

FOCUSING Y ADICCIONES

Ensayando mi *know how* ‘fazendero’

Darío Villarreal

Córdoba — Argentina — 2026

Un paso en el cuerpo vale más que mil pasos en la mente”.

E. Gendlin

“La sensación sentida que surge desde el interior del cliente –*consultante*– nos permite trabajar,
no desde nuestros enfoques (...), no con procedimientos fijos (...), no con las vías de entrada (...),
y ni siquiera con la sensación–sentida (...),
sino siempre con la persona que está frente a nosotros”

E. Gendlin

“El lugar donde uno debe estar
es donde el propio cuerpo está tranquilo y;
en efecto,
el lugar del propio ser es donde encuentro paz.”

Anónimo

Introducción

En el presente ensayo exploro el *crossing* entre (el) *focusing* y (las) adicciones a partir de mi experiencia personal de un tiempo hasta la fecha de poner mis pies en el complejo y oscuro barro del mundo de las adicciones¹. Estas —a mi entender— no es otra realidad sino uno de los tantos rostros particulares que tienen algunas personas ‘vulneradas’². Este escrito consta principalmente de cuatro partes: un ‘introito’, un ‘desarrollo’ que contiene seis apartados, unas ‘consideraciones finales’ y un ‘glosario’ que contiene las principales abreviaturas, siglas y conceptos acerca de las adicciones, proceso terapéutico en la *Fazenda da Esperança* (en adelante, indistintamente según el caso, *Fazenda/fazendas*) y de *focusing*³.



El barro de la ‘empírea’ (experiencia)

En el introito delinearé muy sucintamente que es *focusing* (como ‘proceso’ y ‘técnica’ de este enfoque corporal); puntualizaré acerca que es una ‘adicción’ y; finalmente, especificaré como es tanto el ‘proceso’ como la ‘metodología’ terapéutica en la *Fazenda* para abordar las múltiples adicciones. En el desarrollo describiré los siguientes seis asuntos. A saber, la ‘traída básica’ en el acompañamiento, a las adicciones, desde un proceso con *focunsig*, la propia experiencia ‘faltante’ en el *focuser*, las ‘intervenciones’ sugeridas para profundizar en el nivel de la experiencia personal, las seis principales ‘etapas’ del proceso y los dos ‘momentos’ del método terapéutico en la *Fazenda*, algunos ‘testimonios’ de los acompañamientos ya realizados y, por último, las principales intervenciones ‘iatrogénicas’ que son necesarias evitar desde *focusing* y —en absoluto— en todo acompañamiento. En las consideraciones finales, retomando los seis apartados del mismo desarrollo mencionados anteriormente, recogeré muy brevemente otros seis asuntos claves. Finalmente, incorporé un ‘glosario’ ubicado al final en vista de agilizar la lectura. Allí encontrarán las principales definiciones y otras descripciones de los conceptos y tecnicismos claves de los diversos ámbitos tratados aquí.

A continuación —a partir de tres preguntas— solamente delinearé los tres principales asuntos —*focusing*, adicciones proceso de recuperación y/o rehabilitación en *Fazenda*— que luego profundizaré en el desarrollo.

¹ Sacerdote, Diplomado en Conceptos Centrales de la Psicología, del Psicoanálisis y de la Investigación; *Focusing Trainer*; Comunicador en los Órdenes del Amor; Diplomado en Medicina Cuerpo Mente Alma (Nivel I); Diplomado en Biodescodificación Cuerpo Mente Alma; Diplomado en Medicina Cuerpo Mente, Alma y Biodescodificación; Lic. en Teología; *Mg.* en Teología; *Mg.* en Filosofía, Religión y Culturas Contemporánea; Diplomado en Acompañamiento ‘Pisco—Histórico—Espiritual’ y Lic. en Ciencias Religiosas. Personalmente, por primera vez experimenté los ‘efectos’ de este enfoque corporal cuando participé en el ‘Taller Crecimiento de Personal’ (TCP) en el Centro Loyola de Espiritualidad, Educación y Cultura (San Miguel, Buenos Aires) en el año 2015. Luego, continué mi experiencia personal cuando participé en el ‘Programa de Acompañamiento y Formación’ (PAF) en el Instituto Centroamericano de Espiritualidad y el Centro de Estudios, Formación y Acción Social (ICE—CEFAS) en Mixco (Guatemala) en el año 2018. Finalmente, en el año 2023 comencé mi formación y certifiqué como *Focusing Trainer* por *The International Focusing Institute (TIFI)* de NYC en USA en el año 2025.

² Respecto de lo ‘vulnerado’ y su intrínseca relación con las adicciones deseo indicar la siguiente cuestión clave a todas luces. Hoy en día una persona por su ‘condición’ adicta en general tiene una alta probabilidad que esté vinculada con alguna(s) de esta(s) otra(s) realidad(es) —*homelles person* (en situación de calle), violencias, delincuencia, judicializaciones, comorbilidades, etc.— donde cada una de estas es compleja *per se*. En otras palabras, es muy difícil encontrar una persona que tenga ‘solamente’ una sola adicción y nada más.

³ En relación a las dos principales temáticas desarrolladas aquí —y otros asuntos menores— la ‘sensibilidad’ de los sujetos contemporáneos que, a mi entender, exigen utilizar el ‘plural’. Por caso, las ‘adicciones’, los ‘contextos’, los ‘tratamientos’ (terapéuticos), los ‘perfiles’ (de las persona adictas), las ‘etapas’ (de los métodos terapéuticos), etc.

La siguiente pregunta —¿Cómo acompaño desde *focusing* a los(as) pibes(as) que tramitan su proceso personal—comunitario de rehabilitación y/o de recuperación de sus adicciones en la *Fazenda da Esperança*?— ordena este ensayo⁴.

A la par —al igual que en el primer escrito ‘¿Qué (no) es *focusing* y para qué (no) sirve?’— en este segundo ensayo acerca de *focusing* mi ambición es muy sencilla⁵. Por el contrario, no es mi objeto realizar una reflexión cabal y profunda acerca de lo que es el *focusing*, que son las adicciones y (básicamente) cómo es tanto el proceso como la metodología terapéutica en la *Fazenda*. No obstante —antes de adentrarme en el acompañamiento desde *focusing* a los(as) pibes(as) que realizan su caminata de recuperación y/o rehabilitación, en algunas de las *fazendas* en el Cono Sur— solamente ‘delinearé’ —a modo de encuadre y sucintamente— estos tres asuntos básicos.

El primer asunto discurre acerca de lo que es ‘*focusing*’. Sencillamente, desde esta técnica y enfoque corporal acompañamos ‘todo’ sin más. No obstante, a los fines meramente pedagógicos y muy a grandes rasgos, como ‘herramienta’ se puede aplicar a tres grandes áreas de la persona: el ‘desarrollo personal’, para acompañar ‘crisis’ personales y ‘enfermedades’ en general (diversas ‘patologías’ y/o ‘síndromes’ y/o ‘síntomas’).

⁴ Al respecto de este asunto, considero clave mencionar los siguientes seis cuestiones relacionadas a esta herramienta. La primera, por su naturaleza intrínseca ‘potencializadora’, desde *focusing* se pueden establecer los más diversos *crossings* (cruces) y; no obstante, aunque algunos (pisco)terapeutas y/o profesionales desconozcan este enfoque corporal, ‘ignoren’ este rasgo esencial o sencillamente les ‘parezca’ anómalo. A saber, entre otros cruzamientos, ‘*focusing*—eneagrama’ (pronto a publicarse), ‘*focusing*—discernimiento’, ‘*focusing*—sueños’, ‘*focusing*—espiritualidad’, ‘*focusing*—mirada sistémica’, ‘*focusing*—biodecodificación’ etc., etc., etc., La segunda, este artículo —‘*focusing* y adicciones’— a *grosso modo* abrevia en el Seminario ‘Mapas del Tesoro del Alma’ (*Treasure Maps to the Soul*, 2001) de Ann Weisser Cornell (discípula de E. Gendlin) y su compañera Barbara McGiven. Ambas elaboraron, durante un período extenso de tiempo, una especie de ‘acercamiento’ que utiliza esta psicoterapia experiencial para acompañar esos asuntos vitales complejos (bloqueos de acción, depresiones, autocríticas severas, traumas y adicciones entre otros). La tercera, a la par, este mismo Seminario en cuestión se inscribe en la escuela denominada ‘*Focusing* de la Relación Interior’ (*Inner Relationship Focusing* o *IRF*) de su misma mentora A. Weisser Cornell. Esta reformuló los seis pasos del método *gendliniano* original reduciéndolos a cinco ‘pasos’ y, más tarde los redujo a cuatro ‘etapas’. Igualmente, a los meros fines didácticos, agregó cuatro ‘habilidades’. La cuarta, no obstante, al presente artículo opté por rotularlo ‘*focusing* y adicciones’ (y no ‘conductas adictivas’ como en el Seminario mencionado anteriormente) por la siguiente razón muy sencilla. Habiendo pasado ya casi veinticinco años —de aquel primer Seminario— la realidad de las adicciones se ha diversificado y modificado sustancialmente. La quinta, actualmente dentro del gran ‘espectro’ de las adicciones —desde lo ‘clínico’— encontramos tres grandes ‘subgrupos’: las denominadas sustancias ‘psicoactivas’ (drogas); las ‘conductas’ adictivas (mitómano, cleptómano, tecnoadicción, los ‘trastornos de la conducta alimentaria, etc.); a las ‘personas’ (codependencia o adicción emocional). Finalmente, a las tres categorías clínicas anteriores, se le suma la siguiente categorización. Las adicciones denominadas ‘ontológicas’ que son tres: la ‘ambición’ (en el poder), la ‘avaricia’ (en el tener) y la ‘vanidad’ (en el aparecer). Paradójicamente, por un lado, estas son las más antiguas en su existencia (cf. Lc. 4, 1–13) y, por otro lado, su marco teórico está escasamente desarrollado. Cf. A. WEISSER CORNELL – B. MCGIVEN, *Treasure Maps to the Soul*, [en línea] https://focusing.org/system/files/2022-03/05_TreasureMapsTRIB.pdf [acceso: 25 Noviembre 2025], 41–60; en THE INTERNATIONAL FOCUSING INSTITUTE, *The Folio: Edición Homenaje Celebrando Treinta Años de Focusing 1978–2008*, Vol., 21, Número 1, 2008, 1–376. La sexta —agrego— actualmente desde el equipo de profesionales con enfoque *rogeriano* editaron las enseñanzas de aquel Seminario en cuestión. Cf. A. WEISSER CORNELL – B. MCGIVEN, *Desenmarañando: cómo puedes transformar lo que está imposiblemente atascado*, San Isidro, PCE7, 2025, 1–300.

⁵ Cf. D. VILLARREAL, ¿Qué (no) es *focusing* y para qué (no) sirve?: a enfocar se aprende enfocando, [en línea] https://www.acafocusing.org.ar/_files/ugd/e61303_7ca4102a185e43219b9e9dbfb218e171.pdf [acceso: 23 Noviembre, 2025], 1–4. Relacionado a esta herramienta, considero necesario indicar lo siguiente. Para expresar lo más ajustadamente posible la experiencia que va aconteciendo en un proceso desde esta psicoterapia experiencial se utiliza lo que se denomina ‘lenguaje de presencia’; es decir, de la presencia del mismo yo ‘interno’ de la misma persona que está enfocando). Este fue creado por la lingüista americana Ann Weisser Cornell. Y, en este sentido, en el presente ensayo el lector que no está familiarizado con este mismo enfoque corporal encontrará conceptos y terminologías poco frecuente, pero que sí está relacionado con este mismo lenguaje en cuestión. Por caso, es mejor indicar que acompañamos ‘desde’ o ‘con’ *focusing* (ambos prefijos es indistinto); los gerundios (acompañando, acompasando, *experiencieng*, etc.) son muy bien bienvenidos en este lenguaje; es aconsejable hablar de ‘experiencia’ de o con *focusing* (y no de una mera practica); entre otras giros lingüísticos existentes para ajustar el lenguaje ‘a’ lo que está pasando en el espacio interno del mismo *focuser* (experiencia) y no viceversa.

Concretamente, retomando el artículo indicado anteriormente, *focusing* describir y/o definir de la siguiente manera:



‘Técnica’

“Descendiendo al orden ‘práctico’, para que lo entendamos todos(as), básicamente *focusing* es un modo de relacionarnos con ‘todo eso’ (= distintos aspectos internos) que está sucediendo o aconteciendo en tu ‘espacio interno’; es decir, ese lugar de tu propio cuerpo y, más concretamente, esa parte central de tu propio tórax (que va desde la garganta pasando por el pecho, el estómago hasta el abdomen bajo), en el mismo instante que estás atravesando tu propia experiencia de enfocar⁶”.

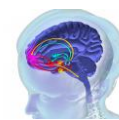


‘Proceso’

El segundo asunto —desde la perspectiva ‘clínica’— está referenciado a lo que se entiende por lo que son las ‘adicciones’:

“Es un patrón de consumo, repetitivo y desadaptativo, por una incapacidad de controlar el ‘deseo’ (*craving*), un aumento de la tolerancia y la presencia de consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas a dicho consumo.”⁷

Continuando —y relacionado a esta realidad tan compleja y vidriosa— agrego solo dos cuestiones que considero claves. La primera, el ‘punto’ es el siguiente: ¿la adicción ‘(no)’ es una enfermedad? La segunda, desde la clínica y para la gran mayoría de los profesionales de la salud que sí adhieren tanto al NIDA (*National Institute on Drugs Abuse*) como a la APA (*American Psychiatric Association*), ambas de USA, la adicción básicamente es una



Núcleo accumbens
por DA

⁶ *Ibid.*, 1. No obstante, existen otras definiciones y/o descripciones acerca de lo que es *focusing* y; concretamente, sugiero prestarle atención tanto al ‘proceso’ como a la ‘técnica’ de este enfoque corporal. Cf. E. GENDLIN, *Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal*, Bilbao, Mensajero, 2022¹⁰, 1–230.

⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM–5–TR™*, Panamericana, CABA, 2022, 1–1924, 112. No obstante, existen otros marcos teóricos, algunos muy disímiles, acerca de lo que son las adicciones. Solo mencionaré los dos siguientes. El primero —desde la ‘etimología’ de la misma palabra— en la Roma antigua *adictus* (del verbo latino *addicere*), significaba ‘asignado’, ‘adjudicado’, ‘entregado’ (como deudor que no podía pagar sus deudas). En efecto, se equiparaba a un ‘esclavo’ por una deuda que sí era posible cancelar (distinto a un esclavo hereditario que no se podía saldar). Cf. AAVV, *Adicción*, [en línea] <https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/adiccion019.asp> [acceso: 25 Noviembre, 2025]. El segundo —desde la ‘experiencia’ de una persona que atraviesa por el consumo problemático— ¿qué es un adicto? “Toda nuestra vida y nuestros pensamientos giraban, de una u otra forma, en torno a las drogas, cómo obtenerlas, cómo consumirlas, y las consumíamos para vivir. En síntesis, una persona adicta es aquella cuya vida está condenada por las drogas. Estamos en las garras de una enfermedad crónica y progresiva que nos arrastra invariablemente a los mismos lugares: cárceles, hospitales y la muerte.” Cf. NARCOTICS ANONYMOUS WORLD SERVICES INC., *Narcóticos Anónimos*, CABA, NEWS, 2010, 1–446, 3. A la par, relacionado a las adicciones, existen muchos (muchos) otros asuntos ‘vidriosos’ que desde lo ‘clínico’ son claves. Al respecto, deseo mencionar solamente seis. El primero, en cuanto al marco normativo vigente en Argentina —es decir aquello que se considera una adicción, como prevenir, asistir y acompañar etc.— ha ido variando sustancialmente. Es decir, no hay una política pública clara respecto de este asunto enjundioso. Esta cuestión ‘legal’ no menor, en absoluto, incidió e incide actualmente acerca del posicionamiento ‘clínico’ (prevención, asistencia y/o acompañamiento) de las adicciones. Concretamente, el punto crítico es la aplicación de ley nacional de salud mental 26.657 (art. 4) a la cual las adicciones están inscriptas (básicamente, la ley dicta que toda persona que ‘consume’ es un enfermo mental). El segundo, a menudo la mayoría de las personas adictas atraviesan por ‘policonsumos’ con todo lo que esto acarrea a nivel de la salud integral. El tercero, igualmente, la mayoría de ellas revisten diagnósticos ‘duales’ (o ‘polidiagnósticos’). Es decir, las persona atraviesa por algún(os) de los cuadro(s) ‘psiquiátrico(s)’ —mientras ‘convive’ con un ‘Trastorno Afectivo Bipolar’ (TAB), o un ‘Trastorno Límite de la Personalidad’ (TLP), o un Trastorno por Depresión Mayor (TDM), o un ‘Trastorno de Ansiedad Generalizada’ (TAG), o Trastorno del Sueño, o un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)— ‘y’ simultáneamente tramita su(s) adicción(es). El cuarto, en rigor existe desde el enfoque clínico el ‘Trastorno por Consumo de Sustancias’ (TCS) descrito en el mismo DSM–5–TR mencionado más arriba. El quinto, al igual que otros ámbitos complejos, respecto de las adicciones existe un sinfín de terminologías específicas. A saber, ‘consumo (no) problemático’, ‘curar’, ‘rehabilitación’, ‘recuperación’ ‘sanar’, ‘habitación’, ‘dependencia’, ‘*craving*’ etc., y que incluso algunas de estas no están del todo claro su definición, su alcance e incluso sus implicancias. El sexto, desde las mismas ‘Terapias Cognitivas Conductuales’ (TCC) cuyos tratamientos están basados en evidencia científica empírica (eficacia, efectividad y eficiencia) concretamente el ‘Tratamiento Basado en la Abstinencia’ (TBA o Modelo de Minnesota) en la actualidad es el que arroja los mejores resultados científicos. Cf. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Drug misuse prevention: targeted interventions, 2017* [en línea] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64/resources/drug-misuse-prevention-targeted-interventions-pdf-1837573761733> [acceso: 15 de Diciembre, 2025], 1–52.

‘enfermedad mental crónica’⁸. Para otra minoría de los profesionales de la salud la adicción no es una enfermedad⁹. En este sentido, decirle a una persona adicta que es un ‘enfermo mental crónico’ es estigmatizante, violento y condenatorio entre muchos otros aspectos negativos y; no obstante, las adicciones acarrearán ciertas consecuencias nocivas en todos los planos de la persona (biológico, psíquico, social, etc.). Lo segundo, desde *focusing* mismo podría agregar la siguiente idea ‘rectora’. Básicamente, una adicción interfiere con nuestra capacidad de estar presente con nuestra ‘experiencia—sentida—interiormente’; es decir, obstruye nuestro ‘proceso atencional’ y la capacidad interior de estar en contacto con lo que nos está pasando e, incluso trastoca nuestra manera consciente de entrar en contacto aquí—ahora con nuestro *experiencing*¹⁰.

El tercero asunto —relacionado con el abordaje de las adicciones— está relacionado con la *Fazenda da Esperança* que diseñó el siguiente ‘proceso’ y ‘metodología’ y que sí contiene ciertos efectos terapéuticos.

Básicamente, las denominadas ‘fazendas’ son comunidades terapéuticas de matriz católica —y desde la perspectiva de las ciencias sociales se conocen como ‘dispositivos’ (terapéuticos)— con el formato comúnmente conocido como ‘granja’.

Por un lado, en cuanto al ‘proceso’ terapéutico tiene una duración de doce meses en carácter de internación ‘voluntaria’ de parte de la persona. Una vez que la persona ya ingresó comienza su caminata de rehabilitación y/o recuperación de su(s) adicción(es). Básicamente el proceso consiste en vivir —la espiritualidad, el trabajo (laborterapia) y la convivencia— que son los tres pilares claves en la propia caminata diaria y durante todo el tiempo de la internación personal. Simultáneamente —a la caminata de la persona que tiene una adicción— se espera el apoyo y el acompañamiento concreto y efectivo de parte de algún(os) miembro(s) de la propia familia que igualmente realiza(n) su caminata participando semanalmente en algún(os) de los Grupos Esperanza Viva (GEV) presentes y cercanos a su domicilio.

Por otro lado, en cuanto a la ‘metodología’ terapéutica está esencialmente vinculada a la construcción del ‘hombre nuevo’ (cf. 2 Cor. 5, 17; Ef. 4, 22–24; Col. 3, 9–10). Este, tiene como quintaesencia básicamente la ‘vivencia’ cotidiana de la Palabra de Dios que —cristianamente sabemos— es viva y eficaz (cf. Is. 55, 10–11; Heb. 4, 12). Y, en este sentido, profundizando en esta misma metodología se le brinda a la persona caminante para que pueda ‘asirse’ de diversas herramientas en pos de gestionar saludablemente los principales asuntos del viaje de su propia vida: encontrarse con su ‘historia’ personal (muy a menudo, atravesadas por diversas experiencias pasadas del orden de lo ‘traumático’) y trabajar algunos de los siguientes asuntos vitales. A perdonar(se), apreciar y agradecer el don de la propia vida y a cambiar muchos de sus propios hábitos —que a menudo suelen estar muy arraigado desde hace muchos años— y son del orden de lo ‘disfuncional’ (‘desaptativa’). Incluso, en rigor, este proceso terapéutico no cuenta con profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, acompañantes terapéuticos y demás auxiliares de la salud) y; no obstante, sí tiene efectos terapéuticos concretos. A la par, este proceso y esta metodología está avalada por muchos profesionales (no todos) del mismo ámbito en cuestión. Incluso, ciertas carreras universitarias (igualmente del ámbito de las ciencias de la salud) suelen enviar a sus tesis para realizar ciertos estudios de campo respecto de este proceso y método terapéutico que —recordemos— ni se sirve de los profesionales de la salud y tampoco hace uso de los psicofármacos.

En muy pocas palabras, la *fazenda* no tiene como objetivo que la persona que tiene una adicción y se está recuperando y/o rehabilitando deje su(s) adicción(es) (o vicios) solamente. Por el contrario, es el ‘pasaje’ desde hombre viejo hacia hombre nuevo¹¹.



La ‘bicicleta’ de Nelson: símbolo *fazendero*

⁸ Al respecto —para abordar las adicciones— desde las neurociencias concretamente el punto a tener en cuenta es la ‘hiperestimulación del núcleo *accumbens* por dopamina’.

⁹ En relación a este mismo asunto, no obstante, efectivamente la misma persona adicta por alguna(s) ‘otra(s)’ sintomatología(s) (mencionadas anteriormente) que está tramitando sí es posible que en rigor se la considere como ‘enferma’ (recordemos la presencia frecuente de los ‘polidiagnósticos’ mencionados anteriormente).

¹⁰ Concretamente, el *experiencing* es “el proceso de interacción permanente entre sentimientos y símbolos —palabras, pensamientos, otras personas, acontecimientos de la propia existencia y demás aspectos— que ocurre en el presente inmediato y puede ser referido directamente por el mismo individuo como dato sentido en su mismo campo fenoménico”. Cf. E. GENDLIN, *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjective*, Illinois, Northwestern University Press, 1997, 1–302, 10.

¹¹ Vinculada a esta cuestión, en cuanto al mismo devenir histórico, la primera *fazenda* se inauguró en el año 1983 en la ciudad de Guaratinguetá (São Paulo, Brasil) a partir de lo que sucedió en esa (famosa) esquina. Por una parte, gracias a la iniciativa de Frei Hans Stepel y Nelson Giovanelli para las *fazendas* masculinas y; por otra parte, (sumado a los fundadores anteriores) gracias

Felizmente —ultimando este introito— ya tenemos una idea bastante somera acerca de lo que es esta herramienta corporalmente sentida interiormente y ‘potencializadora’ (tanto respecto de otros enfoques como de los principales asuntos internos de las personas), que son las adicciones y como es el proceso y la metodología *fazendera*. Por consiguiente, hacia delante, avanzo ya que estamos en condiciones de profundizar en el acompañamiento de un proceso desde *focusing* a los pibes(as) que tramitan su proceso de recuperación y/o rehabilitación de sus adicciones en algunas de las *Fazendas* en el Cono Sur¹².

Así pues, reconociendo que soy un simple aprendiz en el acompañamiento, a las adicciones, desde un ‘proceso’ con *focusing* deseo invitarlos a (re)leer este segundo ensayo sentí—pensante de esta apuesta personal y pastoral de intentar introducir este enfoque corporal y ‘potencializador’ en el intrincado y enjundioso mundo de las adicciones¹³.

¡Adelante!

a la decisión de Iraci Leite y de Lucilene Rosendo para la creación de las *fazendas* femeninas. *A posteriori*, con motivo de la presencia del Papa Benedicto XVI en la Vª Conferencia del Episcopado Latinoamericano y del Caribe (Aparecida, Brasil, 2007), más concretamente cuando visitó en persona a la *Fazenda São Libório* (Pedrinhas, Guaratinguetá) comenzaron a surgir otras *fazendas*, más allá de las fronteras de la misma nación carioca, en otros países por el mundo. En cuanto a lo jurídico eclesiástico, a partir del año 2010 todas las *fazendas* pasaron a pertenecer a la Asociación Internacional de Fieles denominada *Família da Esperança*. Cf. C. A. DOS SANTOS, *¡Ya sucedió... y se apagó!, la historia, el carisma y la espiritualidad de la Fazenda da Esperança*, Guaratinguetá, *Fazenda da Esperança*, 2010, 1–241, 87–104.

¹² En relación al acompañamiento que realizo a las *fazendas* presentes en el Cono Sur, aclaro lo siguiente. En total son veintiuno *fazendas* tanto masculinas como femeninas (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y Bolivia). A todas las *fazendas* les imparto formación *on—line* y concretamente a la *Fazenda* ‘N. S. del Valle’ (en el paraje Las Canteras, Deán Funes en Córdoba, Argentina) suele ser formación tanto ‘virtual’ como ‘presencial’.

¹³ Al respecto del uso y aplicación de esta herramienta, siempre es desde un ‘proceso’ con o desde *focusing*. En adelante, cada vez que utilizo el término ‘*focusing*’ y/o ‘enfoque corporal’ y/o ‘psicoterapia experiencial’ y/o ‘método experiencial’ (u otros términos que utilizaré análogamente para referirme a esta herramienta), independientemente sí está tanto explícita como subyacente esta misma idea, siempre tengo la intención y está presente esta misma cuestión crucial del proceso.

Desarrollo

A continuación —habiendo indicado muy sucintamente estos tres asuntos básicos— en el presente desarrollo pretendo compartir tan solo una parte de mi experiencia en acompañar procesos desde *focusing* a los(as) pibes(as) que tramitan su proceso personal—comunitario de rehabilitación y/o recuperación de su(s) adicción(es) en las *Fazendas da Esperança* en el Cono Sur.

Esta parte central del ensayo está organizada en seis apartados que obviamente están relacionados con *focusing*¹⁴. A continuación, los mencionaré, los describiré y me explayaré en cada uno de ellos.

1. El *focuser*, la *felt—sense* y el(la) facilitador(a): la parturienta, el neonato y la partera

La experiencia de la ‘gestación’ y/o del ‘parto’ —y ‘todo eso’ que rodea a esta vivencia de alumbramiento existencial— tal vez, sea una de las metáforas que más ajusta a la misma experiencia personal de un proceso con *focusing*. Incluso, por un lado, están representados los tres componentes básicos en un proceso con *focusing*: *felt—sense*, *focuser* y facilitador¹⁵. Por otro lado, como decía nuestro maestro (Eu)gene Gendlin, ilustra el mismísimo ‘proceso’ que se dirige hacia la vida y a la salud¹⁶.



Mujer en la etapa de la ‘gestación’

Básica y concretamente, el acompañamiento de personas que atraviesan por las adicciones comprende una constelación inmensa y (demasiada) compleja de múltiples factores de diversas naturalezas. A saber, algunos son del orden ‘personal’, otros del orden de las ‘sustancias’ (o el ‘sucedáneo’ que hagas las veces de) y otros del orden ‘contextual’ y; en la introducción, solo nos acercamos someramente en la introducción para avizorar su (gran) magnitud y seriedad. Sí bien, en el mismo momento de acompañar con *focusing* ‘no’ es necesario que el facilitador tenga las competencias en todos estos mismos asuntos vidriosos respecto de las adicciones y; no obstante, sí es muy aconsejable que el facilitador sea consciente que es muy probable que aquellos estén ‘operando’ (injerencia de) y ‘operantes’ (conductas como consecuencias de lo anterior) en la misma experiencia de enfocar.

Avanzando —y ya adentrándome en las adicciones de los(as) pibes(as) que realizaron su proceso personal—comunitario las *Fazendas* en el Cono Sur— elenco los principales ‘momentos’ del acompañamiento desde un proceso desde *focusing*:

- a) Lo primero, desde este mismo método experiencial, está relacionado a las denominadas ‘condiciones de seguridad’ cuando comparto una ronda de *focusing* ‘presencial’ en *Fazenda* en Las Canteras (Deán Funes, Córdoba). Básicamente, consiste en una especie de ‘preámbulo’ que pertenece a la generación del contexto ‘preparando’ a la misma experiencia con *focusing*. Aterrizando, estas condiciones de seguridad, en el acompañamiento a los(as) pibes(as) que tramitan su caminata de recuperación y/o reahabilitación de las adicciones en la *Fazenda* podría mencionar las siguientes ‘actitudes’ que —como facilitador— siento que me ayudan a conectarme con ellos y sus procesos. Y, en efecto, siento que estas mismas orientaciones abonan en el orden de lo ‘funcional’ las mismas rondas posteriores. En general, suelo llegar la tarde—noche anterior y comparto la cena con ellos e interactúo informalmente. Cómo solemos decimos en el lenguaje cordobés, ‘chichoneo’ compartiendo charlas, mateadas, cartas, ronda de guitarreada, etc. Al otro día —antes de la misma jornada de formación donde impartimos las rondas con *focusing*—

¹⁴ Al respecto, en relación a la terminología específica en *focusing* mencionaré y describiré solamente los términos utilizados en el presente ensayo y en el glosario encontrarán agregué otros términos.

¹⁵ Vinculado a cada uno de estos tres componentes claves los describiré a continuación. El ‘*focuser*’ es la misma persona que está enfocando y es acompañada en la experiencia de enfocar. La ‘*felt—sense*’ que en rigor se traduce como ‘sensación—sentida’ y, de manera extensiva igualmente se traduce como ‘sensación—con—sentido’, o ‘sensación—interiormente—sentida’, o ‘sensación—sentida—interiormente’ (todas estas posibilidades) para distinguirla de una mera sensación ‘física’ (hambre, sed, sueño, frío, calor, cansado/a, etc.). Concretamente —según el mismo E. Gendlin— “es un aura interna que abarca todo lo que sientes y sabes sobre un tema en particular en un momento dado; lo abarca y te lo comunica todo de una vez, en lugar de hacerlo detalle por detalle”. El ‘facilitador’ es la persona cualificada con las competencias técnicas correspondientes para acompañar y/o acompasar (paso a paso) procesos desde este enfoque corporal.

¹⁶ Cf. GENDLIN E., *El focusing en psicoterapia: manual del método experiencial*, Madrid, Paidós, 2011, 1–441, 367–372.

igualmente compartimos tanto el desayuno como la oración comunitaria. A esto cuando comencé a practicarlo —que sentía que pertenecía al orden de lo personal e ‘intuitivo’— lo vivía de manera muy natural y sin saber que era una pieza ‘clave’ del acompañamiento. Contrariamente —a estas condiciones de seguridad tan necesarias— comparto una experiencia personal del orden de lo ‘disfuncional’ que tensiona y paradójicamente confirma la importancia de esta misma generación de contexto en cuestión. Una vez me retrasé en el viaje hacia la *Fazenda* y llegué muy tarde ya de noche y no pude encontrarme de manera informal con los pibes. Al otro día, experimenté que la ronda con *focusing* por la mañana no solo no fue lo mismo (que las anteriores); sino que fue todo lo contrario. Luego, compartí —esta misma experiencia personal— en un encuentro (vía *zoom*) denominado ‘Cafecitos’ en *The International Focusing Insitute (NYC, USA)*. Quienes estaban presentes en este convite me ayudaron a tomar consciencia que esta situación no era otro asunto que aquello que ya había señalado el mismo psicoterapeuta americano C. Rogers (1902–1987). A saber, las tres ‘actitudes’ —‘congruencia’, ‘aceptación positiva incondicional’ y ‘comprensión empática’— y la ‘orientación’ de parte del consejero que son tan necesarias en la interacción con los(as) otros(as) (dimensión ‘interpersonal’)¹⁷.

- b) Lo segundo, continuando —ya ‘en’ la misma ronda desde este método experiencial— continuamos ofreciendo y modelando por medio tanto del ‘despejar un espacio’ como del ‘centramiento’ (en su modalidad breve y/o extensa) a que los(as) pibes(as) (antes de enfocar su relación con su(s) adicción(es) estén en su ‘Yo—en—Presencia’ (*Self—in—Presence*). Este mismo estado de presencia es igualmente de necesario para el(la) mismo(a) facilitador(a)¹⁸.
- c) Lo tercero, a continuación a modo de ‘encuadre’, situamos en primer plano la ‘relación’ entre la misma persona (*focuser*) y su(s) adicción(es) y; por consiguiente, acompañamos dándole la bienvenida amorosa a ‘todo eso’ que se está haciendo notar en su mismo ‘espacio interno’ —ese lugar de la parte central de su propio cuerpo que va desde su garganta, pasando por su pecho, su estómago y hasta su abdomen bajo— en el mismo instante presente que está enfocando e invitamos a la tan necesaria ‘pausa’ para facilitar esa (necesaria) relación (sujeto y adicción) para acompañar todo eso que se está haciendo notar y, sí es necesario invitar a la ‘des—identificación’ con su adicción.
- d) Lo cuarto, según el mismo Seminario ‘Mapas del Tesoro del Alma’, profundizamos en relación a su(s) adicción(es). Desde *focusing*, en esta(s) intervienen dos aspectos internos presentes en el *focuser*. Por un lado, una parte que ‘sí’ quiere la adicción —con la que la misma persona adicta está ‘identificada’ y/o ‘fusionada’— y que, a menudo, está (tan) ‘disociada’ de la otra parte que ‘no’ desea esa misma adicción. A su vez, el denominado crítico interno (*inner critic*) está identificado y/o ‘fusionado’ a esta última parte.
- e) A continuación, en el siguiente ‘orden’, acompañamos desde esta psicoterapia experiencial concretamente a estas dos partes:
 - Primero, acompañamos a la parte que ‘sí’ quiere la adicción (‘secuestradora’). Es muy aconsejable que esta parte sea escuchada e incluso ‘honrada’. Ya que básicamente es intentar arribar a la experiencia para que el mismo *focuser* se sienta ‘seguro’ y a ‘salvo’. Y, en efecto, a través de su propio cuerpo tome contacto con esta misma ‘información—corporalmente—sentida’ que, a menudo, no es del todo consciente. En otras palabras, el *focuser* tiene que tomar contacto corporalmente con su propia experiencia ‘faltante’, hacerle un espacio interiormente y recibir esa especie de ‘beneficio secundario’ por lo cual lo llevó a su adicción, la perpetúa y que; a menudo, pertenece al orden de lo ‘inconsciente’. A continuación, mencionaré algunas preguntas orientadoras para facilitar en este primer momento procesual: ¿Qué es ‘todo eso’

¹⁷ Cf. C. ROGERS, *Psicoterapia centrada en el cliente*, Barcelona, Paidós, 2023²⁰, 1–459, 32–68.

¹⁸ Vinculado a este mismo segundo momento, el ‘despejar un espacio’ originalmente es el paso número ‘uno’ (de los seis en total) creado por el maestro (*Eu*)gene Gendlin. En la actualidad, este primer paso se ha convertido en una ‘técnica’ dentro de la misma técnica de *focusing*. Cf. E. GENDLIN, *Focusing.*, 78.

que tu propio cuerpo está sintiendo en este preciso momento sí continuas en tu adicción?; ¿Cómo es ese ‘algo más’ que tu mismo cuerpo está experimentando ahora mismo sí continuas consumiendo?; ¿Tal vez, en este preciso momento, estés notando ‘eso’ en tu cuerpo interiormente sentido sí continuas en tu consumo adictivo?¹⁹.

- Segundo, acompañamos a la parte que ‘no’ quiere la adicción (‘secuestrada’). Esta otra parte —que es raptada por la anterior— suele estar fusionada o identificada con el ‘crítico interno’ y —recordemos que donde aparece este— a la par a menudo suele aparecer el ‘niño interior’. Progresando, indicaré algunas preguntas orientadoras para facilitar en este segundo momento procesual: ¿Qué es ‘todo eso’ que no quiere tu propio cuerpo sienta ahora mismo sí continuas consumiendo?; ¿Cómo es ese ‘algo más’ que tú mismo cuerpo no quiere que experimentes en este preciso instante sí continuas con tu adicción?; ¿Tal vez, estés notando en este preciso momento ‘todo eso’ en tu cuerpo sentido interiormente no quiere que experimentes sí continuas en tu consumo adictivo?²⁰.

Solamente a los fines meramente ‘pedagógicos’ respecto de las adicciones y como acompañar desde un proceso con *focusing* —para ejemplificar y simplificar todo lo anterior— me parece oportuno poder volcar el contenido anterior en el siguiente gráfico ilustrativo:

Adicciones			
En primer lugar acompañamos		En primer lugar acompañamos...	
La parte que ‘sí’ quiere (la adicción) o ‘secuestradora’		La parte que ‘no’ quiere (la adicción) o ‘secuestrada’	
Ya estando en esta misma parte acompañamos		Ya estando en esta misma parte acompañamos	
Primero, lo que ‘no’ quiero que le pase sí continúa	Segundo, lo que ‘sí’ quiero que le pase sí continúa	Primero, acompañamos lo que ‘no’ quiero que le pase sí continúa...	Segundo, acompañamos lo que ‘sí’ quiero que le pase sí continúa...
‘Focuser’ identificado con esta parte que ‘si’ quiere...		El ‘crítico’ está identificado y/o fusionado con esta parte	
La experiencia ‘faltante’ (el niño interior). La experiencia del espacio interno ‘seguro’			

No obstante, a menudo el acompañamiento desde este enfoque corporal no es del orden de lo ‘lineal’ —la parte que sí quiere y la parte que no quiere respectivamente— sino todo lo contrario. Ya que (recordemos) como ya sabemos este acompañamiento siempre dependerá del mismísimo ‘proceso’ que es único y personal. Por consiguiente, sí bien esta simplificación gráfica tal vez nos puede ayudar a visualizar todo el proceso de acompañar a las adicciones y; no obstante, es clave tener muy presente lo siguiente. Esto es tan solo el ‘mapa’ (teoría) respecto del ‘territorio’ (*focuser*) que siempre tiene prioridad absoluta (principio de realidad) ya que en cada experiencia se manifestará la propia singularidad de la persona que está enfocando y recordemos que tanto acompañar desde este método experiencial es siempre un ‘whole’ (esa ‘totalidad’ del mismo espacio interno) como ambas partes internas (de la adicción) desean que la persona ‘no’ sufra.

Finalizando provisoriamente —este primer apartado— sostengo con énfasis que desde un proceso con *focusing* siempre acompañamos ‘todo eso’ que está atravesando al mismo *focuser* en el mismo instante presente que está enfocando. A menudo, cuando acompañamos adicciones, suelen hacerse notar tanto el ‘crítico interno’ como el ‘niño interior’. Recordemos, estos son dos aspectos internos del mismo *focuser*, entre otros asuntos posibles (emoción abrumadora, trauma, etc.) y que igualmente es clave ‘acompañarlos’. Y, en este sentido, la metáfora de la gestación y del parto nos está indicando enfáticamente ese ‘no saber’ cómo saldrá el ‘neonato’ (*felt—sense*) y en este sentido la ‘partera’ (facilitador/a) desde su ‘Yo—en—Presencia’ acompañará ‘todo eso’ que se está haciendo presente y notando en el espacio interno de la ‘parturienta’ (*focuser*) —¡maybe!— con énfasis en su experiencia faltante y su espacio interno seguro dónde

¹⁹ Cf. A. WEISSER CORNELL – B. MCGIVEN, *Focusing en la práctica clínica: la esencia del cambio*, Bilbao, DBB, 2016, 1–373, 265–272.

²⁰ *Ibíd.*, Al respecto, a los fines de no extender demasiado este ensayo, tal vez más adelante en otro próximo escrito compartiré como acompañar y/o acompañar —en el contexto de las adicciones— ambos aspectos internos que *per se* son demasiados complejos.

el *focuser* se siente a salvo y progresivamente acompañe su misma adicción que *per se* es desadaptativa (disfuncional) hacia el orden de lo ‘funcional’ o saludable²¹.

2. La propia experiencia ‘faltante’: honrándola con respeto y compasión a todo eso...

A continuación —luego de haber indicado el acompañamiento de las adicciones desde un proceso con *focusing* en el apartado anterior— avanzo concretamente hacia la experiencia (personal) ‘faltante’ presente en el *focuser*.



Lo esencial es invisible

A menudo, cuando acompañamos, a las adicciones, desde un proceso con *focusing*, el *focuser* contacta con su propio paisaje emocional interno y gran parte de este pertenece al orden de lo ‘displacentero’ (o ‘disfuncional’) y que, generalmente, está vinculado a su niño interior. Por caso, la persona que está enfocando su adicción experimenta una especie de ‘vacío’, ‘resistencia’, una falta de (auto)validación y una falta de (auto)confianza. En definitiva, de ‘desamor’ entre otras muchos asuntos internos que están ‘congelados’. Básicamente, desde *focusing*, todo lo que hay que hacer es —dedicándole todo el tiempo que cada uno de estos asuntos internos sintamos que está necesitando que lo acompañemos con mucho respeto y compasión— generar un ambiente interno de aceptación y de amor ‘incondicional’ sin más. ¿Cómo lograr todo esto? Recurriendo al propio niño interior ‘creativo’ (el niño que ‘sí’ fue validado) emanarán todas esas actitudes internas para acompasar esta experiencia faltante tan necesaria de aceptación incondicional.

A continuación —para ilustrar esta experiencia faltante— en una ronda virtual con ‘*focusing*—(auto)perdón’ Reyna María compartió su testimonio personal. Posteriormente, la orienté con las siguientes preguntas —¿Cómo podrías describir con tus palabras la experiencia de *focusing* en la que participaste?— y me compartió por escrito el siguiente testimonio:

“Primero sentí que flotaba en una habitación oscura sin nada sólo y luego sentí mucha paz tranquilidad y al final logré sentir un nudo que se rompía en mi pecho”²².

A continuación, la misma Reyna María ante esta otra pregunta orientadora me compartió otra parte de su mismo testimonio escrito que reza así:

“Me ayudó a sanar dolores de mi infancia que tenía con mi madre y nunca les había dado importancia, pude perdonarla con toda sinceridad”²³.

Recordemos que desde *focusing* siempre acompañamos todo y, especialmente, todo eso que quedó ‘congelado’ de ese(a) niño(a) herido(a). Esta experiencia faltante, en muchos de los testimonios de los(as) pibes(as) subyace a modo de antífona ese ‘no’ que, tal vez, se vivenció como ‘carencia’ (zozobra) y/o como un ‘límite’ ausente (necesario y sanador en su momento).

Concluyo provisoriamente, a partir de la imagen que acompaña este apartado, para indicar la siguiente cuestión. Tomo las palabras entre el Zorro (Z) y el Principito (P) presentes en el diálogo XXI:

Z: “(...). He aquí mi secreto. Es muy simple: no se ve bien sino con el corazón. Lo esencial es invisible a los ojos.”

P: “Lo esencial es invisible a los ojos, repitió el principito, a fin de acordarse.”

Z: “El tiempo que perdiste por tu rosa hace que tu rosa sea tan importante”.

P: “El tiempo que perdí por mi rosa, dijo el principito, a fin de acordarse.”

Z: “Los hombres han olvidado esta verdad. Pero tú no debes olvidarla”²⁴.

²¹ Relacionada a esta misma experiencia gestante, el mismo apóstol Pablo utilizó esta misma metáfora intentando dar a entender solamente ‘algo’ de esa vasta experiencia interna en la creación del hombre nuevo (cf. Gál. 4, 19).

²² Al respecto de este mismo relato testimonial, Reyna María López igualmente agregó los siguientes datos personales: “consumía marihuana, pastillas, cocaína, alcohol y tabaco. Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Reyna María López* [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.

²³ *Ibíd.*

²⁴ Cf. A. DE SAINT-EXUPÉRY, *El Principito*, [en línea] <https://digitales.bcn.gob.ar/files/textos/El-Principitocompleto.pdf> [acceso: 08 de Diciembre, 2025], 1–88, 60–67.

En muy pocas palabras, básicamente, desde *focusing* el ‘secreto’ es “perder” nuestro tiempo con ‘todo eso’ tan importante para acompañar e integrar toda nuestra ‘verdad’ personal más profunda. Recordemos, que para el Principito, mientras lo exterior es efímero, lo realmente ‘verdadero’ pertenece a lo interior²⁵.

3. Las ‘intervenciones’ para profundizar el nivel de la experiencia: acompañando hacia la ‘sima’ interior personal

A continuación —luego de haber descripto la triada básica (*focuser*, *felt-sense*, y facilitador/a) y la experiencia faltante (como lo más específico en el acompañamiento, a las adicciones, desde un proceso con *focusing*)— avanzo hacia las denominadas ‘intervenciones sugeridas para profundizar el nivel de la experiencia personal’ (en adelante, ‘intervenciones’)²⁶.

Básicamente, al igual que todas las demás intervenciones desde un proceso con *focusing*, estas mismas intervenciones específicas son solo ‘sugerencias’. Es decir, son ‘invitaciones siempre ‘abiertas’ para que la misma persona que está enfocando tenga la posibilidad real y concreta de decir que ‘no’. Igualmente, estos ofrecimientos —tanto en mí (cuando estoy enfocando) como para la otra persona que estoy acompañando (*focuser*)— están al servicio de profundizar y/o esclarecer ese ‘algo más’ que se está haciendo presente. Las utilizaremos, siempre atentos en la misma interacción interpersonal, cuando sintamos que son necesarias y útiles para profundizar en el nivel de la experiencia. Así pues, el punto (clave) es estar enfocado en la ‘necesidad’ del mismo proceso interno que estamos acompañando. A menudo, una o dos intervenciones es más que suficiente y todo dependerá del mismo proceso interno en cuestión. Muy por el contrario, no son una receta que se aplica tal cual están formuladas y escritas²⁷.

Por consiguiente, teniendo en cuenta todo lo indicado anteriormente, para identificar, escuchar y enfocar una *felt-sense* se sugieren las siguientes intervenciones para llevar la consciencia —tanto personal como del *focuser*— a niveles cada vez más profundos. A continuación, a los fines meramente ‘pedagógicos’ las simplifico en el siguiente cuadro ilustrativo:



“Sé que serás milagrosa. Estoy seguro”

Primero	Segundo
La parte que ‘sí’ quiere	La parte que ‘no’ quiere
(Opción A): “Tal vez, ahora estás notando qué es lo que esta parte sí quiere para ti...” (Opción B): “Quizá, ahora quieras que te muestre que es lo que sí quiere que ocurra...”	(Opción A): “Te voy a invitar a que percibas que es lo que está parte ‘no’ quiere para ti...” (Opción B): “Tal vez, quieras invitar a esta parte a que te muestre que es lo que ‘no’ quiere que te ocurra...”
(Opción A): “Te invito a notar que es lo que sí quiere que experiencias...” (Opción B): “Tal vez, sientas invitarla a que te haga saber qué es lo que sí quiere que te pase si eso ocurre...”	(Opción A): “Tal vez, pudieras darte cuenta de que es lo que no quiere que tengas que pasar si eso ocurre...” (Opción B): “Quizá, estás notando en tu cuerpo invitarla a que te haga saber que es lo que no quiere que tengas que pasar si eso ocurre...”
(Opción A): “Tal vez, estás notando que es eso que quieras que sientas si experiencias eso...” (Opción B): “Ahora quizá quieras invitar a que te has notar que es lo que sí quiere que sientas en tu cuerpo si eso te pasara...”	(Opción A): “Te invito a notar ahora qué es lo que no quiere que sientas si tienes que pasar por eso...” (Opción B): “Ahora, tal vez estás sintiendo invitarla a que te haga experimentar qué es lo que no quiere que sientas en tu cuerpo si tuvieras que pasar por eso...”
(Opción A): “Te invito hacer una pausa para notar qué es lo que sí quiere que experimentes en el cuerpo sí...”	(Opción A): “Ahora, te invito a que te tomes un momento para percibir que es lo que no quiere que sientas en el cuerpo con esa sensación...”

²⁵ Vinculada a esta experiencia misma ‘faltante’, existen otras experiencias que están documentadas en la misma Sagrada Escritura. Por caso, el ‘fratricidio’ de Abel por parte del cabizbajo y resentido Caín (cf. Gn. 4, 5); la mujer de Lot que ‘identificada’ con su propio pasado miró hacia atrás y se convirtió en un estatua de sal (cf. Gn. 19, 26) y que posteriormente mencionó el mismo Jesús (cf. Lc. 17, 32); la historia del ‘adulterio’ del mismo rey David que amargamente reconoció y solamente así pudo profundizar en su misma experiencia personal con Dios (cf. 2 Sam. 11, 1–27); la historia del ‘sufrimiento’ del justo Job que le imploró al Señor para que pudiera ver su verdad más profunda (cf. Jb. 34, 32); la ‘negación’, con lágrimas, de parte de Pedro para con el Maestro (cf. Mc. 14, 72); el ‘padecimiento’ permanente del apóstol Pablo que tuvo que aprehender a convivir con un aguijón en su carne (cf. 2 Cor. 12, 7), entre otras experiencias faltantes expresadas en la misma Escritura.

²⁶ Cf. F. ACUÑA, *Focusing: un proceso hacia la integridad*, Buenos Aires, Dunker, 2022, 1–384, 344–348.

²⁷ *Ibíd.*

Retomando estas mismas intervenciones y/o sugerencias antes descriptas, subrayo las tres siguientes cuestiones claves. La primera, las intervenciones son solo una mera ‘guía’ para que el facilitador en la mismísima interacción tome lo que más ajuste al mismo proceso interno de la persona que está acompañando, pueda entrar en contacto con su ‘experiencia—interna—sentida—corporalmente’, permanecer en ella y ahondar en su propia ‘sima’²⁸. La segunda, el único propósito que orienta cualquier intervención —desde *focusing*— es ofrecer un espacio para que el mismo *focuser* pueda comprenderse a sí mismo(a) y expresar su ‘experiencia—internamente—sentida’. La tercera, recordemos que —desde el mismo ‘proceso’ interno— es más importante ‘permanecer con’ la *felt—sense* respecto de formular ciertas preguntas e intervenir.

Concluyendo provisoriamente, a partir de la imagen que acompaña este tercer apartado, para indicar lo siguiente. Concretamente, tomo las palabras entre el Principito (P) y la Rosa (R) presentes en el diálogo VIII:

R: “(...) dijo en medio de un bostezo: —¡Ah!, acabo de despertarme... Perdóname... Todavía estoy toda despeinada...”

P: “Entonces, no pudo contener su admiración: —¡Qué hermosa eres!”

R: “—¿Verdad? —respondió suavemente—. Y he nacido al mismo tiempo que el sol...”

P: advirtió que no era demasiado modesta, ¡pero era tan conmovedora!...”

R: “Creo que es la hora del desayuno (...). ¿Tendrías la bondad de acordarte de mí?”

“Y el Principito, confuso, habiendo ido a buscar una regadera de agua fresca, sirvió a la flor²⁹”.

La Rosa en su amalgama interior de ‘hermosura’ y ‘vanidad’ alojaba ‘todo eso’ que la hacía tan especial y que llamaba tanto la atención del Principito y a lo cual este en su vacilación le dedicó tanto tiempo personal³⁰.

4. Las cinco principales ‘etapas’ del proceso y los dos ‘momentos’ del método terapéutico en la *Fazenda*: acompañando y acompasando (mejor)

Avanzo —luego de haber descripto la triada elemental, el acompañamiento (a las adicciones) desde *focusing*, la urgencia de acompasar la experiencia (personal) faltante y las intervenciones— tanto hacia las principales ‘etapas’ o fases (de la recuperación y/o rehabilitación) del ‘proceso’ como los dos ‘momentos’ claves del método terapéutico en la *Fanzenda*.

²⁸ En relación a la ‘sima’, según la misma RAE, es de origen incierto, femenino y concretamente se refiere a una “cavidad grande y muy profunda en la tierra.” Cf. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *sima*, [en línea] <https://dle.rae.es/sima> [acceso: 08 de Diciembre, 2025]. Y por extensión, análogamente podría utilizarse para indicar y enfatizar la misma profundidad humana. En nuestra contemporaneidad, el mismo C. G. Jung (1875–1961) —sí bien en rigor no utilizó el concepto de sima— describió la ‘profundidad’ de la psiquis humana como una especie de abismo o la experiencia de inmersión en lo profundo del inconsciente. Y, en efecto, podemos hablar de la sima del ‘alma’ para integrar la sombra (lo rechazado) y alcanzar el ‘Sí—mismo’ (*Self*) o la totalidad psíquica de la meta del mismo proceso de individuación y que a menudo se experimenta como una profundidad o totalidad abismal, una sima ‘profunda’ donde residen los opuestos y lo desconocido, como el *anima* (lo femenino en el hombre) y el *animus* (lo masculino en la mujer). Cf. C. G. JUNG, *Psicología y Alquimia*, Obra Completa, Vol. 12, Madrid, Trotta, 2015, 1–646, 156–158. Igualmente, relacionado a *focusing*, considero necesario indicar los dos siguientes asuntos. El primero, (Eu)gene Gendlin estableció tanto las diferencias como las ciertas ‘similitudes’ entre la *felt—sense* y las cuatro funciones *jungianas* (sensación, sentimiento, intuición y pensamiento). La segunda, recordemos que esta psicoterapia experiencial se inicia en el cuerpo sentido interiormente y más concretamente tiene lugar en esa zona ‘límitrofe’ que existe entre lo consciente y lo inconsciente. Cf. GENDLIN E., *El focusing en psicoterapia*, 17. 108–109.

²⁹ Cf. A. DE SAINT-EXUPÉRY, *El Principito*, 27–28.

³⁰ Vinculado a estas mismas intervenciones, el mismo Maestro Jesús de Nazaret le dedicó todo su tiempo desinteresado a la mujer samaritana —y por medio del diálogo particular— la condujo hasta profundizar en su misma ‘verdad’ o ‘sima’ personal (cf. Jn. 4, 39).

a) Las principales ‘etapas’ del proceso terapéutico *fazendero*: desde hombre viejo hacia hombre nuevo

Grosso modo en la *Fazenda* las principales etapas del proceso terapéutico de rehabilitación y/o recuperación son ‘más o menos’ las siguientes y en cada una de ellas es posible acompañar desde *focusing* del siguiente modo específico³¹.

- La primera etapa condicionada principalmente por la ‘desintoxicación’ (‘detox’). Desde mi experiencia de acompañamiento, en esta fase, en general ‘no’ existe sujeto (del todo) consciente. No obstante, sí es posible acompañar desde este mismo enfoque corporal del siguiente modo sencillo, concreto y no menos eficaz. Así pues, aprovechando el mismo contacto y la interacción con la misma naturaleza (del entorno), realizar periódicamente caminatas grupales y a cierta altura del recorrido realizar un *breack*, poder ofrecer y facilitar allí un ‘centramiento’ sencillo en pos de que cada caminante pueda comenzar y/o continuar —dependiendo su proceso personal— a practicar y experimentar su ‘respiración consciente’, a ‘sensar’ y/o ‘percibir’ su propio cuerpo (‘escaneo corporal’) del cual todavía (recordemos) en esta etapa no tienen presencia consciente. Concretamente, en esta etapa es muy aconsejable que el Sistema Nervioso Central (SNC) —de las personas que tramitan su caminata de rehabilitación— recupere su ‘homeostasis’ (equilibrio). Para esto se necesita un cierto tiempo que ni la misma persona y ni el acompañante pueden controlar (en absoluto) y que; en efecto, necesariamente se debe ‘respetar’ (principio de realidad); ya que pertenece al orden de lo biológico³². Sucintamente, se trata de ofrecer e intercalar caminatas y/o paseos periódicos en la naturaleza y centramientos graduales ‘paso a paso’ (acompañar) en lo que los(as) caminantes puedan tomar del ofrecimiento desde un proceso con *focusing*. En la misma jerga de los(as) adictos(as), en esta etapa están ‘duros’, se les ‘apagó la tele’ y están ‘blindados’. En relación —a esta primera etapa— el testimonio de Sofía reza así:



‘Parsomnia’
(trastorno del sueño)

“En cuestiones de percepciones es la más nula desde mi experiencia, hay tanta desconexión que no hay tema ni *focusing* que sirva. Pero si reconozco que es el primer paso hacia el conocimiento propio, el armar el rompecabezas de la vida”³³.

- La segunda etapa signada esencialmente por el síndrome ‘abstinencia’. En esta fase, el mismo proceso de recuperación está caracterizado principalmente por los ‘síntomas’ de la abstinencia en cuestión (‘ansiedad’, ‘sudoración’, ‘alteraciones’ en el propio ritmo biológico de vigilia—sueño, etc.). Así pues, atendiendo a la ‘interacción’, igualmente en esta segunda fase es posible acompañar desde un proceso con *focusing*. Por un lado, a la misma ansiedad como emoción del orden de lo disfuncional con vistas a la ‘desidentificación’³⁴. Por otro lado, ofrecer periódica, gradual y paulatinamente la técnica del ‘despejar un espacio’ para que puedan comenzar a experimentar su propio espacio seguro y puedan sentirse a salvo que es tan importante en pos de tomar contacto corporal con la tan necesaria experiencia ‘faltante’. Concretamente, a menudo suelo ofrecérselos en pos de cultivar ‘presencia’ en ellos(as). En relación a esta misma fase, la misma Sofía me compartió por escrito su testimonio que reza así:

³¹ Al respecto de estas cinco etapas o fases en el proceso de recuperación y/o rehabilitación en la *Fazenda* deseo mencionar los dos siguientes asuntos. El primero, a la hora de la ‘demarcación’ fueron dialogadas con algunos pibes que ya finalizaron su caminata de recuperación y/o rehabilitación en la *Fazenda*. El segundo, no son etapas exactas (ni cronológica ni tampoco temporalmente) sino que; por el contrario, son períodos ‘estimativos’ de tiempo o, mejor aún, ‘fases’ en la rehabilitación y/o en la recuperación del proceso y/o del método terapéutico en la *Fazenda*.

³² Al respecto de las distintas y complejas anomalías en el orden de lo biológico, abrigo en mi memoria el dialogo con un pibe ‘adolescente’. Este me compartía algunas de sus ‘pesadillas’ que tenía durante ciertas noches donde recordaba sus andanzas en el tiempo que había sido ‘sicario’.

³³ Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Sofía Giménez Irún* [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.

³⁴ En relación a la misma ‘ansiedad’, recordemos que esta puede ser *in crescendo* tanto un simple ‘síntoma’, como una ‘enfermedad’ o igualmente un ‘síndrome’ o incluso más grave aún podría revestir carácter de ‘trastorno’. Cf. M. ORTÍZ TALLO – B. IZQUIERDO PLIEGO, *Psicopatología Clínica: adaptado al DSM-5-TR y a la CIE 11*, Madrid, Pirámide, 2024, 1–183, 53–59.

“En lo personal, me ayudó a detectar en mi cuerpo, ciertos patrones de conductas no conscientes para que pasen a ser conscientes. El detectar cosas en mi cuerpo como la ansiedad por ejemplo, me hace poder “pararla”, “controlarla” a tiempo. Sin que haya disparos sin conciencia, sino que cada actuar sea de forma consciente”³⁵.

- La tercera etapa caracterizada principalmente por un período (breve) de ‘ventana’. En esta fase, gradualmente se hacen notar los rasgos de su verdadera ‘personalidad’ que va acompañada de una especie de sentimiento de ‘euforia’ generalizada, efímera y variopinta de una persona a otra. Gradualmente van recuperando su propia consciencia corporal y en especial sus ‘sentidos’ corpóreos (comienzan a escuchar el trinar de los pájaros, sienten el aroma de la comida, recuperan su propio ritmo biológico de vigilia—sueño disminuyendo paulatinamente las posibles anomalías, etc.). A menudo, algunos(as) tropiezan con la tentación de creer que ya están del todo recuperados(as). Concretamente, en esta etapa es posible acompañar desde un proceso con *focusing* en pos de ayudarlos a ‘des-identificarse’ con esta misma sensación en cuestión y —obvio— todo lo que vaya apareciendo en el mismo acompañamiento. Sí se les pregunta a los mismos pibes que tramitan por esta misma etapa —“¿Cómo están?”— ellos suelen responder lo siguiente: “estoy de perlas” queriendo indicar y dando a entender que están muy bien. A continuación —respecto a esta misma etapa— comparto otra parte del mismo testimonio escrito de Sofía que reza así:

“Creo que esta etapa es intensa pero de las más gratificantes, por que empieza a armarse el rompecabezas que anteriormente mencionaba. Empieza poco a poco a tener una conexión, al menos el cuerpo y la mente, espiritualmente medio moribundo aún, pero cuerpo y mente ya están “activas”. El salir a caminar, ejercicio, poder trabajar son parte clave de este proceso en lo corporal, por qué se empieza a percibir dolor, cansancio (lo que normalmente se debería sentir) pero estaba completamente ocultado por el consumo. La etapa mental, es que empieza a entrar en razón, donde estás parado en la vida, el primer contacto con la realidad después de mucho tiempo, estoy acá en *fazenda* por qué necesito ayuda”³⁶.

Grosso modo, recapitulemos estas tres primeras etapas o fases —‘detox’, ‘abstinencia’ y ‘período (breve) de ventana— para identificar ciertos denominadores comunes. Generalmente, se caracterizan por ser (más) ‘inestables’. En efecto, tienen ciertos rasgos afines (‘avances’ y ‘retrocesos’ muy bruscos/marcados) y; concretamente, es necesario acompañar en pos de que los(as) caminantes puedan ‘habitar’ conscientemente el propio cuerpo, recuperar la homeostasis y ‘desactivar’ la abstinencia, el ‘desapego’ (de sus vínculos) y el verdadero ‘carácter’ (parte de la personalidad) que se va haciendo notar sobremanera en la tercera etapa a medida que se recupera gradualmente la propia consciencia personal.

- La cuarta etapa está marcada básicamente por el sentimiento de la ‘culpa’. En esta fase se experimenta y se hace notar la necesidad del ‘(auto)perdón’ (crítico interno) e igualmente la necesidad de la ‘autoestima’ (niño interior)³⁷. Igualmente, acompañar esa otra parte que está detrás de este deseo de consumo (es decir, la parte que ‘no’ quiere que me suceda si continúo consumiendo). Tal vez, esta etapa —sí bien cada una tiene sus propios desafíos inherentes— sea la más desafiante. En esta fase, los(as) caminantes ‘miran’ hacia atrás de su propia historia y se hace notar toda una cuestión ‘culpogena’ con carácter de ‘permanencia’, engrosando su propio malestar personal, que es bastante complejo acompañar desde un proceso con *focusing*. Aquí es necesario acompañarla para que esta cuestión hacia delante se mueva el proceso e impacte en el orden de lo ‘funcional’. Respecto de esta penúltima etapa, la misma Sofía compartió por escrito su testimonio que reza así:

³⁵ Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Sofía Giménez Irún*.

³⁶ *Ibíd.*

³⁷ En relación a esta cuarta etapa, recordemos la sugerencia que me compartió Víctor Hugo (responsable de las tres *fazendas* en el Paraguay) acerca del “temita” del perdón para la formación de las *fazendas* en el Cono Sur. Cf. D. VILLARREAL, *Sugerencias de parte de Víctor Hugo Ullua*, 1.

“Es como el camino más largo de recorrer (...) desde mi experiencia, aquí el *focusing* fue de mayor ayuda, ya al poder conectar pensamientos, cuerpo y alma empieza el “verdadero proceso” y el *focusing* da ayuda directa al conocimiento, en lo personal empieza por el cuerpo, ciertas sensaciones generar advertencias a la hora de actuar, eso da señales a mi mente de “stop” ante ciertas situaciones que por acostumbramiento relacionamos. Ej: ansiedad, lo relaciono directamente con placer. Entonces al satisfacer ese placer, pienso automáticamente en algo efímero. Gracias al *focusing* puedo realmente reconocer mi ansiedad en el cuerpo y ahí poder realmente tratarla como corresponde”³⁸.

Esta cuarta fase se caracteriza por ser más ‘crítica’, se hace notar la necesidad de reconstrucción la propia ‘autoestima’ y de aprender a ‘dar’ y ‘tomar’ el (auto)perdón. Son los comienzos donde el acompañante —sí conoce las principales reglas del Espíritu— podrá acompañar la verdadera ‘imagen de Dios’ (*imago Dei*) que está “oculta” debajo de la misma culpa psicológica. En lo personal, esto es clave en el orden de lo ‘espiritual’; ya que es necesario evitar ciertos dogmatismos y moralismos que no abonan saludablemente ningún proceso terapéutico de ningún tipo.

- La quinta etapa signada principalmente por la ‘consolidación’ (de ‘todo eso’ que sí pudieron tomar y/o asirse en su caminata personal). En otras palabras, se trata de ‘sostener’ y de ‘afianzar’ todo eso anteriormente asumido. Generalmente, en esta fase se hacen notar varios asuntos personales internos. Nuevamente, se experimenta tanto la ‘ansiedad’ —(a diferencia de la segunda etapa que era más del orden de lo ‘biológico’) pero esta vez por la necesidad de finalizar ‘ya’ su caminata personal (es más del orden de lo psicológico)— como el ‘desinterés’ (con motivo de la rutina cotidiana ya conocida). En este sentido, en cierta manera se pierde el ‘entusiasmo’ y el ‘asombro’ por lo novedoso que podría hacerse notar cotidianamente. Aquí está en potencia la capacidad de acceder a su propia ‘sabiduría corporal’ (más profunda) de manera consciente que les permitiría desarrollar su ‘Yo—en—Presencia’ (*Self—in—Presence*) potenciándolo. Y, en efecto, este posiblemente les traerá algunas ‘respuestas’ en orden hacia la vida y a la salud. Igualmente, en esta fase está ‘emergiendo’ tanto la auténtica ‘imagen’ de Dios —que está alojada en su consciencia personal más profunda— (*focusing*—imágenes’) como la capacidad de ‘tomar decisiones conscientes’ (*focusing*—discernimiento’) para decirle ‘sí’ a la vida y; en efecto, ‘retomar’ y/o ‘comenzar’ a gestionar su propio ‘Proyecto de Vida’ (*focusing*—trabajo’; *focusing*—familia’). Respecto de esta última etapa, la misma Sofía igualmente compartió por escrito esta otra parte de su testimonio que reza así:

“Las ganas de salir a comerse el mundo (ansiedad). Paso clave a la hora de conocerme”³⁹.

Esta quinta fase caracterizada por la ‘consolidación’ de toda la caminata. Esta es más ‘estable’ y; no obstante, se progresa más lentamente. Aquí está en juego principalmente la verdadera ‘libertad’ personal y; por consiguiente, decirle ‘sí’ a la vida con todas sus implicancias⁴⁰.

³⁸ Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Sofía Giménez Irún.*, 1.

³⁹ Cf. *Ibíd.*

⁴⁰ En relación a estas mismas cinco etapas del proceso terapéutico *fazendero*, tal vez el camino ‘pedagógico’ y ‘propedéutico’ que transitó el mismo Jesús junto con los dos discípulos de Emaús sea inspirador y revelador para esta mismo proceso psicoterapéutico experiencial (Cf. Lc 24, 13–35). Igualmente, relacionado a este mismo proceso, agregó lo siguiente. La ‘sexta’ etapa —que se agrega a las cinco anteriores— es la ‘verdadera’ caminata en la realidad misma (ya fuera de la *fazenda*). Aquí en esta fase existe un triple desafío. El primero, es el ‘fortalecimiento’ tanto de las herramientas adquiridas como de los ‘apoyos internos’ principalmente de los que fueron adquiridos en el proceso personal de internación para evitar las recaídas que (tristemente) están a la hora del día. El segundo, es (re)diseñar y/o ‘ajustar’ el diseño del propio Proyecto de Vida. El tercero, es poner en práctica todo eso en la misma vida diaria (familia, trabajo, etc.). Tristemente, es altísimo el porcentaje de personas rehabilitadas y/o recuperadas que ‘recaen’ al punto que hoy en día —desde la clínica— es (casi) más importante el ‘pos-tratamiento’ que el tratamiento mismo.

b) Los dos principales ‘momentos’ del método *fazendero*: barro y oro

A la par, —además de las cinco etapas ya descritas anteriormente dentro de la caminata— desde la misma metodología *fazendera* también existen dos ‘momentos’ sagrados y que; por ende, son de ‘oro’ para continuar y principalmente profundizando el acompañamiento desde un proceso con *focusing*.

- Por un lado, existe un momento fraterno que se denomina ‘comunidad de experiencia’. En este mismo convite fraterno comunitario —una vez a la semana y distinto al momento anterior e igualmente organizado en distintos grupos— se comparte ‘cómo’ está viviendo y practicando de manera personal, concreta y diariamente la misma Palabra de Dios (cf. Is. 55, 10–11; Heb. 4,12)⁴¹.
- Por otro lado, existe otro momento fraterno (complementario al anterior) que se denomina ‘comunidad de almas’. En este mismo convite fraterno comunitario —una vez a la semana y organizado en distintos grupos— cada caminante comparte de manera ‘personal’ cómo está viviendo/experimentando su ‘espiritualidad’, su ‘convivencia’ y su ‘trabajo’ durante el tiempo de su caminata⁴².

Personalmente, confieso que sí bien he participado algunas veces en estos dos momentos de la caminata personal de los(as) pibes y; no obstante, concretamente nunca he impartido *focusing* ‘en’ estos dos espacios. Las veces en las cuales he podido participar he sentido que ha sido simultáneamente una mixtura misteriosa de ‘barro’ (se van animando a ponerle palabras a su propia historia personal vulnerada) y de ‘oro’ (el *filo rosso* que va cosiendo y reparando cada una de esa misma historia humana dolorosa). En algunos convites personales siento e intuyo que interrumpir esas palabras sentidas, ese silencio y esas lágrimas —todo eso sagrado— casi pertenece al orden de lo displacentero (disfuncional)⁴³.



Kintsugi: ‘reparar’ con oro
nuestras propias heridas

Concluyendo provisoriamente —en este cuarto apartado extenso— afirmo lo siguiente. Por un lado, desde las etapas del ‘proceso’ *fazendero* menciono cuatro cuestiones. La primera, desde un proceso de *focusing* partimos desde la siguiente premisa clave: el cuerpo sabe mucho más que todo aquello que la misma persona sabe/conoce racionalmente. La segunda, en cada una de las etapas, en el acompañamiento desde un proceso con *focusing* está presente —lo que el mismo maestro (*Eu*)gene Gendlin denominó— la ‘tendencia actualizante’ (*carring power*)⁴⁴. La tercera, existen ciertos días en que los(as) pibes(as) están más disponibles interiormente para la experiencia y otros días no lo están. La cuarta, en mi experiencia personal, respecto de la utilización del ‘lenguaje de presencia’ el criterio que sí me ha funcionado es el siguiente: ‘menos es más’ (por caso, sería más aconsejable utilizar con ellos la siguiente frase: ‘les parece/los invito a que hagamos un(a) ejercicio/experiencia’). Por otro lado, desde la ‘metodología’ *fazendera*, en los dos momentos de oro (‘comunidad de experiencias’ y ‘comunidad de almas’) es un pendiente personal ya que todavía no he facilitado *focusing*.

⁴¹ Cf. A. J. KÜHN, *El paso de Dios: Fazenda de la Esperanza*, Buenos Aires, Imaginante, 2023², 1–210, 156–158.

⁴² *Ibíd.*, 158–160.

⁴³ En relación a los dos momentos de ‘oro’ del método terapéutico *fazendero*, existen varios pasajes bíblicos que podrían ilustrar estos mismos momentos. Por caso, el ‘reencuentro’ interiormente sentido de parte de José con sus hermanos (cf. Gn. 45, 14–15); la experiencia de la triple ‘tentación’ del mismo Jesús en el desierto (cf. Mt. 4, 1–11); la experiencia del mismo ‘bautismo’ de Jesús en el río Jordán acompañado de la glorificación de parte de su Padre para con Él (cf. Mt. 3, 1–17); la experiencia de la ‘transfiguración’ del Señor por parte de los apóstoles Pedro, Santiago y Juan (cf. Lc. 9, 28–36) y tantas otras experiencias relatadas en la misma biblia.

⁴⁴ En relación a este acompañamiento deseo mencionar dos asuntos. El primero, mientras se acompaña a los(as) mismos(as) pibes(as) es clave igualmente acompañar desde este enfoque corporal a los familiares que (supuestamente) realizan su caminata en algún GEV. El segundo, a la par, acompañar al mismo facilitador en pos de evitar el ‘síndrome del Cireneo’.

5. Algunos testimonios del acompañamiento desde un proceso con *focusing*: niño interno, (auto)perdón, experiencia gestante y todo eso...

En el presente apartado —luego de haber indicado el acompañamiento, a las adicciones, desde un proceso con *focusing*, el énfasis en la experiencia personal faltante, las intervenciones y las cinco principales etapas del proceso como los dos momentos de oro del método terapéutico (fazendero)— transcribiré y analizaré solamente algunos ‘testimonios’ que acontecieron en tres rondas distintas de acompañamientos desde un proceso con *focusing*⁴⁵:

- a) Existió una ronda ‘presencial—grupal’ en un acompañamiento desde un proceso con *focusing* en la Fazenda N. S. del Luján en el Paraje Las Canteras, Deán Funes, Córdoba (en adelante, ‘Fazenda Las Canteras’) a mediados del año 2024 aprox. A mi parecer, en este convite, hubo algunos acompañamientos —como decimos en *focusing*— con mucha ‘carga experiencial sentida’ y; en efecto, se movieron algunos procesos (internos) en algunos participantes. Posteriormente, con motivo de solicitarle el testimonio a unos pibes los orienté con la siguiente pregunta —¿Qué significó para vos la(s) ronda(s) con *focusing* en las que participaste en tu ‘caminata’ de recuperación y/o rehabilitación?— y, en consecuencia, me compartieron algunos de sus testimonios personales. En esta misma ronda, a partir del acompañamiento que facilité de manera ‘personal’ a Miguel Braulio —un caminante de 47 años de edad— reza así⁴⁶:

“Al principio sentía, como un globo dentro de mi pecho, que ocupaba un espacio y dentro de él, un espacio vacío. Las preguntas que fui contestando, me llevaron a darme cuenta, poco a poco, que ese vacío era una ausencia. Esa ausencia, es la de mi padre biológico. Soy adoptado de bebé y recién a los 35 años de edad, encontré a mi madre biológica. Con la cual hoy, tengo un muy buen vínculo. Pero de mi padre, se muy poco. Hoy día, sigo en ese camino de saber quién es él, sí es la persona que me dijeron o no. Tengo esperanzas de poder saber la verdad.... Es muy importante para mí, encontrar las raíces del vacío, que me llevaron a la adicción, para poder continuar con mi recuperación”⁴⁷.

Personalmente, recuerdo (casi) patente cómo fue este acompañamiento ‘personal’ y sentía que se extendía por un largo tiempo (comparado generalmente con otros) y se me hizo eterno. En lo personal sentía que algunos aspectos personales internos se me hacían notar⁴⁸. Recuerdo que Miguel Braulio no podía acercarse a ese ‘globo’ —algo aparentemente tan ‘inofensivo’— que contenía ese (menudo) ‘vacío’. Igualmente, recuerdo que él expresaba su propio movimiento interno como una especie de ‘vai—ven’ interior en su relación con ese mismo globo. Personalmente, este acompañamiento se me ‘hizo’ eterno.

⁴⁵ Al respecto de este asunto, todos los nombres de las personas que gentilmente me compartieron cada uno su testimonio personal fueron reemplazados por homónimos de ‘fantasía’ con vistas al cumplimiento de la ley nacional n° 25.326 que está vigente en Argentina. El objeto de esta es la ‘protección integral de los datos personales’ en pos de garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas en plena consonancia con lo establecido en el art. 43 de nuestra Constitución Nacional Argentina. Igualmente, los ‘extractos’ de los testimonios que transcribí son ‘literales’ de puño y letra de las personas que atravesaron su propia experiencia tanto personal como en rondas con *focusing*.

⁴⁶ Vinculada a esta cuestión puntual y clave que pertenece al mismo facilitador menciono estos otros dos asuntos. El primero, en esta misma ronda presencial, recuerdo que al resto de los *focuser* presentes allí les indiqué lo siguiente: ‘ustedes pueden tomar de mi ofrecimiento aquellas palabras que los ayudara a entrar en ‘contacto’ con todo eso que se estaba haciendo notar ‘más’ en su propio espacio interno, ‘pausar’ y ‘permanecer’ con todo eso’. Lo segundo, en lo personal internamente los recibía, les hacía saber que los estaba experimentando y que en otro momento tal vez los acompañaría.

⁴⁷ Al respecto de este mismo relato testimonial, Miguel Braulio igualmente agregó los siguientes datos personales: “empecé a consumir a los 15 años (pasé por 4 internaciones, en diferentes comunidades terapéuticas, sin terminar ningún proceso y recién después de conocer a mi madre biológica, pude concluir con uno completo). Alcohol, marihuana, cocaína, psicofármacos, opiáceos, LSD. Hoy día, estoy como voluntario en la Fazenda da Esperança, ayudando a otras personas en su recuperación.” Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Miguel Braulio Córdoba*, [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.

⁴⁸ En relación a este momento tan particular en el acompañamiento recordemos lo siguiente. ‘Siempre’ que al mismo acompañante se le hiciera presente algún aspecto interno personal (sentimiento, emoción, recuerdo, o ‘eso’ que fuera o fuese) en el mismo momento que está acompañando al *focuser* es necesario que el acompañante le haga notar a ‘eso’ mismo que está experimentando que tal vez, en otro momento más adelante buscará un momento para acompañarlo ofreciéndoles las mismas cualidades que le está ofreciendo al *focuser*.

A la par, en esta misma ronda, Juan Carlos —otro caminante de 38 años de edad— ‘en presencia’ y conectado en el mismo convite (tomó del acompañamiento personal que le ofrecía a Miguel Braulio) me compartió posteriormente por escrito parte de su testimonio personal:

“El *focusing* me permitió identificar la causa del enojo que tenía con mi madre a raíz de un abandono por parte de mi progenitor. Ocho meses de trabajar el perdón, hoy recuperé el vínculo con mi madre, la responsabilidad de todo es mía”⁴⁹.

Analicemos detenidamente este último testimonio personal Juan Carlos. Por un lado, constato que sí bien se movió su proceso interno y, por otro lado, simultáneamente todavía está presente su crítico interno —“la culpa es mía”— al cual es muy aconsejable y necesario continuar acompañándolo desde este mismo proceso de *focusing*⁵⁰.

b) Posteriormente, con motivo de otro convite y de acompañamiento desde un proceso con *focusing*, existió otra ronda ‘virtual—grupal’ a las *fazendas* en el Cono Sur en Agosto del año 2025. Aquí hubo algunos otros testimonios que —como solemos decir desde *focusing*— contenían mucha ‘carga experiencial’. Previamente —a esta misma ronda— Víctor Hugo que es el responsable de las tres *fazendas* en el Paraguay me sugirió —para que yo diseñara la formación para los(as) pibes(as)— lo siguiente:

“Claro que sí (...) vos tendrías que prepararnos un temita (...) sería lindo que hables sobre el perdón (...) sobre el perdón (...), que los chicos consigan perdonarse, eso es lo que les cuesta a la gran mayoría, están viviendo así del pasado, las comuniones que yo hago, les cuesta perdonarse, heridas, cosas que hicieron. ¿Me entendés? Sería muy bueno y eso es muy importante para el tratamiento y sí ellos consiguen identificar perdonar”⁵¹.

Tomando la sugerencia, de parte de Víctor Hugo, (acerca del “temita”) les ofrecí el *crossing* entre ‘*focusing*—(auto)perdón’. Así pues, Paula del Valle —una caminante de 32 años de edad en esta misma ronda— compartió su testimonio personal en la misma formación *on—line*. Posteriormente —habiendo escuchado su relato personal en el este mismo convite— a partir de la siguiente pregunta orientadora —¿Cómo podrías describir con tus palabras la experiencia de *focusing* en la que participaste?— me compartió su testimonio escrito que reza así:

“La experiencia que viví fue un antes y un después para mí ya que necesitaba sanar mi mente y alma después de golpes duros de la vida. Concretamente perdonar a personas que me han hecho daño y sanar mi mente de bloqueos que no me permitían avanzar y dañaban todo mi organismo”⁵².

Y continuando con su mismo testimonio, la misma Paula del Valle, a partir de esta segunda pregunta —¿Concretamente en qué sentís que te ayudó la experiencia de *focusing* en la que participaste?— me compartió esta otra parte escrita de su mismo relato que reza así:

“Lo primero que presentí y pude concentrar mi mente y energía en una zona específica de mi cuerpo y empecé a sentir un cosquilleo y toda una tensión que se eliminaba de la zona, a su misma vez un frío en toda mi caja torácica hasta los pies. Increíblemente en mi mente apareció un símbolo (...)

⁴⁹ Al respecto, Juan Carlos igualmente agregó a su testimonio los siguientes datos personales: “desde los 17 a los 30 años marihuana y de los 32 a los 37 cocaína.” Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Juan Carlos Martínez Orellana*, [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.

⁵⁰ En relación a la experiencia de ‘abandono’ que padeció Miguel Braulio de parte de sus progenitores, igualmente en la Escritura aparece el traumático ejemplo del niño José que primero fue atacado, intentaron matarlo y finalmente decidieron abandonarlo de parte de sus propios hermanos de sangre (cf. Gn. 37, 1—45, 28); la vivencia del pequeño Moisés que fue abandonado de muy pequeño por parte de *Amram* y *Jocabed* sus progenitores (Cf. Ex. 2, 1—10); el sentimiento de abandono que experimentó el mismo Jesús en el momento de su crucifixión (cf. Mt. 27, 46).

⁵¹ Cf. D. VILLARREAL, *Sugerencias de parte de Víctor Hugo Ullua* [audio recuperado], Córdoba, 7 Agosto 2025.

⁵² Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Paula del Valle Rosales*, [material interno], Córdoba, 15 Agosto 2025, 1.

desde mi conocimiento e instinto de mujer puedo percibir que ambos bloqueos con una persona concreta que recordé puede venir de algún miedo de la otra parte (...)”⁵³.

A continuación, analizaré su testimonio. Constató, que felizmente sí pudo ‘conectar’ con su propio cuerpo (“un cosquilleo y toda una tensión, un frío...”). Concretamente, a partir de esta misma conexión corporal, se hicieron notar de manera contundente (“increíblemente”) dos asuntos personales internos claves —entre otros que se movieron (“bloqueos”)— tanto su ‘verdad’ (*felt-sense*) como lo que esta misma trajo —y que (*Eu*)gene Gendlin denominó— el ‘asidero’ (*handle*). Retomando las palabras de nuestro maestro (*Eu*)gen Gendlin que solía decir lo siguiente: “es la vida misma que está ahí adentro y quiere vivir”⁵⁴.



‘Símbolo’ de Paula

- c) Últimamente, compartimos una ronda ‘presencial’ de *focusing* en la *Fazenda* Las Canteras en Noviembre del año 2025. En esta experiencia facilité un *crossing* entre ‘*focusing*–psicoterapia sistémica’ que —a decir de los mismos pibes(as)— fue ‘galáctico’ (de otra galaxia)⁵⁵. Concretamente, a ciertos *focuser* —dichos por ellos mismos— directamente les arrancó la ‘peluca’. Concretamente, luego de esta ronda en la que impartí concretamente el ‘despeje de espacio’ (según lo propuso el mismo (*Eu*)gene Gendlin) Gustavo —posteriormente a la misma ronda en cuestión— me solicitó un acompañamiento y allí me compartió muy sorprendido y asombrado su testimonio personal que le sugerí que lo escribiera y parte de su relato escrito reza así:

“En la experiencia de *focusing* en un momento sentí que estaba en la panza de mi mamá embarazada de mí y yo escuchaba que mis padres discutían. ¡Temendo!”⁵⁶.

Analicemos el testimonio de Gustavo. No existen tantas otras experiencias de personas que se hayan conectado concretamente estando en el vientre materno. Esta vivencia tan particular, se caracteriza por ser muy fugaz, única e prácticamente inenarrable⁵⁷.

Posteriormente, a partir del evangelio propuesto por la liturgia de ese mismo día, en la homilía de la misa tomé la metáfora de la ‘puerta’ e intenté traer a la celebración todo eso que se movió en el acompañamiento tanto por la mañana como por la tarde. Concretamente, en la homilía, indiqué acerca de las puertas que se ‘abren’, aquellas que se ‘cierran’ y enfatiqué en las puertas que se ‘golpean’ (mal cerradas). Esto resonó de manera particular en algunos caminantes y, algunos de ellos me solicitaron si podía acompañarlos personalmente a lo cual accedí.

Concluyo provisoriamente —en este penúltimo apartado— las siguientes cinco cuestiones. La primera, es importante ‘tomar’ las sugerencias del responsable. La segunda, en cada ronda con *focusing* el paisaje emocional interno que se hace notar en algunos(as) pibes(as) es muy ‘variopinto’. La tercera —más allá de los testimonios personales que son movilizados— constato que la gran mayoría de los(as) pibes(as) en las *fazendas* presentes en el Cono Sur están comprometidos con su proceso personal y, a mi parecer, considero que esto es lo más importante de todo. La cuarta, felizmente desde mediados del año 2025 varias *fazendas* en el Cono Sur han comenzado gradualmente a compartir pequeñas rondas de *focusing* a partir de un pequeña guía para facilitar esta herramienta. A mi humilde entender, esto es muy positivo por dos motivos. Están comenzando a ‘tomar’ el legado *gendliniano* y se ‘difunde’ *focusing* perpetuándose en el tiempo uno de los objetivos de nuestro maestro (*Eu*)gene Gendlin.

⁵³ Vinculado a este mismo testimonio, Paula del Valle igualmente agregó los siguientes datos personales: “10 años de consumo. Te cuento que soy esquizofrénica. Estoy medicada hace seis años. A los 23 años éxtasis, cristal, *popper*, mdma, ketamina, ácido. Estos últimos crack y cocaína”. Cf. *Ibíd.*

⁵⁴ En relación a este mismo testimonio personal de Paula del Valle, en la Palabra de Dios aparece el encuentro entre Jesús y la mujer samaritana. Esta manifestó que aquel acontecimiento marcó un antes y después en su propia vida (cf. Jn. 4, 28–30).

⁵⁵ De hecho —a partir de la experiencia personal en este convite— eligiendo un ‘logo’ de *focusing*, la ‘fecha’ de este taller y seleccionando un ‘logo’ del enfoque sistémico muy probablemente me lo tatuaré.

⁵⁶ En relación a este mismo testimonio, Gustavo igualmente agregó los siguientes datos personales: “tengo 38 años y consumo cocaína desde los 19 años”. Cf. D. VILLARREAL, *Testimonio de Gustavo Covarruvias* [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.

⁵⁷ En relación a la misma experiencia de Mariano, en la misma Palabra de Dios aparece la experiencia de Jeremías que narra su misma vocación profética desde el seno materno (cf. Jr. 1,5).

6. Principales intervenciones ‘iatrogénicas’ en el acompañamiento desde *focusing*: culpas, *bypass* espiritual y recaídas

A continuación —luego de haber replanteado el triple ‘encuadre’ básico, el particular enfoque de la experiencia ‘faltante’, las ‘intervenciones’ sugeridas, las cinco ‘etapas’ principales tanto del proceso como los dos ‘momentos’ claves del método terapéutico en la *Fazenda* y algunos ‘testimonios’ reveladores— avanzo hacia este último apartado del desarrollo. En este indicaré las intervenciones que considero serían ‘evitables’ en el acompañamiento de las adicciones desde un proceso con *focusing* ya que —como solemos decir— no todo es color de rosa.

En esta misma línea de lo ‘evitable’ —según el mismo polímata austríaco V. Frankl (1905–1997)— existen principalmente dos géneros de sufrimiento. El primero, están aquellos que son ‘evitables’ y que; por consiguiente, deben ser combatidos y eliminados por todos los medios posibles. Así pues, evitarlo es un deber y no hacerlo sería síntoma de masoquismo. El segundo, están aquellos otros que son ‘inevitables’ y que; por ende, no se pueden cambiar. Así pues, ante estos la única respuesta es asentir (no aceptar) y transformar nuestra actitud personal interior para encontrarles un verdadero sentido⁵⁸.

Al respecto, retomando el acompañamiento desde un proceso con *focusing*, existen muchas intervenciones que están en el orden de lo ‘inevitable’ y; por ende, son ‘iatrogénicas’ (causan daño involuntario). No obstante, aquí mencionaré solo tres de estas mismas intervenciones en cuestión.

- La primera está relacionada con el sentimiento de ‘culpa’. Este asunto —en el contexto de la prevención, la asistencia y el acompañamiento— es igualmente de vidrioso que las mismas adicciones. En este mismo sentido, por un lado, es muy aconsejable tener cierta expertiz de haber tramitado personalmente saludablemente una propia culpa y; por otro lado, conocer el ‘abc’ tanto del montaje como del desmontaje psicológico de este sentimiento. Igualmente, es muy aconsejable ‘no’ homologar (in)conscientemente la adicción a la misma culpa. Este es el punto a evitar. Esta actitud de parte del acompañante es iatrogénica *per se*. Al respecto de este misma cuestión, comparto el siguiente testimonio de la experiencia traumática que tuvo que atravesar Guillermina:



El peso de la ‘culpa’

“Yo no podía participar (...) por eso que yo (...) por ese problema que yo tenía que yo no me sentía pura porque estaba en la adicción y tenía muchas cosas en mi cabeza (...) de las cosas malas que yo hice, entonces yo (...) no tenía esa fuerza para ir a (...) confesarme y (...) directamente yo no podía entrar por ejemplo en la ceremonia de la boda de mi hermana, tampoco, de ninguna de las tres y (...) yo y mi papá tampoco porque mi papá tampoco era miembro, entonces yo por tener esa falencia digámosle (...)”⁵⁹.

Analicemos la experiencia de Guillermina. Ella participaba (junto a su familia de origen) en la ‘Iglesia de Jesucristo de Los Santos de los Últimos Días’ (Mormones). Dentro de esta misma comunidad cristiana utilizan el ‘Programa de los 12 Pasos’ de NA para ayudar algunos de sus miembros, que tramitan por alguna adicción, a recuperarse y/o rehabilitarse. En concreto —a partir del mismo testimonio de Guillermina— existe una aparente ‘incompatibilidad’ y/o ‘contradicción’ entre los pasos 5, 6, 7 y 11. A continuación, analizaré cada una de estos conflictos de intereses. Básicamente, parecen haber homologado la adicción a un ‘defecto’ de carácter ‘moral’ (paso 5) (recordemos que, desde el enfoque clínico, la adicción es una enfermedad y ‘no’ un defecto moral)⁶⁰. La culpa está ligada al ‘perdón’

⁵⁸ Cf. V. FRANKL, *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 2017⁴, 1–162, 140–143.

⁵⁹ D. VILLARREAL, ‘Poderes, violencias “(in)visibilizadas” y el derecho a la libertad de religión: rostros de mujeres latinoamericanas, exclusiones y experiencias (humanas) de Dios’, Córdoba, El Emporio, 2025, 1–202, 94–95.

⁶⁰ Al respecto del Programa de los 12 Pasos de NA, el paso 5 indica concretamente lo siguiente: “Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.” Cf. NARCOTICS ANONYMOUS WORLD SERVICES INC., *Narcóticos Anónimos*, 36–39.

sacramental o confesión (pasos 6 y 7)⁶¹. La ‘imagen de Dios’ (que desde la dimensión espiritual es clave para el tratamiento terapéutico) tristemente aparece como ‘privativa’ del amor incondicional (paso 11)⁶². Todo esto desde lo psicológico es ‘iatrogénico’ y desde lo espiritual es un desconocimiento total de las principales leyes del Espíritu. En otras palabras, cuando en los dispositivos de salud de recuperación y/o rehabilitación de personas que tramitan una adicción utilizan el ‘Programa de Los 12 Pasos’ de NA —que es muy valioso y contiene una sabiduría profunda— hay que estar muy atentos a que el acompañante o profesional maneje adecuadamente los principales asuntos de la dimensión espiritual⁶³.

- La segunda está relacionado con el ‘*bypasse*’ espiritual. Recordemos que, por un lado, en la cuarta etapa (culpa) está subyacente la imagen de Dios que está debajo del mismo sentimiento de la culpa y, por otro lado, en la quinta etapa (consolidación) del proceso terapéutico (desde el ejercicio de la libertad responsable y el Proyecto de Vida) es propenso para ‘desarrollar’ la misma vida espiritual. En este sentido, aparece la posibilidad de reconciliarse y/o internalizar la verdadera imagen de Dios (*imago Dei*) en pos de afianzar y/o consolidar el denominado ‘hombre nuevo’. Desde el plano espiritual es necesario estar atento a dos cuestiones que considero son claves en el acompañamiento de las adicciones. Por un lado, no es deseable el denominado ‘*bypasse* espiritual’. Es decir, que la persona que tramita su proceso de rehabilitación y/o recuperación pase del cuerpo directamente hacia lo espiritual evitando el trabajo personal a nivel psíquico (creencias). Por otro lado, en rigor, es necesario que el facilitador maneje muy bien las leyes espirituales para evitar que las intervenciones estén en el orden de lo iatrogénico. Por el contrario, desde *focusing* es muy necesario acompañar la misma imagen de Dios que está inscrita en la consciencia de toda persona. Es decir, aplicar el *crossing* entre *focusing*—imágenes⁶⁴. Por consiguiente, nuestra espiritualidad da inicio en nuestro propio cuerpo, necesariamente continúa y atraviesa nuestra propia psiquis, y progresa hacia ese otro plano más trascendente denominado ‘Misterio’ (Dios). Por lo tanto, es ‘desaconsejable’ el *bypass* espiritual, es decir, omitir tanto nuestro propio cuerpo como nuestra propia psiquis para llegar a lo espiritual; esto mismo es un ‘fetiche’ (falsa imagen), sin más, de toda espiritualidad más genuina.
- La tercera está relacionada con las (tristísimas) ‘recaídas’. Este es otro asunto muy complejo y vidrioso que está rodeado de verdaderos ‘mitos’. La pregunta del millón es la siguiente; ¿Las recaídas son o no son parte del proceso de rehabilitación y/o recuperación? Actualmente, desde lo clínico, se considera más importante el ‘pos—tratamiento’ que el mismo tratamiento en sí. Tristemente existen muchas *fak news* circulando en la *web* y en las redes sociales, dando recomendaciones y consejos que abonan cierto *furor curandis* (por caso, ‘sí haces esto te curas del todo’). Recordemos que el *craving* —término ‘tan’ difícil de traducir al español— es un ansia y/o un deseo irrefrenable de consumir, que está instalado tanto en el cuerpo como en la psiquis de la persona, en definitiva en toda su existencia. Y hasta que este no desaparezca del todo la recaída es una posibilidad real y latente para la persona que tiene una adicción. Solo falta que se presente el momento (sino, la persona lo genera) y el motivo (sino, probablemente la persona igualmente lo crea) para consumir y perpetuarse en este. Por consiguiente, el diseño y la gestión personal de los factores ‘causales’ juegan un rol clave en el pos—tratamiento. Concretamente, la persona rehabilitada tiene que identificar y tomar consciencia cuales podrían ser los tres siguientes factores que le hacen sentido para su propia vida. Los (factores) ‘precipitantes’ (duelos, la relación conflictiva con su pareja y con sus hijos, algunas amistades concretas, etc.). Los (factores) de

⁶¹ En el mismo Programa el paso 6 enfatiza esto mismo: “Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos esos defectos de carácter.” Y el paso 7 subraya lo siguiente: “Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos”. *Ibíd.*, 39–43.

⁶² Dentro del Programa en cuestión el paso 11 revela esto otro: “Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla.” *Ibíd.*, 51–56.

⁶³ Vinculado a este mismo Programa en cuestión existe otro abordaje en el *crossing* entre la contemplación y los 12 pasos. Cf. T. KEATING, *Terapia divina y Adicción: la oración centrante y los doce pasos*, CABA, Ágape, 2021, 1–230.

⁶⁴ Cf. C. ALEMANY (ed.), *Manual práctico de focusing de Gendlin*, Bilbao, DDB, 2007, 1–473, 433–443.

‘mantenimiento’, para sostenerse sobrio(a) (la reunión semanal en el grupo de autoayuda, la terapia personal, etc.). Y, por último, los (factores) ‘protectores’ que verdaderamente siente que verdaderamente sí la protegen (la familia, los buenos vínculos, el deporte, la espiritualidad, etc.). Básicamente, hay que estar atentos a dos asuntos claves. Por un lado, las recaídas tanto en las ‘actitudes’ (resistencia a ciertos cambios, pesimismo y pasividad generalizada, etc.) como en los ‘comportamientos’ (falta de responsabilidad de sus funciones y/o roles en la vida, descompromiso con su entorno inmediato, falta de ganas de servir, etc.). Por otro lado, diseñar y gestionar sus mismos apoyos internos hasta que el mismo *craving* con y a través del tiempo desaparezca del todo.

Con todo, en este último apartado concluyo lo siguiente. Igualmente, existen muchas otras intervenciones que pertenecen al orden de lo iatrógeno. Por caso, ‘no’ involucrar a la familia en el mismo proceso terapéutico; sostener una actitud permanentemente ‘directiva’ e ‘intrusiva’ durante el mismo acompañamiento; involuntariamente ‘homologar’ la religión a la verdadera y profunda espiritualidad; disponer de ciertas ‘restricciones’ del orden de lo espiritual como posibles correcciones a las faltas personales cometidas (por caso, te equivocaste y por esto no comulgas por cierto tiempo u otras similares); intervenir ‘sin’ conocimiento sucinto del asunto (ignorancia supina); entre otros muchos (¡muchos!) ejemplos. Evidentemente, es responsabilidad de las personas que realizamos los acompañamientos estar muy atentos a que nada de todo esto suceda en absoluto tanto para evitar entorpecer cada proceso terapéutico personal (cf. Ex, 3, 5) como para no arrojar (in)conscientemente un cono de sombra tanto a la imagen (de Dios) como a la ‘persona’ del mismísimo Dios.

Consideraciones finales

Están siendo ocho años de compartir, intentar aportar mi granito de arena, acompañar y/o acompasar algunas personas que ansían ponerse de pie, empoderarse y soltar del todo su adicción y para siempre. Ya finalizando, deseo retomar la pregunta con la cual inicié este ensayo —¿Cómo acompaño desde *focusing* a los(as) pibes(as) que tramitan su proceso personal—comunitario de rehabilitación y/o recuperación de sus adicciones en la *Fazenda da Esperança*?— solamente para dar cuenta de manera sucinta acerca de seis asuntos puntuales:

- El primer asunto está relacionado con mi ‘motivación’ personal de escribir el presente ensayo. No he encontrado abundante bibliografía al respecto; salvo el material de los costarricenses *Suzanne L. Noël* y *James Noël* que está a la mano⁶⁵. Esto parece confirmar que ‘*focusing* y adicciones’ es un *crossing* escasamente explorado. A la par —sí bien recordemos que desde este enfoque corporal el *focuser* ‘no’ necesita entender (con énfasis ‘no’) su propia experiencia de enfocar mientras está atravesándola— con este ensayo deseo contribuir personalmente con el siguiente objetivo. Es mi humilde ofrenda personal tanto para la ‘enseñanza’ como para la ‘difusión’ de esta herramienta corporal para acompañar, a las adicciones, desde un proceso con *focusing*. A todos —incluidos los(as) mismos(as) pibes(as) de las *Fazendas*—, a menudo, nuestro ‘lóbulo prefrontal’ (encargado del razonamiento entre otras funciones) nos suele jugar una mala pasada para tratar de ‘entender’ eso que me está pasando durante la misma experiencia de estar enfocando y; probablemente, maltratemos (in)conscientemente nuestra propia vivencia.
- El segundo asunto es acerca de ‘mi’ *know how* (saber cómo). Con este —aunque puede resonar ‘autorreferencial’— intento enfatizar la siguiente cuestión particular. En mi paupérrima experiencia de acompañar procesos personales y/o comunitarios, a las adicciones, con *focusing* lo que describí es lo que medianamente sí me ha funcionado y sí me ha resultado. No obstante, otros facilitadores —con mayor expertiz y más competencias técnicas— han encontrado otro(s) ‘modo(s)’ (*know how*) de acompañar desde esta misma herramienta y que son igualmente válidos. Soy consciente que esto es natural y necesario que así suceda ya que; en efecto, existen diversas formas legítimas de acompañar desde este mismo enfoque corporal. Esto mismo revela la misma naturaleza intrínseca ‘inclusiva’ de este abordaje corporal⁶⁶.

⁶⁵ Al respecto, mencionaré lo que encontré documentado acerca de acompañar desde un proceso con *focusing* a las adicciones. Por un lado, la costarricense *Suzanne L. Noël* —socióloga, entrenadora y coordinadora certificante de esta herramienta (*TIFI*, NYC USA y el Instituto Interamericano de *Focusing*)— desarrolló el modelo para facilitar esta misma herramienta en grupos denominado ‘Como SANAMOS: A.A.A.’ (*H.O.W. We Heal*) para grupos de apoyo. Igualmente, creó ‘*Focusing* de Recuperación’ (*Recovery Focusing*) para trabajar desde este enfoque corporal desde los 12 pasos tomado de NA, utilizando el mismo ‘Como SANAMOS’. Cf. S. L. NOËL, *Habriendo puertas hacia la recuperación*, [en línea] https://focusing.org/sites/default/files/legacy/es/noel_suzanne_abriendo_puertas_hacia_la_recuperacion_eif2011.pdf [acceso: 25 Noviembre, 2025], 1–10. Por otro lado, el terapeuta costarricense *James Noël* publicó su trabajo de tesina en el *crossing* entre las adicciones y los doce pasos de NA. Cf. NOËL, J. G., *El uso del focusing como herramienta para el tratamiento de adictos en recuperación en un programa de doce pasos: una práctica en Costa Rica (Recovery Center)*, [en línea] <https://focusing.org/sites/default/files/2021-08/El-uso-del-Focusing-como-herramienta-para-el-tratamiento-de-adictos.pdf> [acceso: 20 de Junio, 2025], 1–194. No obstante, muy probablemente, aunque no los haya mencionado aquí, existen muchos otros facilitadores desde este enfoque corporal que han encontrado su *know how* para acompañar a personas que tramitan sus adicciones.

⁶⁶ A la par, existen muchos otros abordajes de distintas naturalezas para acompañar a las personas que tienen una adicción. Solo mencionaré algunos. La perspectiva desde el ‘psicoanálisis’. Cf. R. E. LÓPEZ CORVO, *Comprensión psicoanalítica de las adicciones*, CABA, Biebel, 2025, 1–152. El abordaje desde la ‘Logoterapia’ de Víctor Frankl ya citado anteriormente. Cf. V. FRANKL, *El hombre en busca del destino.*, 148–155. El ‘Tratamiento Basado en la Abstinencia’ (o Modelo de Minnesota) igualmente ya citado antes. Cf. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Drug misuse prevention.*, 1–52. Recordemos la intervención desde la psicoterapia ‘Gestáltica’ y desde las ‘Configuraciones Sistémicas Familiares’ desde el aporte de Joan Garriga. Cf. J. GARRIGA, *Decir sí a la vida*, CABA, Destino, 2023, 1–192. El acompañamiento desde el tríptico ‘psico—histórico—espiritual’ de su mentor Carlos Cabarrús. Cf. CABARRÚS C., *Cuadernos de Bitácora para acompañar caminantes: Guía psico—histórico—espiritual*, Buenos Aires, DDB, 2014, 1–366. Así mismo, se encuentra el abordaje desde la psicológica ‘clínica’ y en esta misma corriente existen diversos autores y marcos teóricos. Cf. BECOÑA IGLESIAS E., – CORTÉS TOMÁS M., (coords.), *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*, [en línea] https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10_Socimanualadicciones psicologos2011.pdf [acceso: 23 de Noviembre, 2023], 1–314. Igualmente, está el abordaje de las adicciones desde la herramienta

- El tercer asunto está vinculado a la persona que tiene una adicción como una ‘condición’ personal. A menudo, en las comunidades terapéuticas suelen abundar diagnósticos ‘duales’. Es decir, la persona atraviesa por algún trastorno psiquiátrico ‘y’ por el Consumo Problemático de Sustancias (CPS). Desde mi experiencia personal, la persona que ‘tiene’ una adicción (no es un adicto/a) básicamente es un *seeker* (del *ing.*, buscador/a). En el sentido que está desorientado(a) buscando permanentemente la felicidad y necesitada de llenar su propio vacío ‘existencial’ (experiencia faltante). Recordemos, históricamente el uso de ciertas sustancias en carácter de psicotrópicos muy antiguamente se empleaban para facilitar tanto la ‘evasión’ (del orden de lo ‘displacentero’) como buscar ciertas experiencias gratificantes (del orden de lo ‘placentero’). En efecto, igualmente suelen tener bajo umbral a las distintas frustraciones que se le presentan en la vida misma y; en consecuencia, son más propensas a las recaídas frecuentes ya que (casi) siempre tiene diversas ‘excusas’ (estrategias) para continuar consumiendo.
- El cuarto asunto es acerca de la ‘prevención’, la ‘asistencia’ y el ‘acompañamiento’ de las personas que tienen una adicción. Cada uno de estos tres eslabones distintos en sí mismos —e igualmente ‘complementarios’— son una labor muy compleja y vidriosa. A mi humilde comprensión de esta realidad complicada y experiencia de acompañamiento, en la misma ‘prevención’ está la clave de todo. Sencillamente, sino existieran las adicciones no existiría este escrito y, por ende, no habría lectores. La ‘asistencia’ básicamente son las distintas intervenciones —necesarias por cierto— de los diversos profesionales de la salud (médica, psicológica y psiquiátrica) y sus diversos auxiliares. Aunque el acompañamiento lo realizo concretamente ‘desde’ *focusing* esto no me exime de estar ‘circunspecto’ a la presencia tanto de todos estos asuntos internos como de esos factores externos que atañen a la persona que tramita su adicción. En este sentido, la persona tiene una tendencia ‘a’ (la adicción) pero ‘no’ es un enfermo (distinto a una persona que es ‘diabética’, ‘autista’, ‘disléxica’, u otras tantas enfermedades y; muy posiblemente, la persona vaya a morir con esa misma enfermedad). En pocas palabras, la persona que tiene una adicción sí se puede curar de esa misma adicción. Y desde un tiempo a la fecha —desde lo clínico— el acento está puesto en las conductas ‘saludables’ para una vida nueva (y no tanto en todo lo relacionado al orden de lo disfuncional).
- El quinto asunto es acerca del acompañamiento de las adicciones desde un ‘proceso’ con *focusing*. Lo primero, lo más importante no es como la persona llega ‘a’ la experiencia personal para luego realizar el acompañamiento en cuestión, sino como logra ‘tramitarla’, ‘permanecer’ en ella y; en efecto, que es ‘todo eso’ que ella misma por sí sola puede ‘sostener’ respecto de su propio proceso personal interno; para luego continuar acompañándolo. Lo segundo, repasemos rápidamente los ‘pasos’ claves tanto del proceso como de la técnica del enfoque corporal. Así pues, generando las mínimas condiciones de seguridad (generación de contexto), siempre desde el ‘Yo—en—Presencia’ —tanto de facilitador(a) como del *focuser*—, estando conectado y presente en la misma interacción interpersonal, atento al mismo proceso interno del *focuser* y realizando las intervenciones adecuadamente para acompasar las dos partes internas —‘la parte que sí quiere’ y ‘la parte que no quiere’— presentes en toda adicción, suele comenzar a moverse dicho proceso. A menudo, recordemos que, generalmente, en estos acompañamientos se hace notar tanto el ‘crítico interno’ como el ‘niño interior’ que igualmente es necesario acompañarlos. Incluso, es esperable y



‘Interacción’ y ‘acomparar’

del ‘eneagrama’ y más concretamente enfocado desde los denominados ‘subtipos, sus compulsiones y los ‘tres efectos terapéuticos integrales’ respectivamente. Al respecto no encontré un material concreto, sino solo los aportes (charlas, exposiciones en congresos, etc.) que nos legó Julio Cavalli que trabajó como terapeuta durante más de quince años en tres comunidades terapéuticas distintas (en Buenos Aires) dedicadas a la rehabilitación y/o recuperación de las adicciones. Finalmente, está el estudio muy exhaustivo desde las ‘neurociencias’ de las adicciones y más concretamente acerca de las técnicas de estimulación cerebral no invasivas. Cf. D. E. REDOLAR RIPOLL, *Nuerociencia Cognitiva*, Madrid, 2023, 1–906. Y en la misma línea de las neurociencias aunque mucho más sencillo y menos profundo está el aporte de C. Álamo. Cf. C. ÁLAMO, *La química del cerebro: drogas y dependencias*, Barcelona, Salvat, 2018, 1–137. Recordemos que desde esta psicoterapia experiencial es posible ‘potenciar’ y ‘profundizar’ cualquiera de cada uno y de todos estos mismos enfoques mencionados anteriormente.

deseable que estos se hagan notar y; en efecto, sería muy llamativo todo lo contrario. En pocas muy palabras, acompañar, a las adicciones, en un proceso con *focusing* es acompañar la historia ‘implícita’ de la misma persona donde la ‘interacción interpersonal’ es la vía de entrada más importante y que la máxima autoridad está en el mismísimo ‘proceso’. No obstante, una vez que comienza el movimiento procesual, es clave ‘continuar’ acompañando periódicamente y/o regularmente durante un tiempo considerable ‘todo eso’ mismo que se movilizó. Lo tercero — respecto del acompañamiento, a la(s) adicción(es), desde *focusing*— ‘posteriormente’ es muy conveniente evitar las indeseables ‘recaídas’. En este sentido, recordemos que el *craving* desaparece ‘muy’ (pero ‘muy’) lentamente después de ‘mucho’ (pero ‘mucho’) tiempo. Así pues, desde este enfoque corporal es muy (pero ‘muy’) necesario acompasar este componente psicológico (tan particular y desafiante) que es parte esencial de la abstinencia. Y en este sentido, sería muy aconsejable acompañar concretamente la *felt—sense* de la misma ‘emoción/sentimiento de fondo’ (*background feeling*) de la misma adicción⁶⁷.

- El sexto asunto está referenciado a lo que el mismo polímata francés B. Cyrulnick denomina la ‘biología del alma’. Básicamente, esta consiste en lo siguiente. El ‘éxtasis’ —que tal vez busca (in)conscientemente una persona con motivo de su consumo problemático— puede desencadenarse tanto mediante una sustancia de carácter psicotrópica como mediante una representación mental como efecto de una experiencia del orden de lo ‘espiritual’ (no religiosa). En este sentido, desarrollar adecuadamente la vida espiritualidad en las personas que atraviesan su tratamiento de rehabilitación y/o recuperación de las adicciones es clave. Ya que la ‘emoción’, con motivo de la auténtica experiencia espiritual, es tan intensa que repercute directamente en el mismo cerebro. Incluso, la misma ‘representación’ de la experiencia espiritual personal a menudo provoca un sentimiento más ‘duradero’ comparado a los efectos de la adicción a una sustancia. En este sentido, es muy bienvenida toda verdadera ‘espiritualidad’ como factor, hábito y vida saludable en los procesos de rehabilitación y/o recuperación⁶⁸.

Ya finalizando, deseo mencionar dos asuntos más del orden de lo personal. Por un lado, agradezco a quienes fueron mis docentes. A Florentina con quien siento que realicé mis primeros pasos en mi formación y doblemente y de manera especial a María Cristina. Por un lado, ya que con ella felizmente realicé mi última etapa formativa y mi certificación como *Trainer* y; que realmente siento que me transmitió tanto el legado como el mismo espíritu *gendliniano* de aprehender a enfocar ‘en’ y ‘para’ la vida misma. Por otro lado, revisó y desde su dilatada experiencia leyó gentilmente y me aportó ideas y claridad para este ensayo. A la par, agradezco a la gran *Família da Esperança* que cordialmente me invitó y me abrió sus puertas para colaborar allí, y a los(as) pibes(as) de las distintas *fazendas* que han sido y están siendo mis mejores maestros(as). Ya que de algún modo me han permitido ‘certificar’ a partir de su mismo material humano (tan particular) y de continuar acompañándolos y/ acompasándolos (mejor) facilitando desde esta misma herramienta potencializadora Tal vez, más adelante me anime a compartirles y ensayar nuevamente acerca de lo que está sucediendo con los siguientes convites y rondas *fazenderas* (¡maybe!).

Recordemos lo que dijo el escritor, pintor y físico argentino E. Sábato (1911–2011) en su novela ‘La Resistencia’:

“El ser humano sabe hacer de los obstáculos nuevos caminos porque a la vida le basta el espacio de una grieta para renacer.”⁶⁹

Y desde/con *focusing* es posible acompañar y/o acompasar todo eso alojado en el espacio de esa misma grieta humana y desplegar toda su ‘potencial’ alojado allí mismo.

⁶⁷ Cf. F. ACUÑA, *Focusing.*, 134–136.

⁶⁸ Cf. B. CYRULNIK, *Psicoterapia de Dios: la fe como resiliencia*, Barcelona, Gedisa, 2024, 1–255, 23–28.

⁶⁹ Cf. E. SÁBATO, *La Resistencia*, Buenos Aires, Planeta, 2000, 1–154, 75.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS, DE SIGLAS Y DE CONCEPTOS

I. DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APA: *American Psychiatric Association* de USA (en español, Asociación Americana de Psiquiatría).

CBT: en inglés *Cognitive Behavioral Therapy* (en español, Terapia Cognitivo Conductual para el Trastorno por el Consumo de Sustancias).

CIE-11: Clasificación Internacional de las Enfermedades, de parte de la OMS en el año 2019, (en inglés, *ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)⁷⁰.

DA: es la abreviatura del neurotransmisor denominado ‘dopamina’.

DSM-5-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*, de parte de la APA en el año 2022, (en español, ‘Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado’)⁷¹.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

NIDA: *National Institute on Drugs Abuse* de USA (en español, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas).

SNC: Sistema Nervioso Central.

TBA: en español, Tratamiento Basado en la Abstinencia o modelo de Minnesota.

TCS: Trastorno por Consumo de Sustancias.

II. DE CONCEPTOS

1. RELACIONADOS A LAS ADICCIONES

Estos términos, sí bien las personas los solemos utilizar de manera indistinta, tanto en el ámbito académico como en el científico tienen connotaciones específicas:

Abuso de drogas (o ‘de sustancias psicoactivas’): se denomina así cuando persiste un uso ‘continuo’ de una sustancia con poder psicoactivo a pesar de las consecuencias negativas (físicas, psicológicas, sociales, económicas, familiares o de otro tipo) que dicho consumo problemático en cuestión acarrea a la misma persona.

Adicción: existen varias definiciones al respecto:

- Se denomina así —según el *NIDA*— a la ‘enfermedad crónica y recurrente’ del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas.
- Se denomina así —según el ‘Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación’ (2010)— a la calificación general para referirnos a toda una serie de ‘sustancias psicoactivas y/o a ciertos comportamientos’ que producen cambios fisiológicos, cognitivos, conductuales y que; en efecto, llevan a que algunas personas puedan desarrollar abuso o dependencia de las mismas u otros efectos (por

⁷⁰ Al respecto, lo que se pretende con los diversos diagnósticos de las personas, independientemente del país donde residan, es que sean ‘equivalentes’ en todo el mundo.

⁷¹ *Ibíd.*

caso, pérdida de control, intoxicación, síndrome de abstinencia, grave afectación en su vida personal y/o familiar y/o profesional, etc.).

Adicción a las drogas: se denomina así al consumo ‘repetido’ de una sustancia psicoactiva que produce intoxicación en el consumidor, muestra un deseo compulsivo de consumirla, tiene enorme dificultad en interrumpir voluntariamente su consumo, procura conseguir dicha sustancia por cualquier medio a su alcance y que tiene síndrome de abstinencia cuando no la consume.

Circuito de recompensa: se denomina así, desde las neurociencias y en líneas generales, al ‘sistema químico dopaminérgico (DA)’ que es más alterado con motivo del consumo problemático de sustancias psicoactivas ya que; en efecto, se produce una hiperestimulación del ‘núcleo *accumbens* por dopamina’. Por consiguiente, los niveles de DA son muy elevados y es difícil regresar al equilibrio (homeostasia) y, ciertamente, que este grupo de neuronas nuevamente se acostumbre a nuevos estímulos.

Craving: es un anglicismo difícil de traducir al español y que, no obstante, se denomina así a una especie de ‘ansia’ irrefrenable de conseguir la droga y/o de experimentar los efectos que produce la intoxicación por el consumo de la misma. En otras palabras, igualmente se denomina así el ‘deseo’ intenso, irresistible y compulsivo de consumir. Este presenta múltiples subcomponentes que difieren entre las distintas sustancias y las distintas personas.

Comorbilidad (‘diagnóstico dual’ o ‘patología dual’): se denomina así a la ‘coexistencia’ de la dependencia de una(s) sustancia(s) psicoactiva(s) y un(os) trastorno(s) psiquiátrico(s) —ya sea mental y/o del comportamiento— presentes ambos en una misma persona.

Consumo abusivo: se denomina así al patrón de uso que ‘excede’ el estándar de un uso moderado o el de un uso social.

Consumo de riesgo: se denomina así al uso de una sustancia que hace muy probablemente que este tenga consecuencias ‘nocivas’ para la persona.

Consumo experimental: se denomina así al uso que se produce las ‘primeras veces’ de una sustancia o consumo ‘infrecuente’ y ‘no repetido’ de la misma.

Consumo moderado: se denomina así habitualmente a un uso ‘bajo’ que no acarrea problemas físicos ni psicológicos a la persona.

Consumo no problemático (CNP): se denomina así concretamente al simple ‘uso’ de una sustancia psicoactiva o de un medicamento.

Consumo problemático (CP): se denomina así concretamente al ‘rango’ de consumo que abarca tanto el uso ‘nocivo’, como el ‘abuso’ e igualmente la ‘dependencia’ de una sustancia psicoactiva o de un medicamento. El CP se considera una enfermedad por la misma OMS.

Consumo perjudicial: se denomina así al uso de una sustancia que acarrea ‘consecuencias negativas’ en la persona.

Consumo social: se denomina así al uso ‘normal’ en una sociedad concreta. A menudo, varía ya que; por un lado, en unos casos puede ser un consumo moderado y; por otro lado, en otros puede ser un consumo perjudicial.

Control (deterioro del): se denomina así a la ‘disminución en la capacidad de una persona para gestionar’ (o ‘intervenir’) su consumo de una sustancia psicoactiva, ya sea el comienzo, el grado o la terminación. El deterioro de la capacidad para controlar el consumo es uno de los ‘criterios’ del Síndrome de Dependencia —o ‘Trastorno de la Personalidad por Dependencia’ (TPD)— tipificado en la CIE-11. El deterioro del control se

diferencia de la pérdida de control, ya que en que ésta última implica que el fenómeno predomina en todos los momentos y en todas las circunstancias.

Control (pérdida del): se denomina así, por un lado, básicamente a la ‘incapacidad’ para *registrar* (o ‘examinar’) tanto la cantidad como la frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas y; por otro lado, a la ‘incapacidad’ para *suspender* el consumo de sustancias (como el alcohol o la cocaína) una vez experimentados sus efectos iniciales. En los debates más recientes sobre el ‘síndrome de dependencia’, el término ‘pérdida del control’ ha sido reemplazado por ‘deterioro del control’.

Crash: es un anglicismo que denomina así al ‘efecto de bajón’, de ‘caídas’ o de ‘rebote’ con motivo del consumo de las drogas. En otras palabras, se denomina así a la rápida aparición de los diversos síntomas de abstinencia de una droga.

Dependencia (de droga): se denomina así, básicamente, al ‘grupo de síntomas’ cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de ciertas dificultades significativas relacionadas con ella. Existe un patrón de repetición automático que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la misma sustancia. En otras palabras, es un estado de adaptación (cambios neurofisiológicos) de las células, circuitos, órganos o sistemas que se produce como consecuencia de una estimulación excesiva de estos por parte de una sustancia, ya sea una droga o un medicamento. Igualmente, se denomina así a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencias, drogadependencias, dependencia de sustancias químicas, dependencias del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o una clase de droga concreta (por caso, el alcohol, etc.). La dependencia debe considerarse una variable continua, determinada para cada persona por la cantidad y la frecuencia del uso de la droga, por el desarrollo de la tolerancia y abstinencia, así como por la incapacidad del sujeto para abstenerse de tomar la droga y por el daño personal, físico y social por la misma. A la par, existen principalmente tres géneros de dependencias⁷².

Dependencia ‘cruzada’: se denomina así a la capacidad de una droga para ‘suprimir’ el síndrome de abstinencia producido por otra droga (por caso, la metadona puede suprimir el síndrome de abstinencia de la heroína; los tranquilizantes el síndrome de abstinencia del alcohol). La utilización de la dependencia cruzada es la base de la mayoría de los métodos de desintoxicación.

Dependencia ‘física’: se denomina así a la ‘consecuencia’ de una alteración en la función cerebral’, producida por el consumo continuado de una determinada sustancia que origina una serie de mecanismos de neuroadaptación en los circuitos cerebrales. Estos mecanismos en cuestión cambian el funcionamiento del SN como si se hubiera introducido otro elemento nuevo (la droga en cuestión), sin la cual el cerebro no actúa de forma adecuada. Una vez instalada esta dependencia física el SN se resiente al suspender el consumo de la sustancia (abstinencia) y; en efecto, aparece un cuadro clínico muy característico que varía con cada sustancia. Esta dependencia se relaciona con la tolerancia y los síntomas de abstinencia y es muy evidente en los casos de dependencia del alcohol, los barbitúricos y los opiáceos (heroína).

Dependencia ‘psíquica’ (o ‘psicológica’): se denomina así a la situación en la que existe un ‘sentimiento de satisfacción’ y un ‘impulso psíquico’ que exigen la administración regular o continua de la droga para producir

⁷² Al respecto, este término se introdujo, por un comité de expertos de la OMS en el año 1964, para reemplazar a los dos siguientes —adicción y de habituación— ya que; en efecto, consideraban que estos dos últimos eran ambiguos.

placer o evitar malestar'; aunque el individuo esté tramitando un síndrome de abstinencia. Este tipo de dependencia afecta al control sobre el consumo de la sustancia y es realmente difícil de superar en el proceso de deshabitación de una adicción. Para esto, es muy necesario propiciar cambios tanto en la conducta como en las emociones de quien la padece, de modo que le permita funcionar psicológicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones sociales saludables, etc.) sin necesidad de recurrir al consumo. En otras palabras, se trata de un proceso en el que el tratamiento psicoterapéutico es fundamental. Concretamente, esta dependencia puede permanecer durante muchos años más respecto de la dependencia física.

Con todo, la dependencia física y la psíquica pueden ser independientes, pero muchas veces es difícil de establecer sus límites.

Desintoxicación: se denomina así al 'proceso' por el que se le retira a una persona, de modo seguro, una sustancia para reducir al mínimo los efectos del síndrome de abstinencia de la misma (por caso, la desintoxicación del alcohol con benzodiazepinas).

Diagnóstico dual: ver 'comorbilidad'.

Droga: se denomina así a toda 'sustancia' que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste. En Argentina, cuando hablamos de drogas nos referimos generalmente a las drogas ilegales.

Droga de abuso: se denomina así a cualquier 'sustancia' que tiene la potencialidad de producir dependencia. Al respecto, en la actualidad existen diversas 'clasificaciones':

- Drogas 'legales' (alcohol y tabaco) e 'ilegales' (ej., heroína, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, LSD, etc.).
- En 'depresores' (por caso, alcohol), 'estimulantes' o 'simpatomiméticos' del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoles, alucinógenos, solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras.
- El DSM-V-TR las agrupa en once clases: alcohol; anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar; *cannabis*; alucinógenos; inhalantes; opiáceos; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se considera también a la nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la dependencia de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina).

Drogodependencia: se denomina así, y de manera genérica, para referirnos a todas las sustancias con 'poder psicoactivo' (o 'psicotrópico').

Euforia: se denomina así a la 'liberación' de la dopamina y de otros neurotransmisores del SNC. Desde el punto de vista experimental y clínico igualmente se aceptan los componentes de refuerzo que exhiben las drogas. Así pues, se considera que un fármaco es un 'reforzador' cuando el hecho de tomarlo aumenta la probabilidad de que vuelva a ser administrado.

Factores de riesgo: se denomina así a los atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que 'incrementan' las probabilidades del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Factores de protección: se denomina así, desde la psicología clínica, a los atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que 'inhiben' ('reducen' o 'atenúan') la probabilidad del uso y/o abuso de las drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas (por caso, un contexto familiar de contención).

Habituaación: se denomina así al efecto de ‘acostumbramiento’ a una sustancia por su consumo continuado. Suele ser un fenómeno habitual en las personas dependientes de sustancias psicoactivas.

Intoxicación: se denomina así al ‘estado’ transitorio y consecutivo por la ingestión o la asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que producen alteraciones en el nivel de la percepción, del estado de ánimo, del comportamiento o de otras funciones o respuestas tanto fisiológicas como psicológicas, de la cognición, y en la consciencia. La intoxicación depende del tipo de sustancia y de la dosis consumida así como de la tolerancia de la persona.

Patología dual: ver **comorbilidad**.

Prevención de la recaída: se denomina así al conjunto de ‘procedimientos psicológicos’ orientados a que la persona, cuando abandona el consumo de sustancias, no recaiga de nuevo en su consumo. Está basada en el modelo *CBT* (de Marlatt y Gordon, 1985), y algunos de sus conceptos centrales son efecto de violación de la abstinencia, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, etc. Algunas de las técnicas cognitivas y conductuales que utiliza son: detección de situaciones de alto riesgo, escape, distracción, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, relajación, actividad física, habilidades asertivas, retraso del consumo, afrontamiento del *craving*, entrenamiento en solución de problemas, etc.

Prevención de las drogodependencias: es un término muy amplio. Al respecto, indicaré solamente algunas definiciones:

- Se denomina así, en sentido amplio, a la ‘acción’ y el ‘efecto’ de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo.
- Se denomina así, al proceso ‘activo’ de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas.
- Se denomina así a todas aquellas ‘acciones encaminadas a reducir los factores de riesgo’ que se relacionan con el consumo de drogas y a incrementar los factores de protección y/o de resiliencia.

En los últimos años suelen diferenciarse principalmente tres tipos de prevención: la ‘indicada’, la ‘selectiva’ y la ‘universal’.

Prevención indicada: se denomina así a todas aquellas ‘acciones’ que van dirigidas especialmente a un ‘subgrupo concreto’ de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo para el consumo de drogas.

Prevención selectiva: se denomina así a todas aquellas ‘acciones’ que van dirigidas especialmente a un ‘subgrupo concreto’ de la población diana (jóvenes en riesgo, personas marginadas o con enfermedades crónicas) que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo para el consumo de drogas.

Prevención universal: se denomina así a todas aquellas ‘acciones’ que van dirigidas a ‘todo el grupo diana’ sin distinción (por caso, por un lado, adolescentes desde los 12 hasta los 14 años y, por otro lado, la prevención que se realiza en los diversos establecimientos educativos para todos los estudiantes).

Programa preventivo: se denomina así al ‘conjunto de actividades coordinadas’, realizadas en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos.

Reforzamiento: existen principalmente dos ‘tipos’ (o ‘clases’) de reforzamiento:

- El reforzamiento ‘**positivo**’: se denomina así cuando la sustancia psicoactiva proporciona ‘placer’ y/o ‘euforia’ en la persona que tenía un estado de ánimo normal (por caso, cuando se observa la mejora del estado de ánimo con el consumo social de las primeras copas de alcohol para aumentar la sociabilidad). Así pues, se podría afirmar que las drogas elevan el estado anímico normal.
- El reforzamiento ‘**negativo**’: se denomina así cuando la persona recurre a la sustancia psicoactiva para ‘aliviar’ (una situación de malestar, estrés o disforia) o para ‘liberar’ (respecto de un estado efectivo negativo: aburrimiento, timidez, estrés, etc.) con el objetivo de alcanzar un estado de ánimo neutro.

Rehabilitación: se denomina así al ‘proceso’ mediante el cual una persona que tramita un trastorno debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos. La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la recaída, participación en un grupo de ayuda mutua, ingreso en una comunidad terapéutica o un piso protegido, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

Resiliencia: se denomina así a la capacidad tanto para ‘recuperarse’ como para ‘mantenerse’ en una conducta adaptativa’, de parte de la persona, después del abandono o la incapacidad inicial después de haber padecido un hecho estresante y/o traumático (por caso, muerte del padre o de la madre, divorcio de los padres, abandono, pobreza extrema, padre alcohólico, malos tratos, abuso sexual, guerra, violencia, accidente, enfermedad, etc.). Las personas resilientes consumen menos drogas legales e ilegales.

Rush: un es anglicismo que básicamente se refiere al ‘efecto’ inmediato, placentero e intenso tras la inyección intravenosa de ciertas drogas (por caso, heroína, morfina, cocaína, anfetaminas, etc.).

Sensibilización: se denomina así al ‘aumento’ de algunos de los efectos farmacológicos y conductuales de una sustancia conforme avanza la dependencia. Igualmente, es un proceso esencial en su propio desarrollo haciendo que el individuo dé cada vez más valor a la motivación y el refuerzo que le produce el consumo de la droga. La mayoría de las sustancias psicoactivas producen sensibilización. Esta se produce con claridad tras un consumo repetido e intermitente de la sustancia que es, precisamente, el tipo de patrón habitual; es decir, son episodios de ingesta seguidos de horas o días de abstinencia⁷³.

Síndrome de abstinencia: se denomina así al conjunto de ‘signos’ y de ‘síntomas’ que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente. Los síntomas y signos del mismo varían de unas a otras sustancias. Igualmente, por un lado, es una característica que se produce en las personas con dependencia de sustancias y; por otro lado, es el polo opuesto de la intoxicación aguda.

⁷³ Al respecto, tal vez, este es uno de los conceptos más recientes en el ámbito de las adicciones.

Igualmente, existen múltiples subcategorías de este síndrome en cuestión: síndrome de abstinencia ‘agudo’ (en opiáceos); síndrome de abstinencia ‘condicionado’ (en opiáceos); síndrome de abstinencia ‘tardío’ (en opiáceos); síndrome de abstinencia ‘prolongado’, etc.

Síndrome de dependencia: se denomina así al ‘conjunto de manifestaciones’ fisiológicas, comportamentales y/o cognitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para la persona, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tenían el valor más alto para la persona (ej., su familia, el trabajo, el dinero, etc.). Una manifestación característica del mismo es el *craving*.

Según el CIE–11 para su diagnóstico se deben tener en cuenta que la persona haya presentado en algún momento (o de modo continuado en los últimos doce meses) tres o más de los siguientes síntomas:

- ✓ Deseo intenso (o compulsión) de consumir la sustancia (*craving*).
- ✓ Disminución de la capacidad para controlar el consumo (al inicio o a la finalización).
- ✓ Presencia de un síndrome de abstinencia al cesar o reducir el consumo.
- ✓ Consumo para aliviar, o evitar la aparición de los síntomas de abstinencia.
- ✓ Tolerancia (aumento de la dosis para conseguir los mismos efectos).
- ✓ Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- ✓ Aumento del tiempo dedicado a conseguir dicha sustancia.
- ✓ Aumento del tiempo necesario para la recuperación.
- ✓ Persistencia en el consumo, pese a las consecuencias perjudiciales.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (TCS): se denomina así a los distintos ‘desórdenes’ que se producen con motivo del consumo problemático de sustancias psicoactivas (intoxicación, dependencia y síndrome de abstinencia). De acuerdo al mismo DSM–5–TR el diagnóstico del TCS se produce cuando se reúnen, durante doce meses o más, dos o más de los siguientes síntomas:

- ✓ Uso peligros de la sustancia.
- ✓ Aparición de problemas sociales o interpersonales relacionados al consumo.
- ✓ Incumplimiento de los principales roles (funciones desempeñadas) por consumo.
- ✓ Problemas legales.
- ✓ Síndrome de abstinencia (problemas físicos y psíquicos si no toma la sustancia).
- ✓ Tolerancia (menores efectos con la misma cantidad de sustancia, lo que lleva a aumentar la dosis).
- ✓ Uso de mayor cantidad de sustancia o durante más tiempo.
- ✓ Intentos repetidos de dejar el consumo o de controlarlo.
- ✓ Constancia de que el uso de la sustancia dura mucho más tiempo del que se pensaba.
- ✓ Aparición de problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.
- ✓ Abandono de otras actividades debido al consumo.

Tolerancia: se denomina así al estado de ‘adaptación’ caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto fármaco dinámico. Este estado exige tomar mayor cantidad de la droga inicial para conseguir los mismos efectos que antes se conseguían con una dosis más baja. La tolerancia puede ser física, psicológica o conductual. Concretamente, es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

Vulnerabilidad: se denomina así a la mayor probabilidad de daño en unas personas que en otras a causa de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y/o epidemiológicos, que condicionan decisiones, comportamientos y trayectorias de vida.

II. RELACIONADOS AL PROCESO Y A LA METODOLOGÍA TERAPÉUTICA EN LA FAZENDA DA ESPERANÇA

Los conceptos fueron elaborados personalmente, a partir de mi experiencia de acompañamiento y conocer el dispositivo, a los fines de constituir una simple ayuda para facilitar la lectura del presente ensayo.

Caminata: se denomina así al ‘proceso personal—comunitario’, generalmente de una duración de doce meses y que de manera excepcional puede extenderse, que realiza la persona que tiene una adicción en pos de su propia rehabilitación y/o recuperación.

Caminante: se denomina así a la ‘persona’ que está realizando su proceso personal de recuperación y/o rehabilitación en alguna *fazenda*. Puede ser que sea su primera vez o que esté realizando su segunda o tercera caminata.

Embajador(a): se denomina así a la ‘persona’ que ya finalizó su caminata completa de recuperación y/o rehabilitación en alguna *fazenda*.

Espiritualidad (de la Fazenda):

Grupo Esperanza Viva: se denomina así a las ‘comunidades’ —de naturaleza de autoayuda— que existen en algunas ciudades y que una vez a la semana los(as) embajadores(as) libremente se reúnen para compartir básicamente su comunión de alma y su comunión de experiencia.

Madrina: se denomina así a la ‘mujer’ (generalmente es una embajadora) que ‘colabora’ con otra mujer (que es la responsable de una *fazenda*) con el acompañamiento de las mujeres que están realizando su caminata entre otras tareas.

Recaída: se denomina así a la acción de ‘infidelidad’ que realizó una persona que está realizando su caminata de rehabilitación y/o recuperación en una *fazenda* (por caso, no está trabajando).

Recomienzo: se denomina así a la ‘necesidad’ (libre y voluntaria de parte de la persona) y/o a la ‘posibilidad’ (de parte de la *Fazenda*) de comenzar ‘nuevamente’ su proceso personal de rehabilitación y/o recuperación cuando se dan alguna de las siguientes situaciones:

- ✓ Cuando la persona que está transitando su propia caminata personal y cometió un ‘error’ (peleó, no trabajó, etc.).
- ✓ Cuando la persona ‘abandonó’ su caminata (no finalizó) y decidió retomarla nuevamente.
- ✓ Cuando la persona siente que necesita un ‘refuerzo’, opta por ingresar nuevamente y continuar otro tiempo determinado su propia caminata.

Responsable: se denomina así a la ‘persona’ (generalmente es un embajador) que tiene la máxima responsabilidad dentro de una *fazenda*.

Padrino: se denomina así a la ‘persona’ (generalmente es un embajador, salvo excepciones) que ‘colabora’ con el responsable de una *fazenda*.

Voluntario(a): se denomina así a la persona que decide colaborar desinteresadamente en las distintas obras existentes de la *Familia da Esperanza*. La persona voluntaria (laicos, religiosos, etc.) puede ser tanto interna como externa.

III. RELACIONADOS A *FOCUSING*

La gran mayoría de los conceptos están basados en las obras ‘Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal’ (2022) y en ‘El Focusing en Psicoterapia: manual del método experiencial’ (2011) —ambas de E. Gendling— y en el libro ‘Nuevo paradigma del Experiencing’ (2000) —de E. Riveros— y, en rigor, son una simple ayuda para facilitar la lectura del presente ensayo.

Acto interno (*inner act*): se denomina así a las ‘etapas’ (‘pasos’ o ‘movimientos’) dentro del mismo proceso y de la técnica del *focusing*. A menudo, en la medida que se adquiere práctica ya no se necesita pensar en ellos y de esta forma no se hará tan mecánico el procedimiento. El proceso, a los fines meramente ‘pedagógicos’ para enseñarlo y transmitirlo a las personas que nunca ha trabajado con *focusing*, se ha dividido en seis pasos. Ver **pasos (de *focusing*)**.

Algo más (o ‘eso’ o ‘todo eso’): se denomina así a las diversas expresiones, pertenecientes al lenguaje de presencia, que suelen utilizarse indistintamente para acompañar y/o acompasar exactamente lo que está aconteciendo en el mismísimo momento de enfocar en el espacio interno del *focuser*.

Asidero (*handle*): ver **pasos (de *focusing*)**.

Autopropulsión (*carring forward*): se denomina así a esa parte del funcionamiento del *experiencing*, que se origina desde la ‘sensación—corporalmente—sentida’ interactuando con los símbolos y que da lugar a la terminación simbólica traducida en el funcionamiento del proceso del *experiencing*. El *experiencing* es autopropulsado por su propia significación implícita que es orgánica y pre—conceptual. Lo más importante a destacar aquí es que el proceso de autopropulsión significa la puesta en marcha del proceso de *experiencing* en ese aspecto o en ese asunto específico que se está acompañando.

Cambio sentido: se denomina así, según E. Gendlin, en el mismo momento de enfocar a ese ‘paso’ en el cuerpo que libera energía y siempre trae consigo un alivio (por caso, una ‘bocanada’ de aire fresco). El cambio sentido modifica tanto la constelación de la globalidad del asunto interno que se está enfocando como la actitud del *focuser* hacia el mismo.

Carga experiencial: se denomina así a ‘esos’ asuntos sentidos corporalmente que se hacen notar en el momento que se está enfocando (por caso, las lágrimas, un suspiro, etc.).

Crítico interno (*inner critic*): se denomina así básicamente a las diversas ‘voces internas’ que nos imponen como debemos ser nosotros mismos y como debe ser el mundo. En su génesis, primero provienen del exterior y luego gradualmente la persona la va incorporando a la trama de su existencia hasta hacerla propia. Igualmente, el crítico interno es una parte en la misma persona, principalmente está para cuidarla (de alguna amenaza exterior que fue real en su momento) y es necesario realizar un acompañamiento particular.

Cuerpo: se denomina así —incluyendo además de las clásicas dimensiones biológica, psicológica y física— desde *focusing* a la dimensión ‘interna’ que aloja toda esa sabiduría orgánica y que solo es accesible a través de lo experimentado internamente (y no conceptualmente). Igualmente, el cuerpo es esencialmente interacción.

Despejar un espacio: ver **pasos (de *focusing*)**.

Dirección de crecimiento: se denomina así cuando el *self* interno se expande, independientemente que cada persona tiene su propia dirección de crecimiento, la persona se fortalece y se desarrolla en dirección a la vida, a la salud, a la abundancia y a la plenitud. En este punto es clave no identificar este aspecto con la catarsis. Sí el crecimiento se mantiene durante un tiempo suficiente podremos apreciar sus efectos.

Distancia adecuada: se denomina así a la ‘interacción’ del mismo *focuser* tanto con sus diversos aspectos internos (todos esos asuntos en el primer paso —‘despejar un espacio’— tanto de la técnica como del proceso del enfoque corporal) como con su entorno exterior inmediato.

Escucha refleja: se denomina así, tomada de C. Roger, a la ‘actitud’ empática, potente y cercana de reflejar sin imponer nada al consultante. El facilitador intentará comprender exactamente ‘cómo’ le hace sentir al *focuser* cada momento de su *experiencing*.

Experiencing: se denomina así, según el mismo E. Gendlin, al proceso de interacción permanente entre sentimientos y símbolos —palabras, pensamientos, otras personas, acontecimientos de la propia existencia y demás aspectos— que ocurre en el presente inmediato y puede ser referido directamente por el mismo individuo como dato sentido en su mismo campo fenoménico. En otras palabras, según el mismo E. Riveros, se podría describir de las siguientes maneras:

- Es un proceso de interacción incesante entre los sentimientos personales y corporales y los símbolos propios o del medio ambiente interactuante.
- Es un proceso pre—conceptual de sentimientos que ocurre en el presente y es permanente, es co—existencial, es decir, comenzamos a experimentar desde el momento que nacemos hasta que morimos.
- Es una interacción entre la persona y su entorno, siendo un proceso corporal y pre—conceptual que se ‘completa’ o se termina de ‘significar sentidamente’ con símbolos (palabras o sucesos). El mismo E. Riveros utilizó cabalmente la metáfora de los autos ‘circulando permanentemente’ en una carretera (‘todo eso’ en permanente movimiento) para ilustrar lo que es el mismísimo *experiencing*. Con motivo de un ‘accidente’ de tránsito estaría indicando lo que es concretamente el mismísimo enfoque corporal (*focusing*). Y este es la misma ‘atención’ a ese mismo asunto (accidente) que es necesario acompañarlo. Por lo tanto, teniendo en cuenta todo lo expresado anteriormente, el *experiencing* es:

- ✓ Un funcionamiento consciente.
- ✓ Un proceso.
- ✓ Una interacción persona—ambiente.
- ✓ Corporal.
- ✓ Pre—conceptual.
- ✓ Presente y permanente.
- ✓ Co—existencial.
- ✓ Concluye con símbolos interactuantes.

- ✓ Complejo e implícito, es decir, su significado sentido no aparece manifiesto en el mismo relato del *focuser*.

Con todo, es nuestra existencia individual y singular, con sus proyectos, sentimientos presentes o evocables, es nuestro *proyecto de mundo*. Es nuestra persona existiendo minuto a minuto, segundo a segundo. El filósofo alemán *M. Heidegger* (1889–1976) presenta su paradigma de ‘ser—en—el—mundo’, emergente desde la fenomenología, el cual coincide con el creado por *E. Gendlin*. Sucintamente, el ‘ser—en—el—mundo’ de *M. Heidegger* es análogo al *experiencing*, psicológico y corporal, significativo y emocional, de nuestra existencia concreta, cotidiana y dramática.

Facilitador: se denomina así a la persona cualificada con las competencias técnicas correspondientes para acompañar y/o acompasar (paso a paso) procesos desde este mismo enfoque corporal.

Felt—sense: en rigor se traduce como ‘sensación—sentida’ y, de manera extensiva igualmente se traduce como ‘sensación—con—sentido’, o ‘sensación—interiormente—sentida’, o ‘sensación—sentida—interiormente’, o ‘dato sentido’ (todas estas posibilidades) para distinguirla de una mera sensación ‘física’ (hambre, sed, sueño, frío, calor, cansado/a, etc.).

- Se denomina así, según el mismo *E. Gendlin*, concretamente a una aura interna que abarca todo lo que sientes y sabes sobre un tema en particular en un momento dado; lo abarca y te lo comunica todo de una vez, en lugar de hacerlo detalle por detalle.
- Se denomina así, según el terapeuta chileno *E. Riveros*, a la sensación o ‘dato corporal’ que se siente con intensidad, pero que conceptualmente es vago. Por lo tanto, el dato sentido es:
 - ✓ Concreto, se centra y se distingue en el cuerpo.
 - ✓ Pre—conceptual, carece de símbolo certero.
 - ✓ Implícito, tomado en el sentido de no formado todavía, no completamente en marcha aun y, por tanto, susceptible de ser formado en muy distintos modos.

Con todo, el dato sentido es parte de la expresión directa del *experiencing*.

Focalizar: se denomina así al micro—proceso que intenta cercar y concentrar la atención a los sentimientos o a la gama de significaciones implícitas, logrando simbolizar un significado implícito apuntando al RD del *experiencing* y; en efecto, de esta manera poner en marcha aspectos detenidos o desconocidos.

Focuser: se denomina así a la misma ‘persona’ que está atravesando la misma experiencia de enfocar.

Focusing: traducido literalmente como ‘enfoque corporal’ y, en rigor, comprende principalmente tanto el ‘proceso’ como la ‘técnica’. Por un lado, es el ‘proceso’ activo, dinámico, de enfocar, focalizar o de poner bajo el foco determinadas sensaciones y sentimientos y; por otro lado, al mismo tiempo es la ‘técnica’ que permite descubrir paso a paso los significados implícitos de nuestra experiencia y cambiar al unísono con ella. Y atendiendo en todo ello a un registro corporal.

Fuente directamente sentida (o ‘fuente interna’)⁷⁴: se denomina así a la primera característica que acontece en un paso del *experiencing*. Este rasgo básicamente es ese ‘sentir (o ‘experienciar’) directamente el origen de lo

⁷⁴ Al respecto, un paso del *experiencing* contiene ocho cualidades: 1) la fuente directamente sentida; 2) la falta de claridad inicial; 3) ocurre a nivel corporal; 4) la *felt—sense* es una totalidad; 5) de la sensación surgen pasos hacia el cambio; 6) cada paso nos acerca a nosotros mismos (self) y esto no es definible en términos de contenido; 7) los pasos se encuentran en dirección al crecimiento; 8) sólo retrospectivamente podemos confeccionar la explicación de cada paso.

implícito que va emergiendo. En este punto, es clave invitar al consultante a pausar y aprender a sostener el silencio para que emerja la fuente directamente sentida.

Globalidad: ver ‘totalidad’.

Iatrogénica (intervención): del griego *iatros* médico y *génesis*, crear, es el efecto negativo, alteración o enfermedad en un consultante causado involuntariamente por un acto médico, un tratamiento o un medicamento.

Interacción: se denomina así a todo eso —interno y externo— que circunda (rodea) a la misma experiencia de enfocar.

Intervenciones sugeridas para profundizar el nivel de presencia: se denomina así a los ‘ofrecimientos’ (‘invitaciones’ y/o ‘sugerencias’), siempre abiertas, de parte del facilitador hacia el *focuser* para ‘ahondar’ en la comprensión corporalmente sentida de ese asunto interno que está acompañando.

Lenguaje de presencia: se denomina así a todo el ‘conjunto de términos’ (‘conceptos’, ‘palabras’), creado por la americana especialista en lingüística *Ann Weiser Cornell* y quien fue discípula del mismo *Gendlin*, para ajustar más y mejor el vocabulario ‘a’ lo que está pasando en el espacio interno del mismo *focuser* (experiencia sentida interiormente) y no viceversa.

Mutación de contenido: se denomina así a la percepción corporalmente sentida actual que el *focuser* tiene, respecto de un mismo asunto, comparado a una percepción anterior.

Niño interior: se denomina así a los diversos aspectos internos que, por diversos aspectos, quedaron congelados (detenidos) en su crecimiento y que, en efecto, constituyen un obstáculo y; a menudo, desde donde solemos operar en situaciones presentes. Sí bien el niño interior es uno solo a los fines didácticos se mencionan dos: el niño interior creativo (fuente de nuestra originalidad) y el niño interior herido (vulnerado).

Organísmico: se denomina así, según el psicólogo norteamericano *A. Maslow* (1908–1970), al mismo proceso biológico que proviene de una autenticidad corpórea y sentida realmente, lo que conduce a un comportamiento espontáneo y libre.

Pasos (de *focusing*): se denomina así al acto interno (*inner act*) de la técnica del enfoque corporal y que puede dividirse principalmente en los siguientes seis sub-actos o movimientos internos:

1. Despejar un espacio (*clearing a space*): Solo, relajado y en silencio ingresar al espacio interno (en general, en el medio del propio cuerpo: desde la garganta, pasando por el pecho, el estómago e incluso hasta el abdomen bajo) para observar/percibir/notar/experienciar y ‘recibir’, de un solo asunto por vez hasta recibir ‘todo eso’ que se está haciendo notar ahí adentro y, una vez recibido ‘eso’ último, se ‘reconoce’ a cada uno de esos asuntos —sin adentrarse en cada uno de ellos— y ‘ajustando’ a una distancia adecuada se los invita a ubicarse a cada uno de esos asuntos a un costado y; así pues, se despeja un espacio (libre, cuidado, respetuoso, amoroso). A partir de este primer movimiento —este espacio despejado— se podría continuar enfocando en dos direcciones. Por un lado, continuar profundizando cada vez más y más en este espacio despejado (...) o; por otro lado, enfocar y acompañar ese asunto que ‘más’ se hizo notar en el espacio interno.

2. Encontrar o dejar que se forme la sensación sentida (*felt—sense*): una vez definido ‘eso’ para enfocar y acompañar, sin adentrarnos ni pensar en este aspecto, se trata de llevar allí nuestra atención corporal para que pausando pueda encontrar o dejar formar esa sensación global corporalmente sentida de ‘todo eso que sentido interiormente en este momento’.

3. Lograr un asidero (= *handle*): básicamente se trata de pausar y permaneciendo en silencio, en el espacio interno, con ‘eso’ para encontrar o permitir que surja ese ‘símbolo’ — ‘imagen’, ‘palabra—cualidad’ (pegajoso, asustadizo), ‘frase’, ‘sonido’, ‘objeto’, etc.— que ajusta a la sensación global de ‘eso’ sentido interiormente en el cuerpo y que una vez encontrado no podríamos cambiarlo por otro.

Personalmente, aquí mismo, considero pertinente indicar dos cuestiones. Primero, el asidero (*handle* = agarradero, manillar) sería una identificación provisional de la cualidad del significado corporal de la *felt—sense*. En otras palabras, una etiqueta provisional ya que permite, por un lado, identificar y profundizar en la sensación global de eso y, por otro lado, traer a la misma *felt—sense* cuando esta desaparece.

4. Resonar (*resonating*): básicamente se trata de hacer una pausa para cotejar (comprobar o ajustar), yendo y viniendo entre la *felt—sense* y el asidero, hasta sentir si el asidero ajusta y representa a ‘eso’ ahí, e incluso ajustar hasta encontrar otro asidero que represente mejor a ‘eso’ ahí y; así pues, surja natural e interiormente un ¡sí! que despeja toda duda.

5. Preguntar (= *asking*): básicamente se trata de permanecer en silencio y acompañar a la *felt—sense* (chequear que se está experimentando y no solo recordándola) permitiendo que se sienta escuchada y se le permita ser del modo que ajusta más en el propio cuerpo. Es decir, habitando plenamente esta experiencia y estableciendo un vínculo con ‘eso’ hasta que (luego de haber acompañado y permanecido) por medio de preguntas —¿cómo es...?; ¿qué forma tiene? ¿cómo se siente este asidero?; ¿cómo se siente este asidero?—, se produzca un ‘viraje corporal’ (permitiendo que se instale en el propio cuerpo) y/o nos entregue su mensaje.

6. Recibir (= *receiving*): básicamente se trata de acoger amorosamente todo ‘eso’ que el propio cuerpo está sintiendo, protegiéndolo principalmente de las voces críticas, hasta que se guarde en nuestro interior. Y, ya casi antes de finalizar, chequear si hay otra cosa que se está haciendo notar simplemente la percibimos en nuestro cuerpo y le hacemos notar que en otro momento volveremos para acompañarla. Finalmente, invitamos al *focuser* a notar en el cuerpo como sería continuar hacia delante a partir de eso que se mostró.

Referente Directo (RD): se denomina así al dato sentido orgánicamente, desconocido conceptualmente, pero sentido con frescura y actualidad en el organismo. Cuando un individuo procede a contar algo que es conceptualmente impreciso, él siente corporalmente un cúmulo de sensaciones y significados. El RD se mueve constantemente.

Símbolos: se denomina así a los sucesos que ‘significan’ contenidos personales para el organismo, sucesos verbales y no verbales que interactúan con la función significativa de éste.

Símbolo Certero: se denomina así cuando un símbolo interactuante con el sentimiento llega a tener resonancia en el organismo, significando lo que realmente se siente.

Símbolo Verbal Explícito: símbolo certero.

Símbolo Verbal Implícito: se denomina así a eso que se siente pero que no es verbalizado certeramente.

Puntos muertos (en psicoterapia): se denomina así tanto a la ‘catarsis emocional’ (o estado catártico) como a la ‘explicación meramente racional’ de un asunto (por parte del *focuser*) que, según el mismo E. Gendlin, no mueven el proceso terapéutico interiormente sentido en el propio cuerpo.

Sensando: se denomina así a la acción misma de estar en contacto con todo eso corporalmente sentido interiormente en el cuerpo (por caso, el facilitador le pregunta al *focuser* ‘¿cómo está tu espacio interno...?’ y el *focuser* le responde: ‘estoy ‘sensando’ dándole a entender que está sintiendo lo que pasa en su espacio interno).

Telón de fondo (*background feeling*): se traduce como ‘sensación o emoción de fondo’ y, en efecto, se denomina a ‘eso’ que (casi) siempre está presente en el *focuser* (por caso, siempre con ‘miedo’, siempre con ‘ansiedad’, siempre ‘apurado’, etc.).

Textura implícita (de la experiencia): se denomina así a todo eso (‘internamente’) que está ‘detrás’, que igualmente forma parte de la experiencia sentida y que es muy necesario recibir, relacionarnos y acompañar.

Totalidad: se denomina así a uno de los ‘rasgos’ de la sensación corporalmente sentida⁷⁵. Esta —lejos de ser algo uniforme como si fuera un trozo de metal— se experimenta como un todo, un dato único de una complejidad interna. Es decir, es una complejidad global, una multiplicidad implícita en una sola sensación. Sucintamente, una total respuesta orgánica frente a un asunto interno que se está haciendo notar en la misma experiencia de enfocar.

Todos congelados: se denomina así a todos esos aspectos o asuntos internos experienciales y sentidos corporalmente que están ‘detenidos’ y que; por consiguiente, sentimos que no están funcionando implícitamente. Por ende, un todo congelado:

- ✓ Es un *experiencing* detenido, pero que no es igual a un *experiencing* en realidad.
- ✓ Se caracteriza por estar ligado o anclado estructuralmente, deteniéndose en un funcionamiento implícito, haciéndose repetitivo en lugar de cambiante.
- ✓ No aporta al proceso del *experiencing*.
- ✓ Presenta postergación afectiva donde los sentimientos son lejanos de sí.

Yo—En—Presencia (*Self—In—Presence*): se denomina así al modo más adecuado de que tanto el *focuser* como el facilitador puedan estar realmente presentes en su experiencia interior cuando están enfocando.

Zona limítrofe: se denomina así básicamente a esa parte central del propio cuerpo y que se encuentra entre lo consciente y lo inconsciente donde acontece el proceso interior desde *focusing* y está alojada la *felt—sense*.

⁷⁵ *Ibíd.*

BIBLIOGRAFÍA

I. Desde el acompañamiento psico—histórico—espiritual

- CABARRÚS C., *Cuadernos de Bitácora para acompañar caminantes: guía psico—histórico—espiritual*, Buenos Aires, DDB, 2014, 1–366.
- CYRULNIK B., *Psicoterapia de Dios: la fe como resiliencia*, Barcelona, Gedisa, 2024, 1–255.
- DOS SANTOS C. A., *¡Ya sucedió... y se apagó!, la historia, el carisma y la espiritualidad de la Fazenda da Esperança*, Guaratinguetá, Fazenda da Esperança, 2010, 1–241.
- KEATING T., *Terapia divina y Adicción: la oración centrante y los doce pasos*, CABA, Ágape, 2021, 1–230.
- KÜHN A. J., *El paso de Dios: Fazenda de la Esperanza*, Buenos Aires, Imaginante, 2023², 1–210.
- SÁBATO E., *La Resistencia*, Buenos Aires, Planeta, 2000, 1–154.
- SAINT-EXUPÉRY DE, A., *El Principito*, [en línea] <https://digitales.bcn.gob.ar/files/textos/El-Principitocompleto.pdf> [acceso: 08 de Diciembre, 2025], 1–88.
- VILLARREAL D., *‘Poderes, violencias “(in)visibilizadas” y el derecho a la libertad de religión: rostros de mujeres latinoamericanas, exclusiones y experiencias (humanas) de Dios*, Córdoba, El Emporio, 2025, 1–202.
- _____, *Rostros, identidades excluidas y religión: humanidades vulneradas y experiencias de Dios en las márgenes de los caminos*, Córdoba, El Emporio, 2022, 1–160.

II. Desde focusing

- ACUÑA F., *Focusing: un proceso hacia la integridad*, Buenos Aires, Dunken, 2022, 1–384.
- ALEMANY C., (ed.), *Manual práctico de focusing de Gendlin*, Bilbao, DDB, 2007, 1–473.
- GENDLIN E., *El focusing en psicoterapia: manual del método experiencial*, Madrid, Paidós, 2011, 1–441.
- _____, *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjective*, Illinois, Northwestern University Press, 1997, 1–302.
- _____, *Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal*, Bilbao, Mensajero, 2022¹⁰, 1–230.
- NARCOTICS ANONYMOUS WORLD SERVICES INC., *Narcóticos Anónimos*, CABA, NEWS, 2010, 1–446.
- NOËL J. G., *El uso del focusing como herramienta para el tratamiento de adictos en recuperación en un programa de doce pasos: una práctica en Costa Rica (Recovery Center)*, [en línea] <https://focusing.org/sites/default/files/2021-08/El-uso-del-Focusing-como-herramienta-para-el-tratamiento-de-adictos.pdf> [acceso: 20 de Junio, 2025], 1–194.
- NÖEL S. L., *Habriendo puertas hacia la recuperación*, [en línea] https://focusing.org/sites/default/files/legacy/es/noel_suzanne_abriendo_puertas_hacia_la_recuperacion_eif2011.pdf [acceso: 25 Noviembre, 2025], 1–10.
- ROSSI, M. (ed.), *Desenmarañando: cómo puedes transformar lo que está imposiblemente atascado*, San Isidro, PCE7, 2025, 1–300.
- ROGERS C., *Psicoterapia centrada en el cliente*, Barcelona, Paidós, 2023²⁰, 1–459.
- VILLARREAL D., *¿Qué (no) es focusing y para qué (no) sirve?: a enfocar se aprende enfocando*, [en línea] https://www.acafocusing.org.ar/_files/ugd/e61303_7ca4102a185e43219b9e9dbfb218e171.pdf [acceso: 23 Noviembre, 2025], 1–4.

- _____, *Sugerencias de Víctor Hugo Ullua*, [audio recuperado], Córdoba, 7 Agosto 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Gustavo Covarruvias*, [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Juan Carlos Martínez Orellana*, [material interno], Córdoba, 7 Noviembre 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Miguel Braulio Córdoba*, [material interno], Córdoba, 7 Noviembre 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Paula del Valle Rosales*, [material interno], Córdoba, 15 Agosto 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Reyna María López* [material interno], Córdoba, 7 noviembre 2025, 1.
- _____, *Testimonio de Sofía Giménez Irún* [material interno], Córdoba, 7 Noviembre 2025, 1.
- WEISSER CORNELL A., – MCGIVEN B., *Desenmarañando: cómo puedes transformar lo que está imposiblemente atascado*, San Isidro, PCE7, 2025, 1–300.
- _____, *Focusing en la práctica clínica: la esencia del cambio*, Bilbao, DBB, 2016, 1–373.
- _____, *Treasure Maps to the Soul*, [en línea] https://focusing.org/system/files/2022-03/05_TreasureMapsTRIB.pdf [acceso: 25 Noviembre 2025], 41–60; en THE INTERNATIONAL FOCUSING INSTITUTE, *The Folio: Edición Homenaje Celebrando Treinta Años de Focusing 1978–2008*, Vol., 21, Número 1, 2008, 1–376.

III. Desde la psicología

- ÁLAMO C., *La química del cerebro: drogas y dependencia*, Barcelona, Salvat, 2018, 1–137.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5-TR™*, Panamericana, CABA, 2022, 1–1924.
- BECOÑA IGLESIAS E., – CORTÉS TOMÁS M., (coords.), *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*, [en línea] https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/10_Soci_manualadiccionespsicologos2011.pdf [acceso: 23 de Noviembre, 2023], 1–314.
- FRANKL, V., *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 2017⁴, 1–162.
- GARRIGA J., *Decir sí a la vida: ganar fortaleza y abandonar el sufrimiento*, CABA, Destino, 2023, 1–192.
- JUNG, C. G., *Psicología y Alquimia*, Obra Completa, Vol. 12, Madrid, Trotta, 2015, 1–646.
- LÓPEZ CORVO R., *Comprensión analítica de las adicciones*, CABA, Biebel, 2025, 1–150.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Drug misuse prevention: targeted interventions, 2017* [en línea] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64/resources/drug-misuse-prevention-targeted-interventions-pdf-1837573761733> [acceso: 15 de Diciembre, 2025], 1–52.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Clasificación Internacional de las Enfermedades 11*, 2019, 1–404.
- ORTÍZ TALLO M., – IZQUIERDO PLIEGO B., *Psicopatología Clínica: adaptado al DSM-5-TR y a la CIE-11*, Madrid, Pirámide, 2024, 1–183.

IV. Voces y otros

- AAVV, *adicción*, [en línea] <https://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/adiccion019.asp> [acceso: 25 Noviembre, 2025].
- APARICIO J., *Guaratinguetá*, [en línea] https://youtu.be/ILNYLD2llfQ?si=BRESBood_XltsVsl [acceso: 08 de Diciembre, 2025].
- FUNDACIÓN PALABRA DE VIDA, *El libro del Pueblo de Dios: la biblia*, Buenos Aires, San Pablo, 2012³⁴, 1–1838.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *sima*, [en línea] <https://dle.rae.es/sima> [acceso: 08 de Diciembre, 2025].