, el no consumir genera ansiedad. Se define entonces abuso de drogas cuando, en dichos momentos señalados, la abstención (por ausencia de la sustancia) produce inevitablemente angustia. Esto es independiente de cuál sea la conducta consecuente, la angustia está.

c) Dependencia

Una definición gráfica "una persona con trastorno por consumo de sustancias es un sujeto cuya existencia está subordinada a la búsqueda y consecución de efectos psicoactivos por el consumo de una sustancia más o menos tóxica" (Puentes, 2011, p. 40). Es decir, es quien tiene una compulsión a consumir, pues la abstinencia de sustancia le genera un monto inaceptable e intolerable de angustia, que sólo se alivia con una nueva ingesta. Normalmente se encuentra con un marcado compromiso físico, familiar y social. La droga opera como un ocultador de la angustia psicológica. Como se ha mencionado anteriormente, para llegar a este estado hay que tener una personalidad pre-patológica.

En síntesis, se puede categorizar el tipo de vínculo que tiene la persona con la sustancia de acuerdo con su reacción ante la ausencia de la misma.

Tipo de consumo	Respuesta ante la ausencia de la sustancia
Uso	Sin angustia
Abuso	Angustia
Dependencia	Angustia intolerable

Segundo diagnóstico

Siguiendo a Puentes, el segundo de este "doble diagnóstico" tiene que ver con la llamada personalidad o patología de base, entendida como neurosis, psicosis u otras entidades psicológicas. Aludiendo a la imagen de la droga como "tapa", este diagnóstico aparecerá debajo de la droga, lo que justamente esta no permite observar. Metodológicamente primero hay que correr la droga para encontrar con cualquier tipo de diagnóstico imaginable. Es esperable que cuanto más compulsiva fuese la relación tangible con la droga, más patológico será el segundo diagnóstico.

Aquí no se busca analizar la relación sujeto-droga, sino la significación que tiene el acto compulsivo de consumir para ese sujeto. En el recorrido del paciente, el pasaje de una demanda centrada en la sustancia ("quiero dejar de drogarme") hacia una demanda de tipo terapéutico —es decir, una interrogación sobre sí mismo— es lo que permitirá la aparición de un segundo diagnóstico.

En efecto, la segunda parte del diagnóstico aparece cuando el sujeto hace un corrimiento en su relación con la droga, se posiciona desde un lugar diferente para con la sustancia. Desde lo manifiesto cuando logra cortar el circuito compulsivo "consumo, no consumo; consumo, no consumo" (abstinencia) y hacerse alguna pregunta sobre sí mismo. Caído el objeto droga, comenzará a aparecer la personalidad de base la cual, prepatológica, emergerá de una manera novedosa, con las marcas del pasaje por el consumo compulsivo de tóxicos.

Cuando está en carrera, la persona no sabe por qué cayó en el circuito compulsivo y autodestructivo. Solo logrando un cambio en la relación tangible con la sustancia (la total o parcial abstinencia) se puede plantear preguntas sobre la posible significación del vínculo dependiente.

Retomando lo ya expuesto, recién después de trabajar el primer diagnóstico es que se podrá abordar con esperanza de éxito el segundo.

1.3 Toxicomanías desde la perspectiva psicoanalítica

Referencias al tóxico en Freud

En la obra freudiana se hallan múltiples referencias al fenómeno de las adicciones, al consumo de drogas y al alcoholismo. Sin embargo, tal como señala González (2016), dichas menciones no conforman un objeto de estudio central para Freud, sino que

aparecen como elementos que permiten ampliar, matizar o cuestionar los límites del campo psicoanalítico, tanto en su vertiente clínica como teórica.

Los primeros escritos de Freud sobre drogas no forman parte estricta del corpus teórico del psicoanálisis. Entre 1884 y 1886, el autor se dedicó al análisis de los efectos y aplicaciones de una sustancia en particular: la cocaína. Estos textos, reunidos bajo el título *Escritos sobre la cocaína*, reflejan la perspectiva de un médico e investigador de su época, interesado en las potencialidades terapéuticas de la medicina de moda. En ese momento, la cocaína había ingresado en Europa a mediados del siglo XIX como estimulante y remedio contra la fatiga. Al momento de redactar estos trabajos, hacia 1884, Freud focalizaba su atención en demostrar sus propiedades anestésicas y exploraba usos alternativos, como el tratamiento de trastornos digestivos, la caquexia o la disfunción sexual.

Aunque estos escritos no abordan directamente las toxicomanías, Freud realizó observaciones relevantes para el tema. Por ejemplo, destacó la utilidad de la cocaína en el tratamiento de la depresión y la melancolía, y admitió haberla utilizado personalmente con este fin. Además, propuso su empleo para combatir el morfinismo, hipótesis que posteriormente desestimó a partir de su propia experiencia. Este enfoque inicial evidencia una concepción todavía médica y positivista, en la que se confiaba en el efecto fisiológico del fármaco como solución química, sin considerar la dimensión subjetiva del consumidor. En esta lógica, una droga podía funcionar como antídoto frente a otra considerada veneno, lo cual dista del posicionamiento que Freud desarrollaría posteriormente (González, 2016, p. 60).

En los textos prepsicoanalíticos incluidos en las Obras Completas, se encuentran otros pasajes donde Freud aborda específicamente las adicciones. Uno de los más significativos aparece en *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, donde afirma:

“(…) esos narcóticos están destinados a sustituir -de manera directa o por medio de rodeos- el goce sexual faltante y, cuando ya no se pueda restablecer una vida sexual normal, cabrá esperar con certeza la recaída del deshabitado.” (Freud, 1898, p. 268).

González (2016, p. 60) señala que esta afirmación debe entenderse en el contexto de la fundación del campo psicoanalítico, etapa en la que Freud buscaba delimitar con precisión el alcance y las posibilidades del dispositivo que proponía. En ese marco, definió la especificidad de las “neurosis actuales” —dentro de las cuales incluyó la neurastenia y la neurosis de angustia—, estableciendo una distinción con las “neuropsicosis”. Las primeras se caracterizan por un origen sexual vinculado a lo somático, sin intervención de mecanismos psíquicos; las segundas, en cambio, implican la acción de mecanismos de defensa sobre las representaciones, lo que las hace susceptibles de tratamiento psicoanalítico.

La referencia a las adicciones surge entonces como una herramienta conceptual para precisar los límites de la práctica analítica. Freud sostenía que la masturbación excesiva era la causa de la neurastenia, lo que lo llevó a reflexionar sobre los efectos de la abstinencia como estrategia terapéutica. A través de una analogía con el tratamiento de las toxicomanías —donde la abstinencia es un principio central—, formuló su conocida afirmación de que la masturbación constituye “la adicción primordial” (González, 2016, p. 61).

En los primeros desarrollos del psicoanálisis, las adicciones no fueron concebidas como un objeto de estudio directo por parte de Freud, sino como un recurso conceptual para precisar la naturaleza de ciertas neurosis que, según su perspectiva inicial, quedaban fuera del campo de acción del psicoanálisis. En este sentido, puede sostenerse que, por extensión, las propias adicciones resultaban excluidas del dispositivo analítico de la época (González, 2016, p. 61).

Un aspecto destacable de estas formulaciones es la intuición freudiana de que estos cuadros reflejan modalidades de sufrimiento que no se expresan bajo la lógica del retorno de lo reprimido.

Otro referente temprano y frecuentemente citado por autores contemporáneos que trabajan sobre las toxicomanías, es la noción de cancelación tóxica del dolor. Este concepto, de aparición temprana en la obra freudiana, puede rastrearse en *Sobre la cocaína* (1884) y es retomado posteriormente en escritos como *La represión*. En este último texto, Freud enfrenta la dificultad de explicar los motivos que darían lugar al mecanismo represivo. Su planteo es el siguiente, si la represión busca evitar el displacer, ¿por qué habría de activarse frente a pulsiones cuya satisfacción es inherentemente placentera? En ese momento, la pulsión es entendida como pulsión sexual, y la vivencia de dicha satisfacción como displacentera para el yo es un efecto de la represión, no su causa (Freud, 1915).

Esto lo conduce a preguntarse si sería posible que, por alguna razón, la satisfacción pulsional se tornara displacentera. Ante la ausencia de ejemplos claros en el terreno pulsional, Freud recurre a una aproximación menos rigurosa: el dolor. Este opera como un estímulo interno semejante a una pulsión, aunque no lo sea estrictamente. Sin embargo, el recurso resulta limitado, ya que el dolor, debido a su carácter imperativo, no puede ser tramitado por la vía represiva, sino que solo puede ser contrarrestado mediante un nuevo interés psíquico o por medio de su cancelación a través de un agente tóxico. Así, se establece una diferencia sustancial entre dolor y pulsión: mientras la pulsión es susceptible de elaboración psíquica, el dolor se resiste a dicho procesamiento, quedando, una vez más, el tóxico situado en una zona ajena a lo estrictamente psíquico (González, 2016, p. 61).

Si bien Freud introduce la noción de supresión tóxica del dolor, no es posible afirmar que esta conceptualización describa con precisión la especificidad de las toxicomanías. En este punto, sus reflexiones no aluden directamente a las adicciones, sino al efecto de los tóxicos en general, aun cuando haya recurrido a esta idea en otros contextos. Desde esta perspectiva, se vuelve fundamental diferenciar el tóxico de la toxicomanía, ya que extrapolar afirmaciones sobre el primero para explicar fenómenos propios de la adicción conduce a errores teóricos y clínicos. Este concepto freudiano ha sido, de hecho, uno de los pilares de múltiples desarrollos psicoanalíticos sobre las toxicomanías; sin embargo, se considera necesario contextualizarlo y cuestionar su alcance y aplicabilidad. En el texto freudiano, su función es meramente instrumental, utilizada para esclarecer un problema interno de la teoría de la represión.

Cabe señalar que esta concepción del tóxico surge en un momento previo a la formulación de la segunda tópica, y no vuelve a ser retomada por Freud después de 1920. Este hecho plantea el interrogante sobre el impacto que el cambio en la teoría pulsional y en la noción de dolor -derivado de la propuesta de un más allá del principio del placer- podría tener sobre dicha formulación.

Otra referencia freudiana al uso de sustancias aparece en *El malestar en la cultura*, donde el autor destaca su función como recurso frente al sufrimiento. Si bien reconoce su eficacia, señala que se trata de un método poco sofisticado, dado que prescinde del trabajo psíquico. Freud (1930) afirma:

“Lo que se consigue mediante las sustancias embriagadoras en la lucha por la felicidad y por el alejamiento de la miseria es apreciado como un bien tan grande que individuos y aun pueblos enteros les han asignado una posición fija en su economía libidinal. No sólo se les debe la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior.

Bien se sabe que con ayuda de los «quitapenas» es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio, que ofrece mejores condiciones de sensación” (p. 78).

En continuidad con lo desarrollado previamente, resulta necesario interrogar nuevamente el grado de especificidad que poseen ciertas referencias freudianas cuando se pretende aplicarlas al campo de las adicciones. En el caso de la cita trabajada anteriormente, la alusión a un uso social de las sustancias suscita dudas sobre si su verdadero punto de anclaje son las toxicomanías. En efecto, el lugar y el valor que adquiere el consumo en determinados rituales no puede ser homologado al que la sustancia ocupa en el entramado clínico de una adicción. Allí donde los rituales suponen un acontecimiento social, en el que el uso del tóxico opera como condición de pertenencia, el consumo propio de la toxicomanía tiende a erosionar el lazo social.

Este rasgo diferencial ha sido señalado por numerosos autores contemporáneos. Colette Soler, por ejemplo, afirma “La toxicomanía no solo es un síntoma autista por su goce, sino que, además, habida cuenta del mercado de la droga, es un síntoma que, muy a menudo, conduce a los sujetos a actos antisociales, como suele decirse, para conseguir droga.” (Soler, 2000, p. 157-158)

En la misma línea, Jacques-Alain Miller ubica al toxicómano como emblema del autismo contemporáneo del goce, consecuencia de la “ruptura del casamiento con el Ideal”, destacando igualmente su “goce autista” característico (Miller, 1997, p. 22).

Si bien estas consideraciones iluminan un rasgo distintivo de la toxicomanía, dejan abierta la pregunta por la existencia de otros modos posibles de consumo. ¿Toda ingesta de sustancias se inscribe necesariamente en esta lógica autista y antisocial? ¿Cómo pensar, entonces, los consumos rituales o aquellos que posibilitan cierta forma de

agrupamiento? La ausencia de estas preguntas en gran parte de la producción inspirada en Soler y Miller contribuye a mantener difusos los límites conceptuales que recortan la toxicomanía como fenómeno. Ello se vincula, a su vez, con una tendencia más general: la de homologar, sin distinción, las referencias de Freud y Lacan al tóxico, la intoxicación, las drogas o las adicciones, aplicándolas de manera directa al campo de la toxicomanía (González, 2016, p. 62).

La última referencia freudiana a destacar se encuentra en su conocida caracterización del alcoholismo, donde compara el vínculo del bebedor con el alcohol, con un “matrimonio feliz”. Desde una perspectiva clínica contemporánea, esta imagen resulta discutible si se la confronta con los testimonios de pacientes alcohólicos. Sirva como ejemplo la declaración del narrador de *El que tiene sed*, de Abelardo Castillo “Lo formidable es que yo odio con todo mi corazón el alcohol. Y esto, que parecía increíble, sí era cierto. Ni en tres, ni en cinco, ni en diez años pude superar el asco que me causa el primer vaso.” (p. 240).

Es posible especular que Freud, en este pasaje, estuviera influenciado por cierta idealización literaria de la figura del bebedor, propia de los escritores románticos. No obstante, lo relevante para nuestro análisis es el valor de esta afirmación dentro del contexto teórico en el que aparece. El alcoholismo no es aquí objeto de estudio en sí mismo, sino un recurso para problematizar la noción de objeto. Freud se detiene en la paradoja de que, mientras el objeto amoroso pierde su atractivo y se revela sustituible, el alcohol para el bebedor mantiene su valor constante e insustituible. Este contraste funciona como punto de apoyo para interrogar, en un momento en que todavía no había distinción clara entre el objeto amoroso y el pulsional, el estatuto mismo del objeto en el psicoanálisis.

Referencias al tóxico en Lacan

En el caso de Lacan, las alusiones al consumo de sustancias son más escasas y de menor desarrollo que en Freud. Siguiendo el ordenamiento propuesto por Hugo Freda (1997), en su intervención en el seminario dictado por Jacques-Alain Miller y Éric Laurent, *El Otro que no existe y sus comités de ética*, se pueden identificar seis menciones que, según su criterio, conforman la “concepción lacaniana de la toxicomanía” (p. 12).

La primera referencia se ubica en la etapa previa al inicio de su enseñanza. En 1938, Lacan atribuye la “toxicomanía vía oral” a los efectos individuales producidos por el traumatismo psíquico del destete, ubicándola en serie con las anorexias mentales y las neurosis gástricas. El contexto de esta afirmación se orienta a explicar un momento fundacional del aparato psíquico con las herramientas conceptuales disponibles en ese momento. Esta perspectiva no parece surgir de una elaboración propia sobre la toxicomanía, sino que reproduce concepciones de la época, asociándola con una fijación oral, tal como lo sostenían otros autores.

La segunda mención aparece en *Acerca de la causalidad psíquica*, donde Lacan (1938) describe la intoxicación como un modo de resolución de la “discordancia primordial entre el Yo y el ser” (p. 177).

Más adelante, en *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo*, Lacan (1960) se distancia del “estado de conocimiento” -sostenido por un sujeto unificado- para ubicar, en el registro del saber, correlato del sujeto dividido, ejemplos como “la experiencia vivida del alucinógeno” (p. 775), junto a los “estados de entusiasmo de Platón” y los “grados de samadhi en el budismo”. Aquí, la referencia a los alucinógenos funciona como recurso para marcar la distinción entre el campo específico del psicoanálisis y el de otras disciplinas orientadas al tratamiento de la psiquis. En este sentido, la mención no parece

apuntar directamente a la toxicomanía, sino más bien a prácticas como las psicoterapias asistidas con LSD desarrolladas desde la década de 1950 por psicoanalistas como Stanislav Grof, y que a mediados de los años sesenta tuvieron en Timothy Leary a uno de sus mayores defensores.

De estas tres alusiones, Freda (1997) deduce la solidaridad entre la intoxicación “en cualquiera de sus formas” y la afánisis del sujeto (p. 14). Surge aquí la pregunta acerca de si todas las formas de intoxicación poseen el mismo estatuto y, sobre todo, si intoxicación y toxicomanía pueden ser tomadas como sinónimos, lo que equivaldría a equiparar una borrachera ocasional con el alcoholismo crónico.

En relación con Lacan, probablemente la referencia más extensa y fecunda para el análisis sea la que aparece en *Psicoanálisis y medicina*, donde sitúa a los tóxicos como productos de la ciencia. A partir de esta afirmación, introduce dos cuestiones centrales: por un lado, la pregunta por la dimensión ética y, por otro, la distinción entre el campo del deseo y el campo del goce. Este planteamiento anticipa desarrollos que adquirirán mayor relevancia a partir de 1968 y 1969, cuando el autor proponga instituir el campo del goce -aun cuando lo denomina “lacaniano”- como una deducción explícita de la obra freudiana.

Precisamente, esta perspectiva que articula la noción freudiana de “más allá del principio del placer” con la construcción lacaniana del goce resulta particularmente pertinente para abordar los fenómenos propios de la toxicomanía. Permite formalizar modos de padecimiento que no se inscriben en la lógica del retorno de lo reprimido y, en consecuencia, no se presentan como síntomas en sentido metafórico.

Otras dos menciones al tóxico aparecen en la obra lacaniana. La primera, de 1973, en la que alude a la “presencia real” del sujeto afirmando que “no hay necesidad del hasch

para revelarla” (Lacan, 1973, p. 51), no introduce elementos sustancialmente nuevos respecto de lo ya desarrollado. La segunda, de 1975, es considerada por Freda como la tesis lacaniana sobre la toxicomanía y se halla en la sesión de clausura de las Jornadas de los Carteles de la Escuela Freudiana de París. Sin embargo, esta reflexión surge como un comentario tangencial, en medio de una exposición sobre la angustia en el caso Hans, en la que Lacan señala que la eficacia de las drogas radica en su capacidad para interrumpir el “matrimonio con la cosita de hacer pipí”. Este comentario, seguido por la frase “dejemos esto de lado y vayamos a las cosas serias”, no vuelve a ser retomado en sus seminarios ni escritos posteriores.

Ante este pasaje, Miller (1989) advierte que no se trata de una delimitación de la toxicomanía, sino de “una tentativa de definición de la droga en cuanto tal” (p. 16), e insta a profundizar en el análisis de la relación entre el sujeto y el objeto-droga.

El recorrido realizado hasta aquí confirma lo planteado al inicio de este apartado: ni en Freud ni en Lacan encontramos formulaciones que, por sí solas, constituyan una teoría acabada sobre la toxicomanía. De hecho, muchas de sus menciones ni siquiera aluden a las adicciones, sino a formas de uso del tóxico que no necesariamente pueden enmarcarse en esta categoría. Este señalamiento parte de un supuesto fundamental: existen diferentes modos de relación con el tóxico y no todos ellos configuran una toxicomanía. Esta distinción, ya presente en Freud, parece diluirse en algunos abordajes contemporáneos (González, 2016).

Desarrollos actuales sobre el tema

En la literatura psicoanalítica contemporánea, los estudios sobre toxicomanía se diversifican y especializan, configurando distintas líneas de abordaje que, aunque no excluyentes, privilegian determinados marcos conceptuales sobre otros. Siguiendo la

clasificación propuesta por González (2016, p. 63), es posible agrupar estas elaboraciones en tres grandes corrientes, según el eje teórico que se constituya como su principal punto de apoyo.

En primer lugar, se ubican aquellos desarrollos que toman como referencia central la formulación freudiana de la cancelación tóxica del dolor, donde se inscriben autores como Le Poulichet, Geberovich y Héctor López. Este grupo recupera las conceptualizaciones freudianas de la segunda tóptica, pese a que el pasaje textual de apoyo pertenezca a un momento anterior. Tal desplazamiento es legítimo, dado que las elaboraciones posteriores a 1920, bajo el nuevo dualismo pulsional, permiten incluir en el campo del psicoanálisis fenómenos que no se inscriben en la dialéctica del deseo. Sin embargo, las convergencias no eluden diferencias notables. Así, Geberovich (1984) plantea a la toxicomanía como una “organización psicopatológica autónoma” (p. 24) y caracteriza a la droga como aquello que “irrumpe en el aparato psíquico con las tres notas características del trauma: hace efracción, no es subjetivable y produce energía no ligada” (p. 25). En abierta oposición, Le Poulichet (1987) propone entender las toxicomanías como fenómenos transestructurales, criticando en Geberovich una falta de rigor conceptual y subrayando el valor de la respuesta frente a la efracción. Mientras que en el planteo del autor argentino, la autodestrucción ocupa un lugar central, la autora francesa subraya el carácter de “operación esencialmente conservadora que protege a una forma de narcisismo” (p. 69), relativizando la equiparación entre el deterioro orgánico y la autodestrucción subjetiva.

En segundo lugar, se encuentran aquellos desarrollos que articulan su conceptualización en torno a la referencia lacaniana a la ruptura del matrimonio con el hacepipí, donde se sitúan autores como Miller, Laurent y sus seguidores. En este marco, la droga es pensada no tanto como un elemento dentro de una estructura psicopatológica

autónoma, sino como un objeto que opera en una relación específica con el sujeto, lo que desplaza el análisis hacia la articulación entre goce, cuerpo y objeto.

Finalmente, un tercer grupo se orienta hacia la caracterización de modalidades clínicas que no responden a la lógica del síntoma tradicional ni a la neurosis de transferencia. Siguiendo la propuesta de Diana Rabinovich, estas configuraciones se inscriben bajo la denominación de patologías del acto. Aunque diversos autores no se han dedicado de manera exclusiva al estudio de las toxicomanías, sus conceptualizaciones ofrecen herramientas valiosas para pensar estos fenómenos como parte de un conjunto más amplio de presentaciones clínicas que exceden las coordenadas de la represión y el retorno de lo reprimido.

De este modo, el panorama contemporáneo revela una pluralidad de enfoques que, si bien pueden dialogar entre sí, mantienen diferencias sustanciales respecto del estatuto de la droga, la naturaleza de su relación con el sujeto y el modo de situar la toxicomanía dentro de la clínica psicoanalítica.

2. La dirección de la cura en las toxicomanías

En 1958 Lacan escribió *La dirección de la cura y los principios de su poder*, un texto en el que se propone organizar una lógica con la cual pensar el proceso de cura analítica. Allí otorga especial relevancia a la interrogación sobre la posición del analista y el modo en que este se vincula con su propia persona. A partir de este aporte, es posible considerar de qué manera el Psicoanálisis puede tener lugar en el ámbito institucional, tanto en la elaboración teórica de lo que allí acontece como en las intervenciones clínicas concretas.

Lacan distingue tres dimensiones en la acción del analista: política, estrategia y táctica. Estas se relacionan estrechamente con las modalidades a través de las cuales el analista “paga” su lugar, también divididas en tres.

En cuanto a la táctica, se sitúa en el campo de la interpretación y, según Lacan, es el espacio donde el analista dispone de mayor libertad. Se entiende que paga con su palabra, en un sentido simbólico.

La estrategia, por su parte, se vincula con la transferencia. Aquí la libertad del analista se ve restringida, puesto que su intervención depende del lugar que le otorga el analizante. El analista ocupa la posición que le es atribuida por el paciente, de manera que “paga”, como indica Lacan, con su propia persona.

Finalmente, en el plano de la política, el analista dispone aún de menor libertad. Lacan subraya que conviene situarse desde una carencia en ser, lo que implica reconocer que no es un Otro completo. Esto puede comprenderse como una transformación respecto de la abstinencia freudiana: se trata de una renuncia, de la disposición del analista a dejar de lado su ser.

En palabras de Lacan “El analista cura menos por lo que dice y hace que por lo que es” (1958, p. 561). Desde esta perspectiva, puede pensarse una lógica útil para abordar institucionalmente las toxicomanías. Para ello, resulta necesario que las instituciones asuman la posición de un Otro barrado: es decir, que además de sostenerse en normas generales, sean capaces de considerar cada caso en su singularidad y habilitar un espacio donde se reconozca el deseo de cada sujeto.

En esta línea, Eric Laurent, en *Psicoanálisis y salud mental*, sostiene:

“El analista, más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. El analista (...) tiene que

ayudar, pero con otros, sin pensar que es el único que está en esa posición (...) ha de ayudar a impedir que en nombre de la universalidad o de cualquier universal, ya sea humanista o antihumanista, se olvide la particularidad de cada uno. Esta particularidad es olvidada en el Ejército, en el Partido, en la Iglesia, en la Sociedad analítica, en la salud mental, en todas partes (...) Los analistas no solo han de escuchar, también deben saber transmitir a la humanidad el interés que tiene para todos la particularidad de cada uno” (p. 116).

Por su parte, Naparstek (2005) enfatiza la importancia del lugar de las instituciones en este proceso:

“Para luchar contra el imperio del superyó y la falsa ideología de la causalidad, es preciso que existan instituciones en el campo de la salud mental y de la medicina que le den su lugar a la particularidad, y que desconfíen de la masificación por identificación. La hipótesis freudiana del inconsciente implica que la particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino que se trata especialmente de dejar hablar al sujeto” (p. 86).

Al ingresar a una institución, resulta fundamental ubicar qué es lo singular de cada sujeto. Para que esta singularidad se exprese, la institución debe adoptar la posición de un Otro barrado, es decir, posibilitar un espacio que aloje el deseo del sujeto y se distancie de la rigidez de la autoridad. De esta manera, el lazo social puede configurarse como una vía posible. Esto plantea una interrogante central: ¿cómo diseñar una institución capaz de alojar el goce subjetivo?

En sintonía con esta preocupación, Graciela Brodsky (2015) formula la siguiente pregunta: “En cada caso singular ¿cuál es el semblante que conviene? ¿Cuál es el cálculo

que el analista hace y que le permite decidir con qué semblante va a dirigir cada cura?” (p. 24). El señalamiento de Brodsky invita a pensar que, cuando se habla de que la interpretación depende de un cálculo, no se alude a que sea el sujeto quien calcula, sino a la responsabilidad del analista en discernir el lugar que ocupa el analizante.

2.1. La clínica de la pregunta

En *La dirección de la cura y los principios de su poder*, Lacan (1958) reflexiona sobre la acción del analista y la manera en que se establece su relación con el analizante.

Este vínculo puede pensarse de diversas formas y así se encuentra expresado en su enseñanza. En un inicio, Lacan aborda la noción de relación intersubjetiva, entendida como un lazo de sujeto a sujeto (analista y analizante). Sin embargo, abandona rápidamente esta perspectiva para sostener que la relación es asimétrica: se trata de un sujeto en relación con el Otro. En la primera parte de su enseñanza, este Otro aparece como un Otro no barrado, definido como un Otro abstracto. En esa posición, el Otro es quien puntúa, interpreta y otorga sentido al discurso, ejerciendo un poder discrecional. Este lugar del Otro es esencialmente simbólico. Como afirma Lacan (1958): “El Otro es precisamente el lugar del tesoro, digamos, de aquellas frases, incluso de aquellos prejuicios sin los cuales la agudeza no puede cobrar valor y fuerza (...) este tesoro común de categorías presenta un carácter que podemos llamar abstracto” (p. 121). En este sentido, el Otro de la estructura, concebido como abstracto, es un Otro muerto, en tanto máquina generadora de significados.

Más adelante, con la introducción del falo como significante del deseo, Lacan transforma el estatuto del Otro: ya no se trata de un Otro abstracto, sino de un Otro vivo. Para otorgarle esta vitalidad, Lacan incorpora la dimensión del deseo y habla del “deseo del Otro”. Así, la relación se reconfigura entre un sujeto barrado y un Otro, pero no sin que este Otro también esté barrado. En consecuencia, es el deseo del Otro lo que introduce

la barra y le confiere vida. De allí surge la importancia de pensar, en el campo clínico, la necesidad de que haya un Otro vivo.

En este marco, Naparstek (2005, p. 127) sostiene que la clínica de la pregunta implica un trabajo entre el sujeto y un Otro barrado. Durante este período, Lacan centra sus desarrollos en torno a las nociones de deseo, pregunta e identificación.

¿En qué consiste entonces esta clínica de la pregunta?

Cada vez que alguien habla se instituye un Otro con poder discrecional. Asimismo, cada pregunta, incluso la más elemental, coloca al interlocutor en la posición del Otro, en tanto poseedor de un saber. Dicho de otra forma, formular una pregunta supone situar al partenaire en ese lugar.

Ahora bien, si se parte de una clínica entre el sujeto y el Otro, resulta imprescindible una pregunta que sostenga al partenaire de turno en ese lugar. Tal como lo señala Naparstek (2005):

“Si se parte de una clínica entre el sujeto y el Otro, es necesaria una pregunta que sostenga al partenaire de turno en el lugar del Otro. Pero a su vez, la pregunta para Lacan en esta época instaura, en tanto y en cuanto se pueda desplegar como tal, la relación con lo extraño, la relación con lo hétero o con lo Otro” (p. 129).

La manera en que el analista encarne esa posición del Otro determinará la posibilidad de desplegar la pregunta que habilite un proceso analítico. Lacan (1958) sostiene que el analista debe ser “capitán de su barco”, aunque advierte que no se trata de ejercer el poder que dicha posición conlleva. En otras palabras, el analista dirige la cura, no al paciente. El texto resalta que el Otro dispone de un poder, y que el analista, al ocupar ese lugar, debe abstenerse de emplearlo para conducir la vida del analizante.

El punto crucial radica en cómo despertar esa pregunta. Lacan lo concibe como una interrogación “dormida”, detenida en el sufrimiento. El desafío consiste en reactivar esa pregunta en el neurótico, hacer que lo interpele. Según Naparstek (2005), la única manera de lograr que la pregunta se despliegue es que en el Otro haya un vacío, una falta, un deseo.

Cuando comienza un análisis, el sujeto aporta un saber acerca de su historia, de su goce y de los vínculos que lo rodean. Lacan plantea que la posibilidad de que emerja un sujeto barrado depende únicamente de que, en el lugar del Otro, se halle un Otro barrado. Si este se presenta como completo, el sujeto no encuentra lugar y se excluye de ese campo.

Así, para Lacan, la pregunta y el deseo se encuentran estrechamente articulados: toda pregunta lleva consigo un deseo. Para que esa pregunta exista, es necesaria la presencia del deseo del analista. Es la falta en ser en el Otro la que posibilita la aparición del sujeto.

En palabras de Lacan (1958):

“El deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significante, trae a la luz la carencia de ser con el llamado a recibir el completamiento del Otro, (es decir, busca el complemento del Otro en su propia carencia en ser) si el Otro, lugar de la palabra es también el lugar de esa carencia” (p. 607).

3. Uso terapéutico de la lectura

3.1 Antecedentes

Buscar cura y alivio a través de la lectura por su capacidad para distraer, divertir, inspirar, apoyar, y elevar el espíritu no es algo nuevo. Ya en la antigüedad la lectura era

consideraba como un bálsamo que apaciguaba el espíritu. Un ejemplo de esto se encuentra en Egipto, famoso por sus bibliotecas (recuérdese Alejandría) que estaban localizadas en templos que los egipcios denominaban “casas de vida”, pues se consideraban centros de conocimiento y espiritualidad. Egipto proporcionó no sólo atención quirúrgica y médica, sino también religiosos para leer de día y de noche el Corán a los pacientes que desearan escucharlo, a los pacientes que no podían dormir, se les proporcionaba música y cuentos. Esto se vio como la primera idea de una biblioteca para pacientes y su función en el proceso de curación (Panella, 2001, p. 23).

En los siglos XVIII y XIX, los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, Francia, Alemania, y Escocia contaban con bibliotecas para pacientes ya que los médicos que trataban enfermedades psíquicas en estos países recetaban la lectura como terapia. En 1941 aparece una definición del término “Biblioterapia” en el diccionario Dorland’s *Illustred Medical* “El empleo de libros y de lectura de los mismos en el tratamiento de enfermedades nerviosas” (Ciganda, p. 48). En 1949, una estudiante de bibliotecología de USA, presenta su tesis *Biblioterapia: Un Estudio Teórico y Clínico-Experimental*, que se convertirá en un referente para estudios posteriores. Se trataba de Carolina Shrodes, quien formuló el concepto de Biblioterapia como “un proceso dinámico de interacción entre la personalidad del lector y la literatura imaginativa, capaz de conectar con sus emociones y liberarlas para un uso consciente y productivo” (Caldin, 2001, p. 31).

Al igual que la búsqueda terapéutica de la lectura, la relación entre la psique humana y la literatura no es algo moderno. Fue fundada por las emblemáticas observaciones psicoanalíticas de Freud sobre la escritura como arte poético, desde los griegos hasta algunos de sus representantes modernos como Shakespeare y Dostoievski. Posteriormente, recibió un análisis de Jung, que vio en Goethe, Spitteler, Nietzsche, Blake y Dante personalidades creativas y transformadoras del mundo. Enfatizada, también, por

la línea de Vygotsky en la psicología infantil o por la actividad de Sartre entre la literatura y la filosofía existencial, esta relación se confirmó en todo el siglo XX (Caldin, 2001, p. 33).

La Primera Guerra Mundial demostró ser un catalizador muy importante para el desarrollo de esta disciplina ya que los resultados de varios programas de ayuda durante la guerra propiciaron un reconocimiento más claro y generalizado de que los libros y la lectura podían contribuir al bienestar y a la recuperación. Aunque la literatura publicada no permitía conocer todos estos programas, existen dos muy bien descritos, y que se desarrollaron en Gran Bretaña y en los Estados Unidos. En Gran Bretaña, los programas de ayuda durante la guerra empezaron en 1914 y se organizaron como un programa de voluntarios, compuesto principalmente por bibliotecarios de la biblioteca londinense.

Por su parte, en los Estados Unidos se lanzó un programa en 1917 organizado por la American Library Association (ALA, Asociación de bibliotecas Americana), el cual consistió en suministrar materiales de lectura principalmente a los campamentos y a las bases de las fuerzas armadas estadounidenses de todo el mundo. Pero, en 1918, extendió sus servicios a los hospitales y a los trenes hospitalarios fuera del continente utilizados por el personal del ejército estadounidense.

En ambos países, los resultados del programa tuvieron un enorme éxito, principalmente por el efecto positivo que los materiales de lectura habían tenido entre el personal de las fuerzas armadas. El informe de la Sección de Bibliotecas de hospital de la ALA lo describió de la siguiente manera: “No muchos, si acaso algunos... tenemos recuerdos personales del enorme valor terapéutico de las bibliotecas de pacientes que milagrosamente aparecieron de la noche a la mañana en los hospitales militares de la Primera Guerra Mundial... muchos de estos grupos de hombres heterogéneos aguantaban sus dolores de una manera más fácil gracias a la lectura que tanto les divertía o les alentaba

de un modo inexplicable. Quizá, por primera vez desde los tiempos de Tebas se comprendió a gran escala el hecho de que los libros podían ser la medicina para el alma, y, por lo tanto, para el cuerpo” (Panella, 2001, p. 25).

Sin embargo, los orígenes de la biblioterapia como tal se sitúan en EE.UU. en torno a los años 30. Después de la Segunda Guerra mundial se aplicó en el cuidado de los soldados que disponían de mucho tiempo durante su convalecencia; experimentaron que leer les proporcionaba sosiego y mejoría y con esa finalidad comenzaron a implementarse grupos de lectura terapéuticos, que se generalizaron posteriormente a otros países y a otros centros; como centros de acogimiento y asilos (Alonso-Arévalo, 2018, p. 2). Esta alternativa nace como una respuesta a la necesidad de métodos prácticos para poder generar una sensación de placer y bienestar en los enfermos de los hospitales, y en Estados Unidos particularmente, como una respuesta para los veteranos de guerra (Ruiz Martínez, 2019, p. 9).

En Argentina un grupo de bibliotecarios, mediante un blog titulado *Biblioteca y Aula*, se han comprometido con el trabajo de adentrar a la sociedad al trabajo con los libros y generar diversos proyectos que los acerquen a la lectura. Uno de los proyectos que más llama la atención es el titulado “Decile NO a las adicciones desde nuestras bibliotecas”. Este trabajo del 2010, nace como una respuesta a la necesidad de formar bibliotecarios con conciencia del rol social que cumplen en la comunidad y como agentes. Trabajan desde sus bibliotecas realizando campañas de conciencia sobre el consumo de drogas y alcohol. Consideran que es necesario que niños y jóvenes conozcan cuales son los síntomas que deben alentarlos, cuáles son las consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y drogas elaboradas químicamente. Dicho proyecto está respaldado por la Asociación de Bibliotecarios de la República Argentina (ABGRA). Los resultados a estos esfuerzos han sido diversas mesas de trabajo con niños y jóvenes donde se exponen temas

y se les facilita materiales y asesoría en caso de encontrarse dentro de alguna adicción. Trabajan de cerca con SEDRONAR, que es un organismo que integra políticas nacionales en materia de adicciones de cualquier tipo en la ciudad de Buenos Aires. Los trabajos de estos dos organismos han reportado resultados alentadores (Ruiz Martínez, 2019, p. 11).

3.2 Concepto de Biblioterapia

Alice Bryan (1949) define la biblioterapia como la prescripción de materiales de lectura que ayudan a desarrollar la madurez, como también que nutran y mantienen la salud mental. Incluye dentro de la biblioterapia romances, poesías, filosofía, ética, religión, arte, historia y libros científicos. Además, plantea como objetivos de esta: permitir al lector verificar que hay más de una solución para su problema, auxiliar al lector a verificar sus emociones en paralelo a las emociones de los demás, ayudar al lector a pensar en la experiencia vivida en términos humanos y no materiales, proporcionar la información necesaria para la solución de los problemas y animar al lector a comprender su situación de forma realista para conducir la acción.

La Asociación de Bibliotecas de Instituciones y Hospitales de los Estados Unidos (Caldin, 2001, p. 42) adoptó la siguiente definición de Biblioterapia “la utilización de materiales de lectura seleccionados como coadyuvante terapéutico en medicina y psiquiatría; la orientación en la solución de problemas personales por medio de la lectura dirigida; el tratamiento del mal adaptado para promover su recuperación en la sociedad” (p.35).

Para Orsini (1982, p. 103) la biblioterapia es una técnica que puede utilizarse para fines de diagnóstico, tratamiento y prevención de molestias y problemas personales. Clasifica los objetivos como nivel intelectual, nivel social, nivel emocional y nivel comportamental. Por lo tanto, la biblioterapia ayuda al autoconocimiento por la reflexión,

refuerza los patrones sociales deseados, proporciona desarrollo emocional por experiencias adversas y ayuda en el cambio de comportamiento.

Por su parte, Caldin (2001, p. 45) afirma acerca de la Biblioterapia “consiste en la lectura dirigida y discusión en grupo, que favorece la interacción entre las personas, llevándolas a expresar sus sentimientos: recelos, angustias y deseos. De esta forma el sujeto comparte con el grupo sus experiencias y valores” (p. 36).

Siguiendo a Ouaknin (1996, p. 198) “la biblioterapia es principalmente una filosofía existencial y una filosofía del libro”, lo que subyace a que el hombre es “estar dotado de una relación con el libro”. De esta forma, esta relación con el libro de lectura permite al hombre comprender el texto y ser comprendido. El lector, al interpretar, pasa a formar parte del texto interpretado. La interpretación es la unión entre la explicación objetiva del texto y su comprensión subjetiva. La interpretación descubre otro mundo, el mundo del texto, con las variaciones imaginativas que la literatura opera sobre lo real (Ouaknin, 1996, p. 200). La biblioterapia, por lo tanto, propone prácticas de lectura que proporcionen la interpretación de los textos.

3.3 Biblioterapia en el tratamiento por consumo de sustancias

En la ciudad de Montevideo (Uruguay) se implementa la Biblioterapia en una Biblioteca con resultados positivos y prometedores. Así lo reporta Cristina Deberti Martins (2007), responsable de la Biblioteca del Portal Amarillo:

“La Biblioterapia es una disciplina moderna, una especialidad bibliotecológica, que consiste en utilizar al libro y la lectura como agentes terapéuticos; basándose en la convicción de que la relación que establece el paciente con la lectura, es compleja y constituye una experiencia única que brinda apoyo, solaz,

entretenimiento, información y enriquecimiento espiritual. Factores éstos que pueden fomentar la rehabilitación de las personas enfermas.” (p. 22)

Martins Deberti propone este proyecto con la intención de transmitir la lectura, de propiciar el encuentro con ella, de generar espacios que posibiliten lo que algunos especialistas denominan la experiencia de la lectura, entendida como el punto de intersección entre dos o más vías: la emocional y la intelectual, lo consciente y lo inconsciente, el proceso primario y el secundario (Martins Deberti, 2013, p. 23).

El grupo que participa de las sesiones del círculo está compuesto por pacientes afectados por el uso compulsivo de sustancias. Hay personas de ambos sexos que se encuentran hospitalizados en la institución y se caracterizan por la heterogeneidad de sus integrantes en diversas áreas. Las edades oscilan entre los 15 y los 35 años. Los contextos de los pacientes varían desde pacientes que estaban en situación de calle, hasta jóvenes contenidos en el marco de una familia, con fuertes lazos afectivos. Las sesiones duran una hora y se les invita a los participantes a escuchar durante un lapso de 20 minutos un texto que se elige por decisión comunal. No se les pide que analicen, interpreten o entiendan. Tampoco se realiza una explicación. Al final se espera la participación de cada uno de ellos, pero si no desean comentar algo no se les obliga (Ruiz Martínez, 2019, p. 12).

Al llevar a cabo esta técnica, se debe tener en cuenta que los ámbitos donde se aplica parecen ser los que definen el tipo de biblioterapia a implementar. Estos son variados y numerosos: hospitales, centros de rehabilitación y reinserción social, cárceles, geriátricos, comunidades de inmigrantes, por mencionar algunos. En definitiva, cualquier contexto que reúna a personas en situación de vulnerabilidad y que atraviesen algún tipo de sufrimiento psicosocial; individuos que han perdido o perciben haber perdido sus derechos, que necesitan o desean leer y escuchar lecturas, y que participan en dispositivos

comunitarios orientados a la inclusión social y a la democratización del acceso a los bienes culturales. Independientemente del contexto de aplicación, la biblioterapia es trabajo de equipo, y deberá llevarse a cabo en conexión con otros especialistas, dependiendo del lugar en que se realice. Así, quien lleve a cabo esta práctica, será el encargado de familiarizarse con los textos y las características de los usuarios del servicio, interactuando con los demás técnicos del equipo (Martins Deberti, 2013, p. 85-86).

La Biblioterapia en la Biblioteca del Portal Amarillo se enmarca dentro de la teoría psicoanalítica, por una razón tan simple como fundamental y es la que hace al poder o el estatuto que le da el marco psicoanalítico a la palabra. La presencia o la ausencia de palabras, imprime huellas en el aparato psíquico y, de alguna manera, nos construye humanos.

En palabras de Martins Deberti (2009):

“Las palabras son símbolos que permiten sustituir al objeto perdido (entiéndase persona, situación o cosa). Tolerar la ausencia del otro, mitigar la angustia de separación, esa es la función de enorme importancia del proceso de simbolización, que conlleva la satisfacción que otorga el acto de haber encontrado la representación psíquica para aquello que, hasta determinado momento, era innombrable. Es un hecho que un aparato psíquico rico en símbolos, será más fuerte o más sano, que otro en el cual esa función resultó fallida.” (p. 87)

En esta misma línea, Deberti (2009) propone una metáfora esclarecedora para comprender el funcionamiento del simbolismo en el aparato psíquico: este puede concebirse como una trama o urdimbre conformada por hilos entrelazados. Cada individuo posee su propia trama, única e irrepetible. Algunos de estos hilos -que representan símbolos, ideas y palabras- son robustos y resistentes, formando un tejido

denso y sólido, capaz de brindar abrigo y protección frente a las inclemencias del clima emocional. Sin embargo, para que este aparato psíquico sea saludable, dicha trama debe también conservar la flexibilidad suficiente para abrirse y permitir el paso de la luz cuando la tormenta ha cesado. Un entramado firme y rico en símbolos diversos ofrece al sujeto un abanico de recursos con los que afrontar las distintas crisis vitales.

Por el contrario, existen tramas elaboradas con hilos escasos, finos, frágiles o incluso rotos, que presentan zonas agujereadas y requieren ser reparadas, unidas o reforzadas con nuevos hilos. En estos casos, el tejido resulta insuficiente para brindar protección ante las adversidades, y la exposición al “mal tiempo” provoca un sufrimiento excesivo o incluso intolerable. Se trata de aparatos psíquicos dañados o con déficits en su estructuración. La tarea terapéutica en estos contextos consiste en aportar aquello que falta: proporcionar símbolos y palabras, y habilitar un espacio que favorezca la generación de ideas y pensamientos, posibilitando así el fortalecimiento de la trama psíquica. “En algunos casos la labor del analista (biblioterapeuta) consiste, en gran medida, en prestar ese aparato, los contenidos de ese aparato, cuando el sujeto tiene un déficit en el funcionamiento de su actividad de pensar” (p. 87).

3.4 La lectura y sus aspectos curativos

La lectura ha sido reconocida como un recurso fundamental en la formación humanista y profesional de las ciencias de salud, al ofrecer una vía para comprender mejor la experiencia del paciente y enriquecer su práctica clínica. Diversas figuras han sostenido que la literatura forma parte esencial del ser clínico, al mostrar emociones, temores y la dimensión subjetiva de la enfermedad (Hidalgo & Cantabrana, 2017, p. 85).

Del mismo modo, para los pacientes, leer se convierte en un recurso de aprendizaje y consuelo. A través de los relatos sobre experiencias similares, el paciente puede reflejarse, buscarse y hallar compañía en las narraciones. La lectura se concibe

como un acto solitario y silencioso, un espacio íntimo que permite la emancipación del lector frente a la realidad, facilitando tanto la comprensión como la evasión. Según Landero, leer ayuda a aliviar pesares y renovar la capacidad de asombro, mientras que para Haig los libros ofrecen una vía de escape a la soledad (Hidalgo & Cantabrana, 2017, p. 86).

Asimismo, se subraya el carácter dialógico de la lectura: el libro es letra muerta hasta que el lector le otorga vida. Como recuerda Lledó, todo texto existe en función de un lector, y la interpretación está determinada por la historia personal de quien lee (Lledó, 2011, p. 78). De esta manera, la lectura se convierte en un coloquio entre autor y lector, donde el sentido depende tanto de la obra como de la subjetividad de quien la recibe.

La lectura posee un valor que trasciende el entretenimiento, configurándose como una herramienta de autoconocimiento, consuelo y acompañamiento en la enfermedad. Tal como señala Barrera Tyszka, “leer es buscar. Leer es buscarse” (Barrera, 2015, p. 203). Esta concepción ubica a la literatura como un medio para la exploración interior, donde cada lector resignifica el texto de acuerdo con su subjetividad y experiencia vital. En este sentido, la lectura permite que los pacientes se reconozcan en los personajes y narraciones, elaboren sus emociones y encuentren un sentido frente al sufrimiento.

La dimensión terapéutica radica en que cada texto se convierte en un espacio de diálogo entre la obra y el lector. Según Lledó, “lo escrito es sólo pretexto para una posible elaboración. Todo pensamiento es pensamiento en la subjetividad; todo escrito no es sino pretexto a un mensaje que únicamente tiene sentido en el diálogo del lector-intérprete” (Lledó, 2011, p. 83). Esta perspectiva muestra cómo la lectura no es pasiva, sino que supone un proceso activo de interpretación que facilita la comprensión de uno mismo y de la enfermedad.

Además, la literatura funciona como un espacio de evasión. El lector se desprende de la inmediatez de su realidad para sumergirse en mundos alternativos que le ofrecen respiro, distancia emocional y la posibilidad de soñar. En palabras de Haig, “existe la idea de que uno lee para escapar o para encontrarse a sí mismo. En realidad, yo no veo la diferencia. Nos encontramos a nosotros mismos a través del proceso de escapar” (Hidalgo & Cantabrana, 2017, p. 80). Esta doble función -evasión y reencuentro- muestra que la lectura contribuye a procesar el dolor mediante la proyección en otros escenarios y la resignificación de la experiencia personal.

El carácter consolador de la lectura ha sido ampliamente descrito. Menéndez Salmón (Menéndez Salmón, 2007, p. 93) identifica cinco manifestaciones que pueden aplicarse tanto a individuos sanos como quienes están en proceso de recuperación: la creación de vínculos con experiencias ajenas; el hallazgo de certezas sobre la propia identidad; la ampliación de la experiencia vital a través de narraciones diversas; la superación de expectativas personales; y la liberación de prejuicios. De este modo, el acto de leer ofrece un sostén emocional que ayuda a enfrentar la soledad y el sufrimiento.

La lectura también permite un acompañamiento simbólico en el transcurso de la recuperación. Según Kohan, al identificarse con personajes y argumentos de la ficción, el lector percibe que no está solo en su conflicto y que otros han atravesado situaciones igualmente duras y han sabido afrontarlas (Kohan, 2013, p. 27). Así, la literatura no solo refleja experiencias humanas comunes, sino que también transmite modelos de afrontamiento, esperanza y resiliencia.

Por otra parte, se destaca el efecto de “curación simbólica” que puede atribuirse a la lectura. Aunque, como advierte Argüelles, ningún libro cura en sentido estricto, sí puede considerarse terapéutico en tanto ofrece alivio y ayuda a sobrellevar la enfermedad (Argüelles, 2011, p. 152). Tal como resume Hidalgo & Cantabrana, “los libros, de algún

modo fantástico, vencen a la muerte” (Hidalgo & Cantabrana, 2017, p. 82), enfatizando la potencia simbólica y existencial de la literatura frente a la finitud humana.

4. Efectos terapéuticos

4.1 Conceptualización

El concepto de efectos terapéuticos se refiere a los cambios psicológicos, emocionales o conductuales que resultan beneficiosos y que surgen como consecuencia de un proceso de intervención clínica o psicoterapéutica. Dichos efectos no se limitan a la reducción de síntomas específicos, sino que incluyen también una mejora en el bienestar general, la funcionalidad cotidiana, la calidad de las relaciones interpersonales y el sentido de vida de las personas. Como señala Wampold (2015), los efectos terapéuticos “abarcan no solo la resolución de una problemática puntual, sino la transformación positiva del paciente en su capacidad de afrontar conflictos, comprenderse a sí mismo y establecer vínculos más saludables” (p. 112). En esta línea, investigaciones sobre efectividad psicoterapéutica destacan que los cambios clínicos pueden ser entendidos tanto en su dimensión objetiva (disminución de síntomas) como subjetiva (impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional).

Desde una perspectiva amplia de la salud, los efectos terapéuticos pueden definirse como el “resultado esperado y deseado de un tratamiento médico, ya sea farmacológico o psicoterapéutico” (APLMed, 2024, p. 2), distinguiéndose así de los efectos adversos o no deseados. En el contexto de la psicoterapia, este concepto cobra especial relevancia, ya que los beneficios de un proceso terapéutico no se miden únicamente en términos de remisión sintomática, sino también en la capacidad de generar transformaciones subjetivas y funcionales en la vida del consultante (Wampold & Imel, 2015, p. 14). En consecuencia, los efectos terapéuticos deben ser entendidos como un

constructo complejo que integra tanto resultados observables como vivencias personales significativas.

4. 2. Elementos clave para un efecto terapéutico

Los efectos terapéuticos pueden analizarse desde diferentes ángulos. En términos generales, se dividen en:

a) Cambios Notables y Personales

Los efectos terapéuticos abarcan tanto indicadores que se pueden observar (como la disminución de comportamientos compulsivos o del consumo de sustancias) como cambios personales más complejos, como el fortalecimiento de la autoestima, el aumento de la autoeficacia percibida o una mayor coherencia narrativa de uno mismo (Wampold and Imel, 2015, p. 16). En este sentido, Lambert (1992, p. 33) plantea una organización jerárquica de los factores que contribuyen al cambio terapéutico, donde los cambios personales y emocionales del paciente ocupan un lugar fundamental.

b) Creencias y Optimismo

Las creencias que el paciente tiene sobre el tratamiento influyen significativamente en el resultado terapéutico. Según Constantino (2011, p. 47), las creencias positivas y el optimismo tienen un impacto directo en la motivación, el compromiso y la forma en que se percibe el proceso terapéutico. Este fenómeno, conocido como efecto de la expectativa terapéutica, está ampliamente documentado y se considera un factor común presente en diversas orientaciones clínicas (Wampold, 2015, p. 123).

c) Elementos relacionales clave

En psicoterapia, ciertos elementos como la conexión entre terapeuta y paciente, la capacidad de entender al otro, la aceptación y la sinceridad del profesional, se consideran

factores relacionales importantes. Se ha visto que estos elementos predicen el éxito de la terapia, sin importar el enfoque que se utilice. De hecho, se cree que estos factores podrían explicar hasta un 30 % de los resultados positivos (Norcross y Lambert, 2019, p. 71). En particular, se ha demostrado que una buena relación entre terapeuta y paciente tiene un vínculo importante con los resultados clínicos, siendo la empatía del terapeuta uno de los elementos más determinantes (Elliott, 2011, p. 64).

4.3 Efectos terapéuticos en la experiencia analítica

Para introducirse en lo que el psicoanálisis designa como efectos terapéuticos, puede tomarse como punto de partida el planteo de Jacques-Alain Miller en su escrito *Los efectos terapéuticos de la experiencia analítica*. Allí, el autor se interroga acerca de cómo debe entenderse “el estar mejor” del paciente en el marco de la práctica analítica. La respuesta que formula ubica los efectos terapéuticos precisamente en el orden del efecto, lo cual implica que lo terapéutico no se localiza en el nivel de la causa, y mucho menos en la causa final, ya que esta última no constituye aquello que se busca alcanzar con el dispositivo analítico.

Es por este motivo que el psicoanálisis no puede definirse de manera estricta como una “cura” en el sentido médico o clásico del término, sino que se lo concibe fundamentalmente como una experiencia. El propio Miller subraya “Hay efectos terapéuticos de la experiencia analítica, y en este sentido podemos calificarla de cura, pero cada vez que lo hacemos, parcializamos el campo del psicoanálisis. Cuando Lacan mismo habla de dirección de la cura, se trata, de una manera totalmente explícita, de una parcialización del campo de la experiencia analítica” (Miller, 1982-1983). La advertencia es clara: cuando se utiliza la palabra “cura” en psicoanálisis, se introduce una reducción, pues lo esencial de la práctica no se juega en el restablecimiento de un estado previo ni

en la resolución de un síntoma en términos adaptativos, sino en la experiencia misma y en los efectos singulares que esta produce.

En esta línea, Miller sostiene que el efecto terapéutico “no es nada más que el restablecimiento de la homeostasis” (1982-1983). Con esta afirmación, el autor no sólo introduce un matiz respecto a la manera en que debe pensarse la función del análisis, sino que también reconoce que dicho restablecimiento no es patrimonio exclusivo de la experiencia psicoanalítica. De hecho, agrega que “No tenemos que confinar este efecto terapéutico solamente a las terapias actuales y a la experiencia analítica. Sabemos que hay prácticas terapéuticas que obtienen un retorno a la homeostasis de pacientes, y que están totalmente fuera de nuestro marco de pensamiento” (Miller, 1982-1983). Este señalamiento resulta particularmente relevante, pues abre la posibilidad de pensar que distintas intervenciones -incluso aquellas ajenas al psicoanálisis- pueden producir efectos estabilizadores en el sujeto.

Desde esta perspectiva, se vuelve pertinente interrogar el lugar que puede ocupar el libro y la lectura dentro del dispositivo analítico, en tanto instrumentos que favorecen para el sujeto la posibilidad de reencontrar un cierto equilibrio. No obstante, Miller (1982-1983) advierte que lo verdaderamente auténtico en el efecto terapéutico no se limita a la mera estabilización, sino que se sostiene en la elaboración de un saber que se articula como respuesta al síntoma. En otras palabras, la dimensión genuina del efecto terapéutico se encuentra en el trabajo de producción subjetiva que, lejos de resolver o anular el síntoma de manera inmediata, le otorga al paciente una nueva posibilidad de lectura y de tratamiento de aquello que lo hace padecer.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Fase de acercamiento a la institución

El primer paso fue notificar a las autoridades responsables de coordinar las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) en el área clínica sobre la intención de iniciar dichas prácticas. Tras evaluar las opciones disponibles, el alumno eligió realizar la rotación en la Comunidad Fuego, motivado por su interés en el abordaje del consumo problemático.

Siguiendo la indicación de la Mg. Sonia Giménez, directora del área clínica, el practicante contactó al Lic. Facundo Lloveras, tutor de campo y psicólogo de Comunidad Fuego. En la primera reunión se realizó la presentación formal, se explicó el funcionamiento de la comunidad terapéutica y se acordaron los días de asistencia. También se detallaron los requisitos formales para la práctica.

2. Fase de exploración

Inicialmente, se realizó una observación no participante para comprender el desarrollo de la jornada diaria, establecer una relación de confianza con los pacientes y adaptarse al equipo terapéutico, compuesto por psicólogos y voluntarios. Posteriormente, bajo supervisión, se iniciaron preguntas e intervenciones en los grupos terapéuticos, que fueron bien recibidas por los participantes.

Paralelamente, se realizaron dos reuniones con la tutora académica Lic. Luciana Bordas, para discutir la temática del trabajo final. Se recomendó investigar diferentes modelos de abordaje en consumo problemático y considerar marcos teóricos previamente desarrollados para orientar las ideas del proyecto.

3. Fase de descripción

La Comunidad Espiritual-Terapéutica FU.E.GO. es una organización dedicada al acompañamiento en el proceso de recuperación de pacientes con consumo problemático de sustancias, en especial de alcohol o drogas. Esta desempeña su tarea desde el año 2017 y está conformada por un sacerdote, cuatro psicólogos y cinco voluntarios.

Dicha institución cuenta con dos dispositivos de intervención: la casa de contención y el tratamiento ambulatorio. A este último asisten tanto los pacientes que viven en la casa, como aquellos que no. Los pacientes que llegan a la comunidad, luego de una o varias entrevistas de admisión, se integran conformando un solo grupo. Los días de tratamiento son los lunes, miércoles y viernes de 17 a 21hs, con actividades pautadas para cada jornada. Además, el resto de la semana se proponen actividades deportivas, manuales, recreativas, artísticas, entre otras, para que los pacientes participen si así lo desean.

El funcionamiento de la comunidad se enmarca en una serie de pautas que los pacientes deben cumplir, en función de los procesos y necesidades de la misma, tales como: respetar el horario de entrada y salida, no relacionarse con personas de consumo fuera de la comunidad, no convidar ni compartir cigarrillos, entre otras. Todos los pacientes, sin excepción, deben respetar estas pautas, dado que el incumplimiento de alguna de ellas podría derivar en una “situación de aprendizaje” que el equipo considere acorde.

En los días de tratamiento se desarrollan encuentros grupales que se ofrecen desde la comunidad. Actualmente, se cuenta con: Grupo Terapéutico de Apertura, Grupo Terapéutico de Cierre, Grupo de Prevención de Recaídas, Grupo de Confrontación, Taller de Laborterapia y, añadido recientemente, el Taller de Lectura. Además, se brinda atención terapéutica individual para cada paciente.

Dichos grupos se llevan a cabo dependiendo del día. El Grupo Terapéutico, tanto de apertura como de cierre, se realiza los días lunes y viernes respectivamente con el objetivo de que los pacientes expresen sus sentimientos y emociones más relevantes ocurridas en el transcurso de la semana o el fin de semana. Por su parte, el Grupo de Prevención de Recaídas se efectúa los días miércoles siendo una gran contención para aquellos pacientes que requieran sugerencias o consejos de los demás integrantes para afrontar las dificultades en torno a mantener la abstinencia. El Grupo de Confrontación es un espacio pensado para la conciliación de problemas relacionados a la convivencia, tanto del grupo terapéutico que asiste al tratamiento ambulatorio, como para los pacientes que viven en la casa de contención; se favorece el diálogo, la escucha y el acuerdo entre ambas partes. Este último se realiza los días miércoles pero puede ejecutarse en cualquier momento que se considere necesario. Por último, el Taller de Laborterapia consiste en un espacio pensado para la producción de alimentos con el fin de obtener beneficios económicos que sustenten los gastos de la comunidad. Actualmente, tiene lugar también los días miércoles y se elaboran pre-pizzas que se venden en diferentes puntos, sean particulares o negocios de cercanía.

El requisito principal para participar en el Grupo Terapéutico es haber completado un cuaderno de registro diario, en el cual se plasman las emociones y sentimientos destacados ocurridos durante el día. En dichos encuentros, el paciente va relatando cómo se ha sentido durante los días anteriores y qué situaciones del día a día le cuesta superar con mayor dificultad. Luego de este relato, se abre un espacio de preguntas y consejos, donde los demás participantes del grupo y operadores a cargo pueden interrogar y opinar sobre lo comentado en el registro. Sumado a esto, se los invita a concretar la escritura de un objetivo para la semana o fin de semana, el cual debe estar relacionado con aquellas dificultades que relata la persona en la lectura de su registro.

Así como el registro diario, otro pilar en esencial en el tratamiento es la rutina. Se les solicita a los pacientes -con orientación del equipo terapéutico- realizar una rutina diaria en un esquema semanal, de modo que sea posible constituir un orden en el día de la persona. Esta rutina es clave en el transitar del paciente en la comunidad, ya que tiene como objetivo ayudar a ordenar las actividades y obligaciones que el paciente desarrolla a lo largo de la semana. Además, el armado de la rutina evidencia el desorden que tiene el paciente en sus horarios, como también su tiempo de ocio y su dificultad para orientar un proyecto de vida. De este modo, queda conformada una rutina clara, con horarios específicos y actividades concretas, permitiendo a la persona organizar su tiempo, mantener un equilibrio en su vida y desarrollar hábitos saludables.

4. Fase de planificación

Además del proceso de adaptación inicial en las Prácticas Profesionales, se investigaron distintas modalidades de tratamiento para consumos problemáticos. La observación no participante permitió identificar las dificultades más frecuentes entre los pacientes de la comunidad.

Una de las claves en el tratamiento para este tipo de problemáticas es el uso de la palabra. Esta, por su presencia o ausencia, ocupa un rol central en el tratamiento brindado por la Comunidad Fuego, ya que se realiza un gran esfuerzo para que los pacientes tengan la posibilidad de nombrar lo que les sucede. Por lo tanto, se comienza a planificar diferentes alternativas que impliquen el uso de la palabra escrita y hablada.

5. Fase de intervención

Como se comentó anteriormente, en la etapa inicial de las PPS se realizó una observación no participante, con el fin de lograr una correcta adaptación a la dinámica del equipo terapéutico como también de la jornada diaria del tratamiento ambulatorio.

Con el transcurso del tiempo, se suma a esta tarea la responsabilidad de orientar a los pacientes en la organización de su rutina, favoreciendo una estructura diaria que promueva hábitos saludables y dejando de lado los momentos de ocio. Además, se asume el compromiso de guiar a los pacientes recién integrados en la redacción de su registro diario, proporcionándoles un listado de emociones que pueden utilizar como referencia.

Luego de un tiempo de adaptación e intervenciones relacionadas a la escucha y orientación de los registros escritos, se puso de manifiesto cierta carencia para describir y expresar estados emocionales mediante la palabra escrita y hablada. Esto causó inquietud en el equipo terapéutico, el cual llegó al consenso de introducir un taller de producción referido al uso de la palabra. Es a partir de esto que se plantea un Taller de Lectura, principal intervención en el marco de las PPS (ANEXO I).

6. Fase de análisis y elaboración

Las técnicas empleadas para la recolección de información y la intervención en este trabajo fueron de carácter cualitativo. Se utilizó la técnica de observación, registrando los datos mediante una hoja de registro, y la técnica de observación participante. Asimismo, se recurrió a la escucha como herramienta fundamental dentro del enfoque psicoanalítico, la cual posibilita que cada sujeto se implique activamente y se posicione frente a aquello que le acontece.

Dado que el estudio se centró en casos clínicos, las observaciones se realizaron atendiendo a la conducta del sujeto, su interacción con los compañeros y el vínculo establecido con el equipo de trabajo. Se puso especial atención en el modo singular de participación y en la forma en que cada uno se implicó en los talleres de lectura.

Además, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con el objetivo de obtener información relevante para la construcción de cada caso y profundizar en la experiencia subjetiva de los pacientes a lo largo de los encuentros (ANEXO II).

El análisis y la elaboración del material también siguieron una metodología cualitativa, tomando al psicoanálisis como marco teórico de referencia. Para la construcción de los casos se consideraron los testimonios del tutor de campo y de profesionales, tanto de la institución como de supervisión.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

A continuación se expone la descripción de dos casos clínicos elegidos a partir de los objetivos de este trabajo. Los datos que se presentan son modificados a fin de resguardar la identidad de los pacientes.

➤ **Caso Sergio**

Sergio tiene 39 años y, al momento de las PPS, está transitando la última etapa de tratamiento por consumo problemático de sustancias y juego problemático, en la Comunidad Fuego. Actualmente vive con su esposa, su hijo de 12 años y sus padres.

Su inicio y relación con el consumo

Sergio se ha caracterizado siempre por ser una persona trabajadora e independiente. Relata que desde muy joven debió desempeñarse en distintos oficios, lo que lo llevó a abandonar la escuela secundaria. Durante su adolescencia convivió en un entorno “problemático”, donde debía defenderse constantemente y proteger a su familia. Ubica en ese período el inicio de una vida marcada por la ira y la agresividad.

Sergio comienza a consumir cocaína y alcohol alrededor de los 18 años. En ese momento, el consumo se limitaba a los fines de semana y con una finalidad recreativa, en el marco de salidas con amigos. Recuerda que, de manera progresiva, esas salidas pasaron de ser únicamente los viernes, a incluir también los sábados y, finalmente, todo el fin de semana. En ese entonces no lo percibía como un problema, aunque sí lo era para su pareja, quien le reclamaba la falta de atención.

Hacia sus 30 años, el consumo comenzó a intensificarse. Sergio empezó a vincularse con personas que consumían a diario y en mayores cantidades, lo que facilitó que la sustancia adquiriera una presencia cada vez más fuerte en su vida.

En ese contexto, mientras aumentaba el consumo de cocaína y persistía el de alcohol, se reencuentra con antiguos compañeros de secundaria que lo invitan a jugar al truco. Al inicio participaba ocasionalmente y sin consumir, pero con el tiempo comenzaron a jugar al póker, juego en el que Sergio cobró mayor protagonismo. Pasó de participar en partidas a organizarlas, no solo para él, sino también para otros. Esta actividad lo llevó a manejar grandes sumas de dinero y a dedicarle mucho más tiempo. Con el correr de los meses, el juego se convirtió en su principal fuente de ingresos, lo que implicaba sostener largas jornadas de actividad a través de un consumo cada vez más intenso.

Su consumo de cocaína se incrementó notablemente y llegó a pasar muchos días fuera de su casa. Relata que trabajaba de domingo a viernes, exceptuando los días sábados, y que podía permanecer hasta 48 horas sin regresar a su hogar, sostenido por un consumo desmedido.

Su pedido de ayuda e ingreso en la Comunidad Fuego

En esta etapa, que describe como un verdadero “caos”, comenzó a sentir la necesidad de pedir ayuda. Un año antes de ingresar a la Comunidad Fuego intentó dejar de consumir por sus propios medios y abandonar ese estilo de vida, pero no lo consiguió. Más tarde probó con tratamientos ambulatorios y consultas con psiquiatras, aunque tampoco obtuvo resultados: “pasaba un mes o dos sin consumir, pero luego volvía peor. Estaba en rebeldía”.

En ese momento atravesaba un punto de inflexión: se encontraba muy triste, con llanto diario y pocas esperanzas de recuperarse. Fue entonces cuando pensó en su familia, particularmente en su hijo, y decidió emprender un camino de recuperación. Pidió un turno en la Comunidad Fuego e ingresó esa misma semana a la casa de contención.

Su estadía en la casa y desarrollo en el tratamiento

Los primeros días, sin embargo, no fueron sencillos. Recuerda ese inicio como “duro y difícil”, con gran incertidumbre respecto de lo que encontraría y de cómo reaccionaría con su carácter. Menciona especialmente los episodios de insomnio y abstinencia. No obstante, encontró fortaleza en su familia, que lo visitaba con frecuencia y le permitía mantener el contacto. Con el paso de las semanas, logró adaptarse.

Sergio reconoce que la clave de su tratamiento no fue únicamente alejarse de la sustancia, sino trabajar sobre su personalidad, su ira y su manera de expresarse. Relata que durante mucho tiempo intentó controlar sus impulsos, ya que se enojaba con frecuencia y por cuestiones insignificantes. En la convivencia con otros pacientes, estas situaciones solían intensificarse, lo que lo llevaba a perder el control. Sin embargo, su deseo de recuperarse le permitió retomar la calma y sostener el esfuerzo.

Afirma que su estadía en la casa significó un proceso de intenso trabajo personal. Entre los aprendizajes más importantes, destaca haber logrado sobrellevar la ira, moderar su soberbia e incorporar valores como la empatía y la misericordia.

Actualmente, Sergio se encuentra en la última etapa de su tratamiento, ocupando un rol de referente para los pacientes que recién ingresan. Continúa en tratamiento ambulatorio y asiste semanalmente a terapia individual. En sus propias palabras: “Quiero estar bien para devolverle a la Comunidad todo lo que me ha dado, y así ayudar a más personas”.

Participación en el taller de lectura

Sergio concurre con constancia a los talleres de lecturas brindados por el practicante. En estos encuentros se muestra participativo y comprometido, tanto en la escucha como en sus reflexiones personales. Puede asociar los textos leídos con

acontecimientos en su historia de vida, obteniendo un rol protagonista en los diferentes talleres.

Durante el momento de lectura, Sergio se encuentra concentrado y siguiendo cada texto desde la fotocopia proporcionada por el practicante. Se lo observa en calma y buscando comprensión de la lectura. Ante las intervenciones de sus compañeros, escucha con atención y, en alguna ocasión, les habla para comentar su punto de vista. Refiere que tanto el taller como las lecturas le parecieron un “diez”. En sus palabras: “me ha permitido ver qué cambios podía hacer de acuerdo a los errores que cometí”. Además, señala que el taller le ha ayudado a mejorar su comprensión lectora, tarea que le costaba realizar sin acompañamiento, ya que tenía la posibilidad de releerlo cuantas veces quisiera. En relación a la lectura en general, comenta: “pienso que la lectura es muy buena y muy sana, pero yo no lo practico. Siempre me ha costado. Pero he aprendido que una pequeña lectura puede resultar en una gran reflexión”.

- **Primer encuentro: Vínculos sanos.**

En este primer encuentro, se aborda el texto *vínculos sanos*, capítulo extraído del libro *Gente tóxica* de Bernardo Stamateas. Las reflexiones en grupo giran en torno a los vínculos sanos y los desfavorables, como también la percepción de los pacientes acerca de ellos mismos al vincularse. Se observa a Sergio muy concentrado en la lectura y en las devoluciones que brindan sus compañeros. Tras varios minutos escuchando, levanta la mano y comenta “puedo pensar acerca de mis vínculos a partir de cómo soy yo. Por ejemplo a mí me pasa con el enojo, podría trabajar mi enojo para no echarle la culpa a los demás”.

- **Segundo encuentro: Morir en la pavada.**

El cuento *Morir en la pavada* de Mamerto Menapece trata de un cóndor que se cría con pavos, los cuales lo desalientan a poder volar por creer que éste tampoco podía. Durante el encuentro, Sergio se entrega a la lectura cerrando sus ojos para evitar distracciones y mejorar su concentración. Al terminar, levanta la mano y comenta “yo lo llevo a la vida personal así. Son dos animales: cóndor y pavo, uno vuela y el otro no. Está la decisión en vos de seguir siendo un pavo, es decir de no avanzar ni progresar en tu vida, en lugar de salir a decir ‘voy a salir a hacer un proyecto y si se cae, me levanto y hago otro’. Entonces para mí o sos un cóndor, alguien que sale a volar y a buscar la vida; o sos un pavo: alguien que dice ‘no voy a poder, me quedo acá y se terminó’”.

En otra ocasión, amplía esta reflexión y agrega: “yo apliqué esta lectura en mi vida. Yo pensé ‘el cóndor se crio con los pavos y por eso pensaba que era un pavo y que no podía volar’; yo también me crie de esa manera: en mi casa siempre me decían ‘no vas a poder, no terminaste la escuela, sos un albañil’ y yo me quedaba con eso. Ahora veo que sí puedo volar, y si me caigo, me sacudo y sigo”.

- **Tercer encuentro: El elefante encadenado**

Jorge Bucay escribe el cuento *El elefante encadenado*, donde cuenta la historia de un elefante de circo que, desde muy pequeño, se encuentra encadenado a una pequeña estaca de la cual no puede escapar. Cuando este crece y se hace más grande, ya no intenta escapar a pesar de tener un tamaño y fuerza considerables para hacerlo; pues se había acostumbrado a vivir encadenado.

Luego de leer el cuento, las reflexiones grupales se centran en encontrar cuál ha sido la “estaca” en la vida de cada uno. Sergio, en la misma línea, aporta: “Si tuviera que buscar una estaca en mi vida, sería yo mismo. Siempre luché para salir adelante y lo

obtuve, pero mi estaca era no mantener el orden y seguir avanzando. Después de hacer bien un negocio, me dedicaba a hacer las cosas mal, entonces este negocio se iba conmigo para abajo. Encaraba otro y de nuevo pasaba lo mismo. Entonces mi estaca era yo, que no podía ordenarme y hacer las cosas como debía”.

Tras este comentario, sus compañeros le propusieron varias palabras para describir su situación. Entre ellas estaban la constancia, disciplina, perseverancia, y otras similares. Sergio, receptivo, toma una de ellas y continúa: “hoy he encontrado un punto que considero que es mi problema: la constancia. Como decía, he encarado muchos proyectos y he tenido éxito. Pero llegaba a un punto en el que me relajaba y, como tenía esos hábitos, me iba y perdía todo”.

- **Cuarto encuentro: La tristeza y la furia.**

La tristeza y la furia es un cuento que describe cómo ciertas emociones pueden manifestarse “disfrazadas”. En este cuento ficticio se humanizan las emociones. Su trama cuenta la historia de un personaje llamado “Furia”, quien rápido y veloz toma las ropas de una lenta “Tristeza” y viceversa. Se concluye que, a veces, lo que parece ser furia, ira y descontrol, esconde sus raíces en la tristeza.

Luego de la lectura, se observa a Sergio releendo el cuento. Tras unos minutos escuchando algunas devoluciones, comenta: “Antes me molestaba que me golpeaba con las cosas o se me caían y ¿qué hacía? me enojaba y empezaba a rebolear todo. Pero eso era en el momento que estaba en consumo, perdido, todo me molestaba inmediatamente. Hoy no me encuentro triste, me encuentro bien y feliz, entonces ¿cómo lo tomo? como que no pasó nada, me sobo y me voy”. “Cuando hemos estado mal, tristes, en lugar de mostrar la tristeza, ¿qué mostrábamos? furia, enojo, para esconder ese dolor que veíamos”. Continúa: “Es como dice el cuento, no queremos mostrar la tristeza. Acá hemos

aprendido a mostrarla, a sentirla. Antes mostrábamos furia en lugar de tristeza. Al final es la tristeza lo que te trae la furia; esa furia es mentira, es imaginaria”.

Conmovido por el cuento, agrega “estuve mucho tiempo triste, deprimido. Estaba acostado y no veía nada positivo. Es ahí cuando tocas fondo y decidís, como me pasó a mí, entrar acá o seguir los malos pensamientos. Hoy lo veo y me acuerdo de cuando me enojaba por eso que me pasaba. Hoy me pasa y me río porque estoy feliz, pleno.”

“Yo tengo carácter y he tenido problemas por eso. Hoy no lo tengo. Por eso pensaba que ‘curarse’, sacarse la tristeza de adentro te lleva a que la furia y la ira no salgan más. Es lo que me pasa a mí. Hoy no me siento enojado, me siento feliz. Hoy ese enojo es normal, me enojo por cosas que me hacen enojar, pero las trabajo y se me pasa. Antes, la tristeza me llevaba a que ese enojo se desate”.

➤ **Caso Marcos**

Marcos tiene 30 años de edad, está realizando tratamiento por consumo problemático de cocaína en la casa de contención de la Comunidad Fuego. Está en proceso de divorcio y tiene dos hijos.

Su historia e inicio en el consumo

Marcos crece con padres separados, su madre siempre estuvo abocada al cuidado de su hija, quien padece de ceguera y autismo. Su padre, también ausente en su crianza, tenía “tendencias depresivas”. Marcos refiere haber sufrido diferentes problemas en su infancia, tales como críticas destructivas por parte de su madre y violencia por parte de su padrastro, además de un abuso, el cual lo deja “marcado”. Sin embargo, refiere que su madre siempre ha sido muy “recta”, hecho lo que lo orienta para poder terminar sus estudios secundarios y le ayuda a tener disciplina.

Por la necesidad de pertenecer y de calmar su ansiedad, Marcos comienza a fumar marihuana a los 14 años. Refiere que esto le da la “paz mental” que necesitaba en ese entonces. Consumo que es limitado por su madre.

Marcos vive con una gran disyuntiva a lo largo de su historia: su vida amorosa. Él comienza a salir y experimentar con varones en su adolescencia, pero rápidamente comienza a negarlo. Es entonces cuando se pone de novio con una chica y esta queda embarazada. Marcos decide hacerse cargo de su hija y lleva a su novia a vivir con él, con quien decide formar una familia y tener otro hijo. No obstante, Marcos refiere no sentir amor por esta mujer, con quien dice solo sentir “responsabilidad”.

Marcos continúa consumiendo marihuana hasta la pandemia Covid-19, donde deja de hacerlo y queda “sobrio”. Es entonces cuando esto le comienza a “pasar factura”: se encuentra irritable y no soportaba a su familia. En ese momento, comienza a vincularse con personas que le ofrecen cocaína, esto, según Marcos, comienza a reemplazar el placer que siente por su mujer, ya que refiere nunca haber sentido cariño ni romance por ella; la ve solo como una amiga y confidente. Este consumo poco a poco toma más relevancia en la vida de Marcos, quien no solo consume los fines de semana, sino también entre semana y luego todos los días.

Su pedido de ayuda e ingreso en la Comunidad Fuego

A fines de 2023, Marcos decide pedirle ayuda a su ex mujer. Estuvo realizando tratamiento con un psiquiatra y con una psicóloga particular, pero no le daba resultado: Marcos seguía consumiendo. En 2025, Marcos llega a la Comunidad Fuego y comienza el tratamiento ambulatorio; pero este tampoco surgía efecto. Su consumo era diario y compulsivo, consumía mañana, tarde y noche. Comenzó a sentir sintomatología propia de una psicosis: percepción de voces, presencias y pensamientos persecutorios. Es entonces cuando toma la decisión de entrar en la casa de contención. Esto lo ayuda a

controlar su abstinencia y a tener más claridad en sus acciones. Toma la decisión de separarse de su mujer: “era un círculo vicioso, para estar con ella debía consumir”. Actualmente, Marcos se encuentra estable, trabajando sus vínculos y dando lugar a su verdadera identidad.

Participación en el taller de lectura

A lo largo de los talleres, Marcos se muestra interesado y participativo. Escucha los textos con atención y logra reflexionar sobre ellos. Señala que, en varias oportunidades, ha podido trasladar las enseñanzas de las lecturas a su vida personal.

Para Marcos, la lectura representa algo “muy importante”. Afirmar que siempre le ha gustado leer: “no solo leer, sino comprender”, es decir, “ser consciente de lo que leo”. Añade: “me gusta leer sobre cosas que me interesan, pero para ello tengo que estar tranquilo. Por ejemplo, en los primeros días de tratamiento en la casa de contención, me sentaba solo en el fondo, me tomaba unos mates y leía mientras tomaba sol. Hacía que el momento fuera bonito para poder continuar el hábito. Siempre me ha gustado leer, me da paz y conocimiento”. En sus registros diarios se esfuerza por buscar conceptos sobre lo que escribe, como la humildad, la claridad, la infidelidad, entre otros.

En relación con el taller, comenta: “me gusta mucho. Me hace sentir muy reflexivo, siento paz, me siento agradecido. Siempre llevo los textos a mi vida personal. En muchas situaciones, he llevado las lecturas a mi vida cotidiana y me ha resultado, me ha servido como herramienta”.

▪ Primer encuentro: Vínculos sanos

Luego de escuchar las reflexiones de sus compañeros acerca de cómo habían sido sus amistades, Marcos expresa: “ahora que lo pienso, me ha pasado de ser yo el amigo tóxico, quien lleva a los demás por mal camino”. Más adelante, cuando se debate sobre

la importancia de los vínculos sociales saludables, aporta: “para mí, un vínculo sano es quien te ayuda a crecer y no te tira para abajo”. Al ser interrogado en relación con la lectura, recuerda: “de este texto, aprendí a no buscar vínculos por beneficios”.

- **Segundo encuentro: El elefante encadenado**

Durante la lectura, Marcos se muestra muy concentrado. Al inicio prefiere participar desde la escucha atenta. Sin embargo, tras oír las devoluciones de sus compañeros -quienes compartieron cuál consideran que ha sido su “estaca” en la vida- señala: “mi estaca siempre ha sido el ‘no puedo’. Me atormentaba muchísimo. Me ayudó la constancia y la perseverancia”.

- **Tercer encuentro: La parábola del granjero**

La parábola del granjero narra la historia de un anciano que no se inmuta frente a las situaciones favorables o desfavorables de su vida, manteniendo una actitud abierta y repitiendo siempre la frase “ya veremos”. Luego de escuchar el cuento, Marcos comenta que le pareció “muy bueno”, destacando la actitud del anciano: “no se dejaba llevar por lo que decían los demás, ni por lo bueno ni por lo malo”. Tras escuchar algunos aportes de sus compañeros sobre cómo aplicar el relato a la vida personal, remarca: “todos dijimos ‘ya veremos’ cuando decidimos entrar en este tratamiento. Nos la jugamos y creo que está superando las expectativas para todos”.

- **Cuarto encuentro: La tristeza y la furia**

Durante la lectura, Marcos se muestra muy concentrado, siguiendo atentamente el texto y luego releéndolo. En el momento de debate comenta: “antes estaba muy triste. Me sentía en un pozo, entonces estaba enojado con todos. Después de hacer quilombo me sentía más triste aún”.

En otra intervención, con mayor apertura al diálogo, comparte el cambio de percepción que esta lectura le generó respecto a sus emociones: “El texto de la tristeza y la furia me sirvió muchísimo. Hasta el día de hoy lo aplico. Siempre que estoy enojado, me pongo a indagar y llego a una tristeza muy profunda de fondo. Me pasó la semana pasada que fue la misa de mi papá y a la semana siguiente hubo un reconocimiento; cuando llegué a mi casa me sentía muy enojado. Y dije ‘claro, hace 2 días vengo pensando en mi papá’. Tenía mucha tristeza y angustia, y de repente enojo sin motivo. Me di cuenta de que estaba triste, y no me gusta vivirlo como enojo. Me gusta vivir esa tristeza; si tengo que llorar, lloro. Muchos años tuve que reprimir la tristeza y ya no quiero vivirla como enojo, quiero vivirla como tristeza. Eso causó en mí lo que leí, fue muy interno”.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

A partir de los conceptos que se presentan en este trabajo se procede a realizar una articulación entre éstos y los casos clínicos anteriormente expuestos.

➤ **Caso Sergio**

Caracterización del consumo problemático

Se evidencia que Sergio presenta un trastorno por consumo de sustancias, entendido como un patrón patológico de comportamientos vinculados al uso de drogas. Entre los distintos indicadores propuestos por el DSM-5, pueden identificarse el consumo de grandes cantidades de la sustancia, el insistente deseo de dejar o regular el consumo, el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos laboral y doméstico, la persistencia del consumo a pesar de los problemas recurrentes en la esfera social, y la presencia de abstinencia, entendida como un síndrome que se manifiesta cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre.

En relación con la caracterización diagnóstica, el consumo de Sergio puede enmarcarse dentro de la dependencia ya que, como expresa Puentes (2011, p. 35), se trata de un sujeto cuya existencia está subordinada a la búsqueda y consecución de los efectos psicoactivos del consumo. En este sentido, Sergio se encuentra inserto en un circuito de consumo donde la abstinencia le genera un monto inaceptable e intolerable de angustia, que solo logra aliviar mediante una nueva ingesta.

Tratamiento por consumo de sustancias

En la etapa inicial del tratamiento, el objetivo se orienta al desapego de Sergio respecto de la sustancia tóxica, ya que esto permite la aparición de un diagnóstico de base. Al lograr este cambio en la relación tangible con el objeto-droga, es posible comenzar a plantear interrogantes sobre la significación de su vínculo dependiente.

Durante el proceso de desvinculación, Sergio atraviesa los primeros días en la casa de contención, momento en el que emergen los síntomas propios de la abstinencia. Refiere sentir ansiedad, miedo, enojo y la reaparición de recuerdos de su vida pasada. A su vez, surgen conflictos cotidianos vinculados a la convivencia, manifestando irritabilidad y enojos desmedidos ante situaciones menores. Este fue un punto clave del tratamiento, pues permitió trabajar en torno al control de los impulsos. A lo largo del proceso se abordaron aspectos relacionados con el manejo de la ira y la forma en que se expresaba con otros pacientes de la comunidad, lo que favoreció el pasaje de una demanda centrada en la sustancia hacia una demanda de tipo terapéutica, es decir, una interrogación sobre sí mismo. En sus palabras: “El consumo no me costó tanto dejarlo, lo más duro de trabajar fue mi personalidad: mi ira, mi manera de expresarme, de manejarme”.

Efectos terapéuticos de la biblioterapia

En este sentido, se observó un cambio en la perspectiva de Sergio respecto de su enojo, promovido por una lectura trabajada en el taller. En el primer encuentro reflexiona sobre su modo de vincularse y comenta: “Puedo pensar acerca de mis vínculos a partir de cómo soy yo. Por ejemplo, a mí me pasa con el enojo: podría trabajar mi enojo para no echarle la culpa a los demás”. Este pasaje muestra una transformación en su manera de concebir las relaciones interpersonales y, por lo tanto, un avance en la dimensión del autoconocimiento. De acuerdo con la definición de efectos terapéuticos propuesta por Wampold (2015, p. 112), tales cambios implican una “transformación positiva del paciente en su capacidad de afrontar conflictos, comprenderse a sí mismo y establecer vínculos más saludables”. En Sergio, esta toma de conciencia da cuenta de un proceso de simbolización que lo distancia de las actitudes compulsivas presentes antes del tratamiento, abriendo la posibilidad de nuevas formas de lazo social.

Asimismo, puede advertirse un movimiento subjetivo en Sergio cuando, al referirse a su experiencia en el taller de lectura, señala: “Siempre me fijaba qué cambios podía hacer de acuerdo a los errores que cometí. Me permitió ver los errores que estaba cometiendo y además pensar cómo los podía mejorar”. Esta afirmación refleja un proceso de elaboración subjetiva en el que la experiencia terapéutica se convierte en una vía para el reconocimiento de la propia responsabilidad y para la construcción de un saber sobre su historia. Desde la perspectiva psicoanalítica, este tipo de elaboración constituye un efecto terapéutico esencial, ya que implica el pasaje del padecimiento a la pregunta por el propio deseo. Como sostiene Miller (1982-1983), el efecto terapéutico no consiste únicamente en la supresión del síntoma, sino en la posibilidad de que el sujeto produzca un saber sobre su modo singular de goce y logre inscribirlo en una trama simbólica que le permita sostenerse de otro modo. En este ejemplo, Sergio se empeña en encontrar una nueva forma de lidiar con su malestar.

Del mismo modo, puede observarse cómo la biblioterapia genera transformaciones significativas en los pacientes, tanto a nivel emocional como reflexivo y conductual. Tal como plantea Carolina Shrodes, la biblioterapia consiste en “un proceso dinámico de interacción entre la personalidad del lector y la literatura imaginativa, capaz de conectar con sus emociones y liberarlas para un uso consciente y productivo” (Caldin, 2001, p. 31). Esta definición resulta especialmente pertinente para comprender el caso de Sergio, quien manifestó que la lectura titulada “La tristeza y la furia” le permitió reconocer que detrás de su enojo se encontraba en realidad una profunda tristeza. Este reconocimiento se tradujo en la posibilidad de trabajar dicha emoción y elaborar su experiencia desde un nuevo lugar subjetivo. De esta manera, la lectura funcionó como mediadora simbólica, lo cual posibilitó el acceso a un contenido afectivo antes reprimido, cumpliendo una función terapéutica de elaboración emocional.

La lectura, como sostienen Hidalgo y Cantabrana (2017, p. 86), permite que los pacientes se reconozcan en los personajes y narraciones, elaboren sus emociones y encuentren un sentido frente al sufrimiento. En Sergio, este efecto se hace visible cuando se identifica con la figura del cóndor, protagonista de uno de los relatos trabajados en el taller. En su relato, expresa: “Yo pensé: ‘el cóndor se crio con los pavos y por eso pensaba que era un pavo y que no podía volar’; yo también me crie de esa manera: en mi casa siempre me decían ‘no vas a poder, no terminaste la escuela, sos un albañil’; yo me quedaba con eso. Ahora veo que sí puedo volar, y si me caigo, me sacudo y sigo”. Esta identificación refleja la capacidad de proyectar su experiencia interna en un personaje simbólico, facilitando la elaboración de conflictos personales a través de la metáfora. Esta dinámica confirma lo señalado por Kohan (2013, p. 27), quien considera que, al identificarse con los personajes de la literatura, el lector percibe que no está solo en su conflicto y puede encontrar modelos de afrontamiento y resiliencia.

➤ **Caso Marcos**

Caracterización del consumo problemático

Marcos, al igual que Sergio, presenta un trastorno por consumo de sustancias, entendido como un patrón patológico de comportamientos vinculados al uso compulsivo de drogas. Entre los distintos indicadores propuestos por el DSM-5, pueden identificarse el consumo de grandes cantidades de la sustancia, el persistente deseo de dejar o regular el consumo, la centralidad del consumo en la vida cotidiana, el deseo intenso de consumo, la continuidad del consumo a pesar de los daños físicos o psicológicos, y la presencia de abstinencia, entendida como un síndrome que aparece cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en el organismo.

Asimismo, el consumo de Marcos puede considerarse una dependencia, ya que, en su última etapa, su existencia estaba subordinada a la búsqueda y consecución de los

efectos psicoactivos de la sustancia (Puentes, 2011, p. 35). Tal como él mismo relata: “Antes de entrar a la casa, estaba con un consumo diario y compulsivo, consumía mañana, tarde y noche”.

Tratamiento por consumo de sustancias

Metodológicamente se busca que Marcos logre, en primera instancia, un distanciamiento de la sustancia tóxica para luego encontrarse con su diagnóstico de base. Aludiendo a la metáfora de la droga como una “tapa”, este diagnóstico aparece precisamente debajo de la sustancia, la cual impide distinguirlo mientras el circuito de consumo se mantiene activo.

En la primera etapa del tratamiento, esta búsqueda no pudo concretarse, dado que Marcos continuaba con un consumo incesante. Sin embargo, tras un tiempo de reflexión y de escuchar las intervenciones de sus compañeros, decide ingresar a la casa de contención de la Comunidad Fuego. Este paso marcó un corrimiento respecto de la sustancia y permitió la aparición de diversos fenómenos a trabajar, entre ellos, cuestiones ligadas a la relación con su ex pareja, su identidad sexual, su crianza y el vínculo con sus padres.

Efectos terapéuticos de la biblioterapia

Según Miller (1982-1983), el efecto terapéutico “no es más que el restablecimiento de la homeostasis”. En el caso de Marcos, este efecto se evidencia en su manera de describir la experiencia en el taller de lectura: “Me gusta mucho. Me hace sentir muy reflexivo, siento paz, me siento agradecido. Siempre llevo los textos a mi vida personal. En muchas situaciones, he llevado las lecturas a mi vida cotidiana y me ha resultado, me ha servido como herramienta”. Este “restablecimiento de la homeostasis”, entendido no como un retorno a un equilibrio previo, sino como una recomposición subjetiva, le permite tramitar sus conflictos internos desde un nuevo lugar. La lectura, en

este sentido, actúa como mediadora en la producción de ese equilibrio, generando un espacio de serenidad, introspección y significación.

Esta experiencia puede pensarse en relación con lo planteado por Haig, quien sostiene que la literatura también cumple una función de evasión: el lector se desprende de la inmediatez de su realidad para sumergirse en mundos alternativos que le ofrecen respiro, distancia emocional y la posibilidad de soñar (Hidalgo y Cantabrana, 2017, p. 86). Así, la lectura en Marcos funciona como un refugio que le permite suspender momentáneamente el peso de la realidad del tratamiento y reconectar con una experiencia placentera, íntima y reparadora.

A su vez, otro efecto terapéutico en Marcos se manifiesta en su capacidad de reflexión sobre los vínculos y sobre sí mismo. Durante la lectura del texto “Vínculos sanos”, comenta: “Ahora que lo pienso, me ha pasado de ser yo el amigo tóxico, quien lleva a los demás por mal camino”, y posteriormente agrega: “Para mí, un vínculo sano es quien te ayuda a crecer y no te tira para abajo”. Este pasaje muestra una transformación en su manera de concebir las relaciones interpersonales y, por lo tanto, un avance en la dimensión del autoconocimiento. De acuerdo con la definición de efectos terapéuticos propuesta por Wampold (2015, p. 112), tales cambios implican una “transformación positiva del paciente en su capacidad de afrontar conflictos, comprenderse a sí mismo y establecer vínculos más saludables”. En Marcos, esta toma de conciencia evidencia un proceso de simbolización que lo distancia de las actitudes compulsivas presentes antes del tratamiento, abriendo la posibilidad de construir nuevas formas de lazo social.

Por otra parte, el testimonio de Marcos permite observar con claridad cómo la lectura puede funcionar como mediadora simbólica en la elaboración emocional. El relato “La tristeza y la furia” le permitió identificar que detrás de su enojo se encontraba una tristeza reprimida, dando lugar a una experiencia de reconocimiento afectivo y

autenticidad emocional. Este proceso puede pensarse en consonancia con lo que plantea Martins Deberti (2009), quien sostiene que “las palabras son símbolos que permiten sustituir al objeto perdido [...] tolerar la ausencia del otro y mitigar la angustia de separación, esa es la función de enorme importancia del proceso de simbolización” (p. 87). En este sentido, la lectura operó como una vía de simbolización que le permitió a Marcos nombrar su tristeza y tramitarla de manera distinta, integrando una emoción previamente negada.

Asimismo, tal como afirma Caldin (2001, p. 36), la biblioterapia favorece la expresión de los sentimientos y la elaboración emocional mediante la lectura compartida. En este marco, cuando Marcos expresa: “Muchos años he tenido que reprimir la tristeza y ya no quiero vivir como enojo, quiero vivirlo como tristeza. Eso ha causado en mí eso que leí, fue muy interno”, se evidencia que el texto le permitió liberar una emoción reprimida y transformarla en una vivencia consciente, alcanzando así un efecto profundamente terapéutico.

Conclusiones generales

El presente trabajo tuvo como propósito describir los efectos terapéuticos del uso de la biblioterapia en pacientes con consumo problemático de sustancias, articulando los fundamentos teóricos y técnicos del psicoanálisis con la práctica clínica desarrollada en la Comunidad espiritual-terapéutica Fuego. A partir del análisis de los casos de Sergio y Marcos, fue posible identificar que la lectura, en un contexto terapéutico, no solo opera como herramienta de acompañamiento, sino también como mediadora que posibilita procesos de simbolización, introspección y elaboración emocional, elementos indispensables en la rehabilitación de personas con consumo problemático.

En primer lugar, el estudio permitió confirmar que los pacientes estudiados presentan un trastorno por consumo de sustancias, en los términos establecidos por el

DSM-5 y por Puentes (2011), quien concibe a la adicción como una dependencia. Este vínculo con la droga, caracterizado por la compulsión, la pérdida de control y la dificultad para tramitar la angustia sin mediaciones simbólicas, encuentra en el tratamiento psicoanalítico y en la biblioterapia un espacio para su resignificación. En ambos casos, el trabajo terapéutico permitió pasar de una demanda centrada en la sustancia (“quiero dejar de consumir”) a una demanda propiamente subjetiva, donde emergen interrogantes acerca del propio deseo, del sufrimiento y de la historia personal.

En esta línea, la biblioterapia se presentó como una herramienta complementaria al abordaje clínico tradicional, coherente con los principios de la dirección de la cura en el psicoanálisis. La biblioterapia, siguiendo a Shrodes, puede entenderse como un proceso dinámico de interacción entre la personalidad del lector y la literatura, capaz de conectar con las emociones y liberarlas para un uso consciente y productivo. A través de la lectura, los pacientes lograron poner en palabras vivencias que antes se expresaban mediante el acto o el consumo. En términos de Martins Deberti (2009), las palabras funcionaron como símbolos que sustituyeron al objeto perdido, permitiendo mitigar la angustia y construir representaciones psíquicas donde antes solo existía el vacío o el exceso pulsional.

Los resultados obtenidos en el taller de lectura evidencian que la biblioterapia favorece el pasaje de una posición pasiva frente al malestar hacia una posición más activa y reflexiva. En ambos casos la experiencia terapéutica, a través del dispositivo de lectura, se articula con lo que Miller denomina “efectos de la experiencia analítica”. Estos efectos no deben entenderse como resultados inmediatos o cuantificables, sino como procesos de transformación sostenidos en el tiempo, donde el sujeto construye una narrativa más coherente de sí mismo. En el caso de Marcos, esta coherencia se manifiesta en su capacidad de trasladar los aprendizajes del taller a su vida cotidiana, mientras que en Sergio aparece en su disposición a revisar sus conductas y elaborar sobre sus errores.

En Sergio, por ejemplo, el trabajo con el texto *La tristeza y la furia* le permitió reconocer que detrás de su enojo existía una tristeza reprimida, iniciando un proceso de elaboración emocional que transformó su modo de relacionarse con los otros. En Marcos, la lectura del mismo texto produjo un efecto similar: la toma de conciencia de que sus emociones podían ser comprendidas y vividas desde otro lugar, sin necesidad de la descarga impulsiva o el retorno al consumo. Ambos casos dan cuenta de una transformación en los pacientes en su capacidad de afrontar conflictos, comprenderse a sí mismos y establecer vínculos más saludables.

La lectura, en tanto práctica cultural y simbólica, ofreció a los pacientes una vía para reconstruir su trama psíquica. Siguiendo la metáfora propuesta por Martins Deberti (2009), puede afirmarse que la biblioterapia colaboró en “reparar los hilos frágiles” de ese tejido interior, aportando nuevos significantes y permitiendo a los pacientes una vía de elaboración diferente. En este contexto, la lectura no fue entendida como un acto aislado o meramente recreativo, sino como una experiencia transformadora que permitió resignificar la historia personal, reordenar las emociones y producir nuevas formas de pensar y de sentir.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que la biblioterapia produce efectos terapéuticos significativos en los pacientes con consumo problemático de sustancias antes mencionados, ya que promueve la simbolización del malestar, la elaboración emocional y la reconstrucción del lazo social. La lectura actúa como mediadora entre el sujeto y su mundo interno, favoreciendo un movimiento de apertura hacia la palabra y hacia los otros. Desde una perspectiva psicoanalítica, puede entenderse que el efecto terapéutico radica precisamente en esta posibilidad de “poner en palabras” lo que antes se actuaba o se reprimía.

Acerca de la utilidad de la práctica profesional

La realización de la práctica profesional supervisada permitió el acercamiento al rol profesional como psicólogo, generando una toma de contacto con patologías de gran relevancia social, como son los trastornos por consumo problemático de sustancias. Además, se pudo concretar una aproximación al trabajo en un equipo terapéutico, presenciando reuniones de equipo y realizando aportaciones desde la observación para la toma de decisiones.

La experiencia en la práctica posibilitó una asimilación en relación al tratamiento por consumo de sustancias, incluyendo los armados de la jornada, la dinámica del grupo terapéutico, el funcionamiento de una comunidad terapéutica, como también la importancia de las intervenciones basadas en la subjetividad.

El desarrollo de la práctica fue enriquecedor debido a la disposición por parte del equipo terapéutico de la Comunidad Fuego, el cual se desempeña con un excelente clima de trabajo. Se ofreció al practicante tiempo y lugar para opinar e intervenir, generando seguridad y entusiasmo, atenuando el miedo al error.

A lo largo de las prácticas se vieron implicadas debilidades y fortalezas. Dentro de las debilidades, se detecta la falta de formación académica en el ámbito universitario respecto de las toxicomanías, como también la falta de experiencia para intervenir desde el ámbito institucional en dichas patologías. No obstante, del reconocimiento de esta carencia surge como fortaleza la iniciativa para investigar y aprender, logrando una rápida adaptación al equipo de trabajo. Además, la motivación y compromiso personal en relación al Taller de Lectura fue un aspecto clave para llevar a cabo el presente trabajo.

En suma, este proceso se vivenció como una gran fuente de experiencia, formación y crecimiento para el desarrollo del rol profesional.

Propuestas

A la carrera Licenciatura en Psicología:

- Promover la incorporación de prácticas a lo largo de todo el cursado de la carrera, con el objetivo de lograr mayores y mejores intervenciones.
- Promover la integración de materias relacionadas a las toxicomanías, entendiendo su relevancia en la época actual.
- Brindar más consideración y asesoramiento en las Prácticas Profesionales Supervisadas, como también en el Trabajo Integrador Final a través de un seguimiento constante.

A los profesionales de psicología:

- Fomentar la promoción de la salud en todos los ámbitos posibles.
- Conservar y fomentar la formación permanente con el objetivo de realizar intervenciones adecuadas a las demandas de la sociedad.

Referencias

- Alonso-Arévalo, J., Fernández-Martín, C. L., Mirón Canelo, J. A., & Alonso-Vázquez, A. (2018). La lectura y su relación con la salud y el bienestar de las personas. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(4), 1–12.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- APLMed. (2024). *Definición de efecto terapéutico*. American Professional Licensing Medical Dictionary.
- Argüelles, J. D. (2011). *Escritura y melancolía*. Fórcola.
- Barrera Tyszka, A. (2015). *Patria o muerte*. Tusquets.
- Brodsky, G. (2015). *Mi cuerpo y yo. El cuerpo hablante....* Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Caldin, C. F. (2001). *A leitura como função terapêutica: biblioterapia*. *Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação de Florianópolis*, (12), diciembre.
- Ciganda, E. M., & Pacheco, N. N. (1984). *Biblioterapia clínica: teoría y experiencia*. EUBCA.
- Constantino, M. J. (2011). Patient expectations and their relation to psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 48(2), 193–197. <https://doi.org/10.1037/a0023389>
- Deberti Martins, C. (2007). La biblioterapia aplicada a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas. *Revista Itinerario*, (7). <https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaapacientesconConsumoproblematicodesustancias.htm>

- Deberti Martins, C. (2009). Una biblioterapia posible, o «Juana, la del billete de mil». *Información, Cultura y Sociedad*, (20), 83–90.
- EBSCO. (2023). *Therapeutic effects in psychotherapy* [Base de datos en línea]. EBSCOhost.
- Elliott, R. (2011). Empathy: An essential ingredient for good therapy? *Psychotherapy*, 48(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras completas* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la cultura. En *Obras completas* (Vol. XXI). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Geberovich, F. (1984). *Un dolor irresistible: Toxicomanía y pulsión de muerte*. Letra Viva Ediciones.
- Hidalgo, A., & Cantabrana, B. (2017). Efectos terapéuticos de la lectura. *Revista de Medicina y Cine*, 13(2), 75–88.
- Kohan, S. A. (2013). *La escritura terapéutica: Claves para escribir la vida y la creación literaria*. Alba Editorial.
- Lacan, J. (1938). Los complejos familiares en la formación del individuo. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Lacan, J. (1960). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. (1973). *Les noms du père (Seminario 21)* [Inédito].
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). Basic Books.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. En *Psicoanálisis y salud mental* (pp. 159–169).
- Le Poulichet, S. (1987). *Toxicomanías y psicoanálisis: Las narcosis del deseo*. Amorrortu Editores.
- Lledó, E. (2011). *El silencio de la lectura*. Espasa (Colección Austral).
- Martínez, M. F. G. (2016). Hacia una delimitación de la noción de toxicomanías desde el psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 23, 59–66.
- Martins, C. D. (2013). ¡Los libros muerden! Biblioterapia en el Portal Amarillo. *Informatio: Revista del Instituto de Información de la Facultad de Información y Comunicación*, 18(1), 21–30.
- Menéndez Salmón, R. (2007). *Consolación de la literatura*. Círculo Cultural Valdediós.
- Miller, J.-A. (1989). Para una investigación sobre el goce autoerótico. En *Sujeto, goce y modernidad*. Buenos Aires: Atuel.
- Miller, J.-A. (2014 [1982–1983]). *Del síntoma al fantasma. Y retorno*. Buenos Aires: Paidós.

- Miller, J.-A., & Laurent, E. (1997). El Otro que no existe y sus comités de ética. En *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Buenos Aires: TyA.
- Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Grama Ediciones.
- NIDA. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). National Institute on Drug Abuse.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1. Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Orsini, M. S. (1982). El uso de la literatura con fines terapéuticos: Biblioterapia. *Comunicación y Artes*, (11), 139–149.
- Ouaknin, M.-A. (1996). *Biblioterapia* (N. Niyirmi Campanario, Trad.). Loyola.
- Panella, N. M. (2001). *Pautas para bibliotecas al servicio de pacientes de hospital, ancianos y discapacitados en centros de atención de larga duración*. International Federation of Library Associations and Institutions (IFLA).
- Puentes, M. (2011). *Tu droga, mi droga, nuestra droga: Cómo entender y qué hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Lugar Editorial.
- Ruiz Martínez, I. G. (2019). *Promoción de la lectura en jóvenes en procesos de recuperación de las adicciones residentes en Fundación Casa Nueva Centro Emiliano Zapata, Veracruz* [Tesis de licenciatura, Universidad Veracruzana].
- Soler, C. (2000). *La maldición sobre el sexo*. Manantial.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

ANEXOS

ANEXO I

TALLER DE LECTURA – COMUNIDAD FU.E.GO

Introducción

El presente informe forma parte del programa de Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S.) de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Cuyo. Se enmarca dentro del área clínica de la psicología y es llevado a cabo en una comunidad terapéutica de la provincia de San Juan: la Comunidad Fu.E.Go. Ésta consiste en un dispositivo ambulatorio y gratuito de contención, acompañamiento y tratamiento a pacientes y familiares de personas que están afectadas por algún tipo de adicción.

Este proyecto consiste en la realización de un taller de lectura y escritura pensado para los pacientes del tratamiento de la comunidad terapéutica. Se trata de un encuentro con frecuencia semanal que busca favorecer la introspección a través de la lectura de textos de diversas áreas temáticas. Además, se busca promover la lectura en un espacio de contención y confianza, donde los participantes puedan opinar libremente alentando al dialogo y al debate a partir de lo que resuena en cada uno.

Objetivos

Objetivo general:

- Generar un espacio de reflexión y escucha a partir de la lectura compartida.

Objetivos específicos:

- Incentivar la lectura y escritura en pacientes atravesados por la problemática de la adicción.

- Facilitar textos que promuevan la reflexión e imaginación en dichos pacientes.
- Alentar al dialogo compartido, favoreciendo la libertad de expresión.

Justificación

Este trabajo encuentra relevancia en la práctica de la lectura como construcción de sentido. Siguiendo a Cristina Deberti (2011) entendemos que la lectura tiene en sí misma un valor terapéutico y es generadora de múltiples vínculos: del lector con el escritor, del que lee con aquel que le brinda el libro, con otras personas que lo hayan leído y con el personal que brinda el taller, por citar algunos solamente. El acto de leer es complejo. Es un acto íntimo e irremplazable que se puede disfrutar a solas o compartir en grupo. Así, la lectura no solamente habilita a los sujetos a poner en palabras sus emociones, sentimientos, temores, fantasías; sino que también brinda la posibilidad de promover la comunicación entre los diversos actores que participan en la tarea.

No es novedad que la lectura puede brindar calma y amortiguar el sufrimiento emocional. Ya en la Antigüedad, la lectura era considerada como un bálsamo que apaciguaba el espíritu; y en la Edad Media se les leían los textos sagrados a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas para distraerlos del sufrimiento (Caldin, 2001).

Karyn Vargas et al (2018), en su texto “Trabajo académico sobre definición, tipos, requisitos, fases y beneficios de la lectura”, muestran que entre los beneficios de la lectura están el efecto terapéutico que tiene, la forma en la que aumenta la conectividad del cerebro y la posibilidad de utilizarla como fuente de experiencias e interpretación de la realidad, lo que posiciona a la lectura como una gran herramienta terapéutica y debido a los beneficios en ciertas áreas del cerebro como el lóbulo parietal y el occipital, así como un vehículo que hace que las personas se identifiquen y hablen de sus experiencias propias.

Contenido

Para la selección de lecturas, se opta por una modalidad en la que ambas partes - coordinadores y usuarios- participan en la elección de textos. Se seleccionan de antemano una serie de géneros o áreas temáticas, las cuales son ofrecidas a los participantes. Por lo general, esta pre-elección de textos se realiza acorde a los objetivos que se plantean, objetivos que no van nunca en búsqueda de lo pedagógico ni tampoco de una experiencia concreta; más bien se alienta a desplegar la reflexión, la imaginación y lo lúdico, favoreciendo la libertad de expresión.

La consigna es simplemente la información de que se procede a leer el texto en voz alta y que mientras tanto cada uno trate de relajarse y de sentirse lo más libre que pueda. Al terminar, se sugiere esperar. Esperar comentarios, preguntas, críticas, expresiones. Sin emitir juicios de valor ni responder preguntas muy elaboradas, con la excepción de responder con información específica que se necesite para el entendimiento del texto, es decir, búsqueda de información en enciclopedias, diccionarios y en la web, acompañando aquellas expresiones que no cierren sino que abran la exploración.

Desarrollo

Estructura de cada sesión

Duración: 30-45 minutos.

1. Inicio

- Breve bienvenida y conexión grupal.
- Dinámica rápida: una palabra para describir cómo llegaron hoy.

2. Lectura en voz alta

- Facilitador lee el texto (puede invitar a voluntarios).
- Breves pausas para asegurar comprensión (reformular con ellos).

3. Reflexión grupal

- Dar espacio a la producción individual que surge a partir de la lectura.
- Alentar al debate con opiniones y preguntas.

4. Cierre

- Conclusiones y comentarios finales.
- Invitación a pensar o escribir algo hasta el próximo encuentro.

ANEXO II

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Sobre su historia personal

- ¿Podrías contarme acerca de tu historia personal y cómo fue tu inicio en el consumo?
- ¿Cuánto tiempo se extendió tu etapa de consumo y cuáles eran tus hábitos en ese período?
- ¿Qué te llevó a sentir la necesidad de pedir ayuda y cómo llegaste a la Comunidad Fuego?
- ¿Cómo describirías tu experiencia en el tratamiento dentro de la comunidad: desde el inicio, su desarrollo y hasta la salida?

Sobre el taller de lectura

- ¿Qué opinión tienes acerca del taller de lectura?
- ¿Hay algún encuentro o lectura del taller que recuerdes especialmente?
- ¿Qué efectos notaste a partir de tu participación en el taller de lectura?
- ¿Qué valoración general haces sobre la práctica de la lectura?