



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**APORTES DEL MODELO DE ANÁLISIS DE SUEÑOS DE LA
PSICOLOGÍA ANALÍTICA EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE
SUSTANCIAS**

Experiencia en un programa residencial

**Tesis para optar al grado de
Magister en Psicología Clínica de Adultos**

PAULINA ALFARO MORALES

**Profesor Guía:
Madeleine Porrelbacache**

**Informantes:
MicheleDufey Domínguez
Rodrigo Brito Pastrana**

Tesis Aprobada con Distinción Máxima

Santiago de Chile, año 2016

**APORTES DEL MODELO DE ANÁLISIS DE SUEÑOS DE LA
PSICOLOGÍA ANALÍTICA EN PACIENTES CON POLICONSUMO DE
SUSTANCIAS**

Experiencia en un programa residencial

[...] Cuanto más nos adentramos en la esencia de lo psíquico, tanto más nos convencemos de que la complejidad y diversidad de los seres humanos hace necesarios puntos de vista y métodos muy diferentes para responder a la multiplicidad de disposiciones psíquicas.

(Jung, 1935, p.13).

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de explorar los posibles aportes de los sueños y las series de sueños relatadas por pacientes que presentan consumo problemático de sustancias, a su proceso de individuación, en el contexto de un tratamiento de rehabilitación residencial, en el Complejo Hospitalario San José de Maipo.

La revisión y exploración del material onírico, se realizó a partir de entrevistas y análisis fenomenológico, basado en la elaboración simbólica propuesta por Carl Jung, dentro del enfoque terapéutico Humanista Existencial, y particularmente de la Psicología Analítica. Los participantes correspondieron a dos varones del centro residencial, de 29 y 42 años de edad respectivamente, ambos drogodependientes y con policonsumo de sustancias, quienes compartieron el contenido de sus sueños en forma activa y voluntaria.

Los resultados obtenidos, mostraron el potencial de información que desde el inconsciente emerge a la consciencia, a través de los sueños y las series de sueños, y cómo estos contenidos de la psique pueden aportar al proceso de individuación del soñante, convirtiéndose en un recurso importante de ser incorporado en el abordaje de las drogodependencias en general, y en el proceso de terapia y rehabilitación, en individual.

PALABRAS CLAVES: Sueños, Psicología Analítica, Drogas.

DEDICATORIA

Este estudio se ha realizado en medio de duros desafíos personales.

El camino recorrido ha significado crecimiento, esfuerzo, y levantarse una y otra vez.

Es el proceso de individuación propio, en plena marcha.

Las puertas de la vida que se abren ante los propios ojos, dispuestas a entregar las oportunidades de autodescubrimiento y autoconsciencia que se necesitan para avanzar, si eso es lo que se elige.

En este camino me han acompañado los seres que más amo en el mundo: Paulina, Antonia y Leonidas. A ellos les dedico mi vida, y hoy, este trabajo.

Con infinito amor, a mis hijos, que me mueven a seguir día a día.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Francisco y María, que me enseñaron constancia, perseverancia, y cuyo apoyo ha sido fundamental para llevar a cabo mis estudios.

A mi profesora guía, Madeleine, por su presencia en tantos aspectos. Su compañía, conocimiento y sostén, han sido un pilar importante para continuar y terminar este proyecto.

A los pacientes de la residencia, por su apertura a compartir sus vivencias, y por la confianza depositada en este trabajo y en el modelo que lo sostiene.

A mi hija mayor, Paulina. Por su paciencia, por su empuje, por creer que esto era posible y acompañarme en el camino.

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema de Investigación.....	3
1.1.1 Relevancia del Problema.....	4
1.1.2 Pregunta de Investigación.....	6
1.1.3 Objetivos de la investigación.....	6
1.2 Metodología.....	7
1.2.1 Diseño de la investigación.....	8
1.2.2 Población y muestra.....	8
1.2.3 Plan de análisis de la información recolectada.....	9
2. Marco Teórico	11
2.1 Consumo de Sustancias.....	11
2.1.1 Contextualización histórica del consumo de Sustancias.....	11
2.1.2 El consumo de sustancias en Chile.....	13
2.1.3 Diagnóstico del consumo problemático de sustancias adictivas, según el DSM-V.....	15
2.1.3.1 Trastorno por consumo de alguna droga.....	16
2.1.4 Tratamiento y rehabilitación. Métodos actuales a nivel Nacional.....	21
2.1.4.1 Concepto de tratamiento.....	25
2.1.4.2 Características de un programa terapéutico de rehabilitación.....	28
2.1.4.3 Perspectivas para el trabajo con personas con consumo problemático de drogas.....	30
2.1.4.4 Programa de rehabilitación residencial.....	34
2.1.4.5 Cambio y motivación en drogodependencias.....	36
2.1.4.6 Recaídas y craving.....	38
2.2 Psicología Analítica y Trabajo con Sueños.....	40
2.2.1 Conceptos junguianos centrales.....	40
2.2.1.1 Relación consciente e inconsciente.....	41

2.2.1.2	Los complejos: La interferencia del inconsciente.....	46
2.2.1.3	Complejo materno y paterno: Los padres internalizados.....	47
2.2.1.4	La individuación: El impulso por crecer.....	49
2.2.1.5	Etapas del proceso de individuación.....	52
2.2.1.6	La persona: La máscara que mostramos al mundo.....	54
2.2.1.7	La sombra: El ser oscuro que todo ser humano tiene.....	55
2.2.2	La individuación, su proceso y acompañamiento en psicoterapia....	58
2.2.3	Los sueños dentro del enfoque junguiano.....	62
2.2.3.1	Trabajo con sueños en Psicología Analítica.....	65
2.2.3.2	Etapas de la interpretación del sueño.....	68
2.2.3.3	Las series de sueños y abordaje en psicoterapia.....	70
2.2.3.4	Las series de sueños como expresión del proceso de individuación.....	70
2.2.4	Psicología analítica y drogas.....	71
3.	Análisis de datos.....	76
3.1	Relatos de casos clínicos y sus series de sueños.....	76
3.1.1	La historia de Danilo.....	76
3.1.2	Serie de sueños de Danilo.....	79
3.1.3	Alberto el autodidacta.....	81
3.1.4	Serie de sueños de Alberto.....	84
3.2	Análisis del material onírico.....	85
3.2.1	Danilo.....	85
3.2.2	Alberto.....	96
3.3	Análisis de series de sueños y proceso de individuación.....	103
3.3.1	Danilo.....	104
3.3.2	Alberto.....	107
4.	Discusión y conclusiones finales.....	111
5.	Bibliografía.....	123
6.	Anexos.....	130

1. INTRODUCCIÓN

En Chile, las estadísticas de consumo problemático de sustancias han aumentado significativamente en los últimos años (SENDA, 2012), especialmente en población juvenil y adulta joven. Un estudio de 1972 arrojaba que el 12,6% de los estudiantes de enseñanza media había fumado marihuana alguna vez en su vida (Sánchez, 1996); y en estudios más recientes (SENDA, 2007), se advierte que el consumo de drogas se focaliza en población juvenil.

Así descrito, el consumo perjudicial, abuso y dependencia de sustancias, constituye un problema de salud pública, que por su impacto económico y social, requiere la atención y profundización de este tema desde los diversos actores sociales (SENDA, 2012).

Esta realidad nacional obliga desde el punto de vista ético, a plantearse frente a esta situación con una intención clara de aportar y revisar aspectos esenciales en el abordaje terapéutico de esta problemática.

En la actualidad, la respuesta que se da en Chile a nivel de tratamiento, se relaciona con intervenciones que van desde los programas ambulatorios hasta los residenciales, donde se intenta incorporar a la familia en el proceso, no siempre con buenos resultados, debido a los múltiples factores que dificultan la adherencia al tratamiento (MINSAL, 2011). Desde esta perspectiva, los recursos terapéuticos que faciliten una mayor comprensión de la vivencia interna de los pacientes, se constituyen en herramientas de alto valor en el proceso de rehabilitación de estos usuarios, especialmente si se considera que como característica recurrente, el paciente con dependencia a las drogas mantiene un funcionamiento global muy disminuido, y una escasa o nula consciencia de enfermedad.

Esta investigación, desde una aproximación al modelo de análisis de sueños de la psicología analítica junguiana, intenta conocer cómo se expresa el proceso de individuación de pacientes con policonsumo de sustancias, a través de sus series de sueños.

Jung planteaba que todo lo que ocurre en la vida psíquica es realidad para quien lo experimenta. Desde este punto de vista, acceder a la información que desde el inconsciente emerge a la consciencia es un recurso terapéutico valioso, ya que permitiría conocer y esclarecer ámbitos de la vida psíquica de los pacientes, que potencialmente, ni ellos mismos han identificado aún.

Desde esta mirada clínica, cuando Jung (1964) en su obra “Recuerdos, sueños, pensamientos”, plantea que los diagnósticos clínicos son importantes, pero que no ayudan en nada al paciente, sino que es a través de su historia donde se descubre el trasfondo y el sufrimiento de ese ser humano, comienza ya a vislumbrarse una nueva forma de aproximación a la terapéutica y sus posibilidades de profundización. La visión aguda y penetrante de Jung logró discernir campos fenomenológicos y simbólicos, hasta ese momento sólo explorados desde el concepto de libido y energía sexual (Freud, 1898).

Para Jung, las razones de la conducta humana incluían elementos de diverso origen. Incorporó conceptos e ideas desde la antropología, la cultura, la arqueología y las unió a su visión de una estructura psíquica compleja y completa, conectada a una consciencia mayor: el self.

Así describió el inconsciente, en una entrevista realizada en 1959:

El inconsciente es todo lo que mis sentidos perciben, todo lo que está en mí, pero que no me doy cuenta; todo lo que sé, pero que en este momento no estoy pensando; todo lo que estaba consciente una vez, pero que ahora he olvidado; todo lo que involuntariamente y sin prestar atención, siento, pienso, recuerdo, deseo y hago; todas las cosas que para el futuro se están formando dentro de mí y que en algún momento llegarán a mi consciente... (Jung, 1959, minuto 15).

A partir de aquí, desarrolla extensamente su trabajo con sueños, valorándolos significativamente en el proceso clínico con sus pacientes.

Acceder al mundo de lo inconsciente es una labor delicada y profunda. Requiere algunos aspectos y cualidades propias del método propuesto por la psicología analítica y que también serán aspectos a revisar en este trabajo.

Como observación general, se plantea que sólo se puede trabajar el inconsciente con imágenes. Algunas de estas imágenes aparecen en los sueños como un lenguaje incomprensible para la mayoría de las personas, pero también pueden constituirse en una gran fuente de información, pues es un material lleno de símbolos y representaciones.

Las series de sueños, al ser relatos provenientes desde lo inconsciente, se instauran como un material de trabajo terapéutico significativo si son rescatados en distintos momentos de la terapia, ya que podrían entregar información valiosa respecto al proceso individual de las personas, y a su vez, los distintos elementos simbólicos que emerjan, pueden estar al servicio del tratamiento.

Este estudio busca explorar estos relatos oníricos a la luz de una actitud simbólica, que facilite al paciente el encuentro consigo mismo, sus motivaciones, conflictos internos y su proceso de individuación.

1.1 Planteamiento del Problema de Investigación

La delimitación nosológica del diagnóstico “Trastornos relacionados con sustancias” descrita en el manual DSM V, afirma:

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). [...] cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. (APA, 2013, p.181)

Es descrita como actividad normal, aquellas interacciones que un individuo establece consigo mismo y con su entorno, y que se ven seriamente deterioradas en fases avanzadas del consumo, llegando a observarse en los pacientes adictos, comportamientos delictuales de distinta índole, asociados a robos a pertenencias

de su propia familia, violencia, comercio sexual, entre otras conductas, destinadas a adquirir la sustancia de la cual se es adicto (SENDA, 2015).

Desde esta perspectiva, y tal como se señaló inicialmente, el consumo de sustancias es un problema social complejo, que en la realidad de Chile, ha atravesado distintas generaciones, especialmente a jóvenes y adultos jóvenes, destruyendo paulatina o rápidamente, según sea el patrón de consumo, su calidad de vida, de vínculos y de proyectos futuros.

Esto ha llevado a que las autoridades se ocuparan directamente y establecieran mecanismos de acción propios de las instituciones gubernamentales, donde se entregan diversos protocolos y manuales de intervención centrados en un abordaje general de la problemática (Sánchez, 2011b). Así, por ejemplo, en las *estrategias nacionales* sobre drogas, se encuentra la Estrategia 2003-2008 que señala "(...) las drogas contienen un potencial desintegrador de la familia, de la convivencia social e incluso de las instituciones del Estado" (p.4).

Si, además, se considera la dificultad que estos pacientes tienen para desarrollar consciencia de enfermedad, y de los procesos que han facilitado sus conductas adictivas, la posibilidad de integrar en su tratamiento recursos terapéuticos que promuevan esta reconexión con su vivencia interna, cobra significativa importancia.

1.1.1 Relevancia del Problema

Las investigaciones que abordan el problema de consumo de sustancias en Chile, son escasas y están en su mayoría orientadas a conocer datos estadísticos asociados al consumo, su evolución y características sociodemográficas y culturales (SENDA, 2013).

Así mismo, desde el punto de vista terapéutico, las intervenciones propuestas corresponden a metodologías que pretenden estructurar al paciente adicto, fomentando su adaptación a la sociedad y reinserción, desde una visión general y de salud pública, elementos importantes y aportadores, pero que dado el

aumento en las cifras de la población con consumo problemático actual, no es suficiente. Faltan investigaciones que orienten respecto a estrategias metodológicas de intervención, sobre recursos clínicos y terapéuticos para ayudar en esta temática.

La relevancia clínica de este estudio, se relaciona con la dificultad para trabajar psicoterapéuticamente con pacientes drogodependientes en un contexto altamente estructurado y predefinido como es una unidad residencial. Así mismo, la droga y sus efectos, disminuyen la posibilidad de co-construir con el paciente un motivo de consulta que vaya más allá de abandonar el consumo.

En este sentido, el material onírico, dada su emergencia espontánea e inconsciente, puede ayudar a comprender el proceso de individuación del paciente, y de este modo, las temáticas centrales necesarias a trabajar psicoterapéuticamente.

Desde el punto de vista teórico, también hay relevancia, ya que enriquecer el trabajo de los dispositivos de atención de pacientes drogodependientes, a partir de la perspectiva junguiana, puede aportar elementos significativos para la comprensión del fenómeno adictivo y proponer estrategias de intervención al respecto, especialmente porque las intervenciones que se observan en este campo, corresponden al modelo cognitivo-conductual de la psicología, no encontrándose mayores referencias del enfoque de la psicología humanista y/o de la psicología analítica en este tipo de trastornos.

Así mismo, los psicólogos que adhieren al modelo, podrían beneficiarse de algunos aspectos del desarrollo de este trabajo, en términos de complementar sus conocimientos con estrategias de intervención susceptibles de aplicarse en distintos dominios del quehacer profesional, o en el trabajo clínico con adultos con otras biopatologías.

En relación a la relevancia política y social, existe incertidumbre en torno a la duración de los resultados de un tratamiento residencial, su eficacia, y la internalización de las herramientas recibidas por los usuarios, hecho que demanda una reflexión seria al respecto. Esto, debido a que es posible observar que el énfasis de los tratamientos estaría centrado preferentemente en cambios

conductuales, sin mayor consideración a los procesos psíquicos, que son los que facilitarían mayor integración e internalización, y por tanto, mayor duración de los resultados.

Dada la necesidad de buscar nuevos abordajes, esta investigación está orientada a desarrollar un análisis profundo de los sueños relatados por pacientes del Complejo Hospitalario San José de Maipo, residentes de un programa de rehabilitación, con el propósito de intentar encontrar en sus series oníricas, elementos atendibles desde la psicología analítica, que puedan dar luces de sus motivos individuales, del proceso vital en el que se encuentran y de los aspectos relevantes a trabajar psicoterapéuticamente.

1.1.2 Pregunta de Investigación

A partir de los antecedentes expuestos, la pregunta de investigación queda planteada de la siguiente manera: *¿Qué aportes pueden entregar las series de sueños relatadas por pacientes con consumo problemático de sustancias de un programa residencial de adicciones, acerca de su proceso de individuación, a la luz del modelo junguiano de análisis de sueños?*

1.1.3 Objetivos de la Investigación

El problema y la pregunta, así planteados, llevan a dirigir esta investigación a través de los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Explorar los posibles aportes de las series de sueños relatadas por pacientes drogodependientes, a su proceso de individuación en el contexto de un tratamiento de rehabilitación residencial, del Complejo Hospitalario San José de Maipo.

Objetivos específicos:

- (1) Discutir el material de series de sueños presentado en dos casos clínicos, a través de temas emergentes.
- (2) Analizar el material de series de sueños presentado en dos casos clínicos, a través de categorías predeterminadas extraídas desde la teoría junguiana.
- (3) Analizar la información recopilada de los relatos de sueños, a través de la actitud simbólica propuesta por la psicología analítica, en el contexto de la experiencia de los pacientes drogodependientes, su tratamiento y su proceso de individuación.
- (4) Describir los aportes del trabajo con series de sueños, desde la psicología analítica, en el tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias.

1.2 Metodología

La investigación propuesta de esta manera, corresponde a un estudio *empírico*, de corte *cualitativo, exploratorio-descriptivo*.

Empírico, porque la exploración de datos y antecedentes, se realizará durante el desarrollo del trabajo, considerando los datos rescatados de entrevistas realizadas a pacientes en tratamiento por policonsumo de sustancias, así como información clínica de sus procesos psicoterapéuticos.

Cualitativo, porque las preguntas que guían la investigación y su acción indagatoria, se mueve de manera dinámica entre los hechos y su interpretación, utilizando una recolección de datos sin medición numérica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Exploratorio, en tanto pretende examinar un tema de investigación poco estudiado, como lo son las series de sueños en pacientes con policonsumo de sustancias en el contexto de un programa de rehabilitación residencial.

Descriptivo, ya que busca identificar y puntualizar las características relevantes de los contenidos simbólicos obtenidos en series de sueños y contextualización con las personas que soñaron, sus situaciones, eventos e interacciones, conductas observadas y su potencial relación con el proceso de individuación que están experimentando.

1.2.1 Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación, corresponde a un modelo fenomenológico, que está basado en una muestra pequeña, donde los datos se obtienen de participantes que relatan parte de su historia y experiencias específicas, con el objeto de describirlas (Roberts, 2002).

Estas entrevistas se basaron, especialmente, en analizar los sueños que los pacientes fueron registrando durante su tratamiento en el Hospital de San José de Maipo.

1.2.2 Población y Muestra

La población para este estudio, se obtuvo de usuarios del programa de rehabilitación de la Unidad de Adicciones del Complejo Hospitalario San José de Maipo. Esta Unidad, es un dispositivo que atiende a personas provenientes de la red del servicio de salud metropolitano sur oriente y, en casos excepcionales, personas de otros servicios. El perfil de usuario corresponde a varones, entre 19 y 65 años de edad, con voluntad de salir del consumo problemático, pero que han fracasado en otras instancias terapéuticas, por lo que el programa residencial es el nivel más complejo y especializado del servicio.

La muestra corresponde a participantes voluntarios para el estudio de casos, y los antecedentes se obtuvieron a través de la técnica de recolección de datos de Entrevistas Clínicas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Todos los participantes dieron su consentimiento informado para las entrevistas clínicas, para la utilización del material recogido en sus sueños y proceso psicoterapéutico.

1.2.3 Plan de Análisis de la Información Recolectada

Los antecedentes recopilados durante la investigación, serán analizados fenomenológicamente a través de la actitud simbólica descrita por Jung. Entendida ésta, como un proceso que ayuda a elaborar los contenidos que emergen desde el inconsciente y que les entrega un significado y un sentido a quien los experimenta, a través de la disposición e intención de integrar su mensaje a la consciencia. Esta elaboración simbólica, por tanto, comprende relacionar los contenidos del inconsciente con las vivencias o experiencias que la persona está teniendo a nivel más consciente (Byington, 2009).

Los antecedentes recopilados durante la investigación, serán analizados a través de un análisis fenomenológico de cada sueño en particular y de la serie de sueños, y, posteriormente, se utilizará el análisis interpretativo del modelo junguiano para comprender los sueños en el contexto del proceso de individuación del soñante (Kron & Avny, 2003).

Cada sueño se analizará a través de la utilización de un análisis fenomenológico, que a través de un proceso inductivo permitirá desarrollar categorías de contenido emergentes, de modo de organizar los temas presentes en cada sueño de los pacientes.

Adicionalmente en cada sueño, se analizará la emergencia de contenido asociado a categorías pre-determinadas extraídas desde la psicología analítica junguiana. Estas categorías (importantes en la comprensión del proceso de individuación de los pacientes) serán las siguientes: elementos asociados al yo, elementos de la persona, elementos de la sombra, elementos asociados a complejo materno, elementos asociados a complejo paterno.

Después de que cada sueño sea analizado por sí mismo, se procederá a integrar el análisis de las series de sueños, tanto en la integración de las temáticas de contenido emergentes, como desde las categorías pre-determinadas.

El análisis interpretativo de los sueños del modelo junguiano será utilizado para analizar el material extraído de las series de sueños de modo de colocarlo en el contexto del proceso de individuación del paciente, a través de la actitud simbólica antes descrita.

La actitud simbólica, ayudará a que la observación del material obtenido a través de las series de sueños, pueda ser revisado, especialmente en relación al concepto de individuación que se exprese a través del material onírico (Jung, 1953).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Consumo de Sustancias

2.1.1 Contextualización histórica del consumo de sustancias

Revisar la historia del ser humano, implica identificar que en distintas épocas y edades, el uso de sustancias ha sido parte de su existencia; el uso de drogas en los seres humanos es tan antiguo como su vida en comunidad.

Existe evidencia de consumo de sustancias alucinógenas con diversos fines: recreativos, rituales y terapéuticos desde el inicio de la historia de la humanidad. Distintas culturas de la antigüedad, en diversos lugares, incluían en sus tradiciones la utilización de plantas psicotrópicas, creando brebajes en base a éstas para el tratamiento de múltiples enfermedades y males. Hace 5.000 años, por ejemplo, el Emperador chino Shen Nung recomendaba la Cannabis contra el paludismo, las constipaciones y los dolores reumáticos (Hofmann y Schultes, 2000). Alrededor de esa misma fecha es posible datar las tablillas de expresión escrita encontradas en Uruk Mesopotamia, que asociaban el uso del opio con el júbilo y el gozar (Escohotado, 1998). Y en diversas e innumerables comunidades, incluidas algunas de Latinoamérica, el uso ritual de plantas psicotrópicas formó parte de su cosmovisión, y fue un elemento fundamental y constitutivo de su religión y medicina.

Sin embargo, los seres humanos no sólo han utilizado las drogas con fines religiosos y terapéuticos, también las drogas psicoactivas se han ocupado y ocupan para generar euforia y embriaguez (Sánchez, 2011a). Este aspecto del uso de drogas, desde un determinado momento en la historia del ser humano, ha sido considerado un factor de riesgo para el desarrollo productivo y el orden general, fin que anhelan diversas sociedades, especialmente las constituidas como Estados, en Occidente.

Tales momentos en la historia del hombre constituyen el punto inicial de un despliegue ininterrumpido de esfuerzos por *regular* y *controlar* el uso de sustancias psicoactivas.

En la Europa *medieval*, donde el uso de estas sustancias en ritos religiosos paganos o en carnavales era no sólo considerado pecaminoso sino prohibido, por asociar su consumo a la posibilidad de conocimientos alternativos a los dictados por la ideología cristiana (Sánchez, 2011a). Dicho de otro modo, durante este periodo los esfuerzos apuntaban a prohibir, ignorar y excluir todos aquellos comportamientos relacionados con el uso de psicoactivos –persecución de la alquimia y las denominadas brujas–, patrón que es coherente con el *modelo de exclusión del leproso*, que intentaba purificar la comunidad vía la expulsión de lo extraño –locos, mendigos, vagabundos, ociosos (Foucault, 2006).

A fines del siglo XVII tal paradigma cede su lugar a un modelo que, por el contrario, busca aproximarse, identificar y delimitar lo desconocido y amenazante, con el fin de ampliar el conocimiento de estos fenómenos, proceder que se concreta a través de prácticas de control y vigilancia exhaustivos de aquellos acontecimientos y de las personas involucradas en éstos.

Ya en el siglo XVIII, las nuevas formas de gobernar demandan conocer y estudiar lo extraño, como imperativo para controlar y vigilar, ya no buscando la purificación de la comunidad, ahora se busca optimizar la salud, la vida y la fuerza de los individuos (Foucault, 2006). De esta manera, el modelo positivo de inclusión potenció que los incipientes gremios médicos retomaran los *conocimientos* y *estudios* de las drogas, iniciando un nuevo período de “aceptación social”, la que en vez de reprimir o disciplinar el consumo de estas sustancias –lógica de exclusión–, potenció el estudio de este fenómeno para su posterior control, vigilancia y tratamiento –lógica inclusiva–, esta vez bajo la institucionalización del rótulo “drogas para usos médicos”.

2.1.2 El consumo de sustancias en Chile

En Chile, el control y la regulación del manejo de drogas aparece inicialmente en el Código Penal de 1875, que en sus artículos 313 y 314 establecía sanciones para los fabricantes no autorizados de preparados medicinales, y para aquellos que estando autorizados, los expendiesen sin cumplir los reglamentos establecidos (Fernández, 2013). Estas normas no se referían específicamente al *uso* de “drogas”, sino que se dirigían a impedir que los medicamentos fueran adulterados, arriesgando con esto la salud pública; en este sentido, definía castigos a quienes participaran de su elaboración y tráfico, sin pronunciarse con respecto al consumo de estas sustancias.

A comienzos del siglo XX, el Consejo Superior de Higiene Pública *normó* el funcionamiento de droguerías y farmacias a través de directrices que *prohibían* el expendio, sin receta médica, de preparados que contuviesen coca, opio, cáñamo y sus derivados; pero esta iniciativa no fue unívoca, se sumaba a ella la expresión, desde algunos gremios, de demandas de control y vigilancia de los drogadictos. Es en respuesta a estas inquietudes que, en 1933 la Asociación Gremial de los farmacéuticos llamaba a establecer un *registro* de usuarios de morfina y cocaína “acostumbrados por el tiempo al vicio”, e instaban a que alguna institución de salud acogiese a estas “víctimas del vicio”, y se buscara su recuperación (Fernández, 2013). Desde este mismo Gremio, en 1936, el farmacéutico Alejandro Montero exigía la formación de un Sanatorio especial para toxicómanos, instalándose en esos tiempos la certeza de que el Estado debía asumir la función de *vigilancia* y *rehabilitación* de los drogadictos.

En este sentido, Inés Enríquez Frodden, en su escrito de 1938: “Trastornos Mentales en las Intoxicaciones”, denunciaba la inexistencia de los asilos de temperancias que contemplaba la legislación anti-alcohólica de comienzos del siglo y de sus reemplazos ordenados por la Ley de Alcoholes de 1938, los Institutos de Re-educación Mental. Esta Ley establecía que el ingreso a estos establecimientos se realizaría por orden judicial y con los fines de *rehabilitación* y *cumplimiento de condenas*.

Esta visión de *necesidad de tratamiento*–vigilancia, re-educación mental y normalización–de los consumidores, se instaura definitivamente en la segunda mitad del siglo XX en Chile.

Ilustrativo de aquello es el discurso de promulgación de la Ley 17.934 de 1971, que básicamente actualiza las *normas de represión* al tráfico de estupefacientes, en el cual el Presidente de Chile, Salvador Allende, expresó: “Los consumidores, más que una sanción punitiva, requieren de un tratamiento educativo, médico o psicológico, que les permita su recuperación y su efectiva rehabilitación social” (Allende, 1971, p. 6).

Estos llamados por someter a tratamiento –o normalización- a quienes consumen drogas, además de constituirse como maniobra de control de la producción y tráfico de drogas, no configuraron una *estrategia integral* hasta los albores del siglo XXI. Fue a partir del retorno a la democracia en 1990 en Chile, que se creó una institucionalidad centralizada, CONACE, actual SENDA, organismo Estatal que se ocupa de las temáticas relacionadas con el consumo, producción y comercio de sustancias psicoactivas ilegales. Esta institucionalidad construye las políticas públicas respecto de las drogas bajo el paradigma denominado “sociedad libre de drogas”, el cual fundamenta su ámbito de acción en la *extirpación* social total de toda forma de consumo, producción, compra y venta de cualquier sustancia psicoactiva no legalizada (Sánchez, 2011b).

Este paradigma ha guiado las *estrategias nacionales* sobre drogas, dado que se ha convertido en un problema social de difícil manejo. En coherencia con este paradigma, la actual ley 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, continúa en la línea de *perfeccionar y endurecer las sanciones* para quienes producen y trafican drogas ilegales, y los diversos programas destinados a la *rehabilitación* de quienes las consumen buscan *recuperar* –o normalizar– a las personas para que desarrollen una vida libre de drogas y/o alcohol, y se integren socialmente, ejerciendo sus deberes y derechos ciudadanos (SENDA, 2011, 2014).

Por su parte, durante las últimas décadas, las estrategias impulsadas por las Políticas Públicas de Salud Mental respecto del consumo de drogas y la rehabilitación de los sujetos adictos, han sido vehiculizadas a través de prácticas concretas en los establecimientos de salud mental públicos, todas prácticas definidas por *discursos de verdad* propios de las disciplinas *Psi*, presentes en las guías clínicas y lineamientos técnicos acerca del diagnóstico y de los tratamientos para estos sujetos.

2.1.3 Diagnóstico del consumo problemático de sustancias adictivas, según el DSM V

La delimitación nosológica del diagnóstico “Trastornos relacionados con sustancias” descrita en este manual, afirma:

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). [...] cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. (APA, 2013, p.182).

Respecto de las diez clases de drogas enumeradas, este manual clasificatorio especifica los *mismos* criterios “biológicos” y “conductuales” para el diagnóstico de una adicción a cualquiera de estas sustancias -no se observan diferencias entre una y otra droga.

2.1.3.1 Trastorno por consumo de [alguna droga]¹

“Un modelo problemático de consumo de [la droga] que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume [la droga] con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de [la droga].
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir [la droga], consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir [la droga].
5. Consumo recurrente de [la droga] que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de [la droga] a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de [la droga].
7. El consumo de [la droga] provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de [la droga] en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de [la droga] a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por [la droga].
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

¹El concepto entre paréntesis es indiferente, por cuanto para las diez clases de sustancias definidas se expresan los mismos criterios diagnósticos.

- a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de [la droga] para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de [la droga].

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de [la droga].
- b. Se consume [la droga](o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.” (APA, 2013, p. 259).

A partir de esta definición diagnóstica es posible realizar dos análisis: *uno*, relacionado con un enfoque biologicista del diagnóstico de este trastorno; *otro*, asociado a la noción de “actividades normales”, de donde surge la interrogante respecto de qué es considerado, por este referente diagnóstico, una *actividad normal*.

La *perspectiva biologicista* queda en evidencia, primero, en el criterio general que describe las adicciones como un problema de salud mental haciendo alusión al hecho de que el consumo excesivo de una sustancia adictiva activa el *sistema de recompensa* cerebral, lo que refuerza ciertas conductas y recuerdos en desmedro de otras actividades consideradas *normales*. Esta explicación de la forma en que opera el cerebro en las adicciones, se fundamenta en un saber científico ampliamente validado.

¿De dónde extrae este poder dicho discurso? Foucault respecto del discurso científico y el poder que detenta, expresa que éstos funcionan como discursos de verdad por su *status* científico, o como discursos formulados, y formulados exclusivamente por personas calificadas, dentro de una institución científica (Foucault, 2006).

De esta manera, el discurso que puntualiza el origen cerebral de las adicciones encuentra su respaldo y veracidad en la institucionalidad científica, ampliamente validada como generadora de “verdades”, por lo que resulta difícil

cuestionarla. No obstante, la finalidad de esta descripción no apunta a invalidar la ciencia como discurso hegemónico de “verdades”, sino examinar qué hay tras esta definición específica de las adicciones, qué se encuentra implícito en este discurso de poder, y qué serie de acciones conlleva este sistema de poder, para de esta forma, poder discernir si el camino recorrido hasta el momento, en términos de intervención para rehabilitación en drogas, es suficiente o susceptible de mejorar.

Volviendo a la descripción, la definición nosológica presentada, destaca que tal reactivación cerebral del sistema de recompensa cerebral refuerza ciertas conductas, recuerdos y actividades en vez de otras actividades consideradas *normales*. Si se examinan los criterios diagnósticos, se logra observar que queda manifiesto lo siguiente:

- el sujeto invierte mucho *tiempo* en las actividades necesarias para conseguir la droga, consumirla o recuperarse de sus efectos (criterio 3);
- el consumo recurrente de la droga lo lleva al *incumplimiento de los deberes* fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (criterio 5);
- el consumo de la droga provoca el *abandono o la reducción de importantes actividades* sociales, profesionales o de ocio (criterio 7).

¿Qué exhiben en común estos tres criterios? En ellos se asocia la anormalidad mental de la *adicción* con el hecho de que el sujeto “drogadicto” invierte *demasiado tiempo* en realizar actividades que lo dejan excluido del sistema político-económico reproducido socialmente. Visto de esta forma, este *discurso* destaca que el sujeto incumple con “deberes” familiares y laborales, entonces, se desprende que deja de ser un sujeto productivo y se transforma en una carga económica para el Estado; reiterándolo al referir, usando el juicio de valor “importantes actividades”, que se encuentra sumido en actividades por tanto “menos importantes”, que escapan al control institucional/social, finalidades no explicitadas por estos sistemas de poder.

Por otro lado, este otro criterio: “Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de [la droga]” (criterio 1), desde el cual se deduce que el sujeto ha perdido su capacidad volitiva, por lo que debe ser administrada por los dispositivos -Centros de Salud- de este sistema de poder más amplio.

Este acontecimiento discursivo, por tanto, incorpora al sujeto adicto en una dinámica específica, y con ello, él mismo participa de una auto-subjetivación que lo definiría como: inhábil -por tanto se le debe re-habilitar-, sin volición, perdido en actividades poco importantes y faltando a deberes sociales relevantes -familiares, laborales-.

Algunos de los mensajes que institucional y socialmente van fortaleciendo este discurso hegemónico y homogenizante son: “Al consumir [la droga] has perdido tu capacidad de controlarte, tu voluntad y no podrás dejar de consumirla si no es con la ayuda de especialistas”²; “Ser drogadicto es estar enfermo para toda la vida, no tiene cura, uno siempre es drogadicto, aunque haya dejado de consumir, porque siempre existe el peligro de la reincidencia”³ “La droga te consume, te esclaviza, te hace perder tu familia, tu trabajo, todo lo que tenías.”⁴

¿Qué tipo de poder se despliega a partir de definiciones como éstas, mensajes que cuentan con el respaldo del poder científico como discurso de verdad?

¿Qué subjetividades van siendo co-construidas a partir de estos discursos científicos, institucionales y sociales?

²Relato dominante en Centros de Salud Pública, especialmente en personas formadas en rehabilitación de drogas del Programa SENDA (por cuestiones de confidencialidad su identidad se mantiene en reserva).

³Verbalizaciones de familiares de pacientes en instancias grupales de rehabilitación y psicoeducación familiar, en Unidad Residencial del CHSJM.

⁴Spots audiovisuales en Chile: www.youtube.com/embed/desiVdNvo1w frameborder="0" allowfullscreen></iframe>

Es un poder que identifica, distribuye, clasifica y estudia las diferencias, todo con el fin de engrosar el acervo de conocimientos y saberes científicos hacia la normalización u homogenización de los sujetos.

Si se observa lo señalado, las intervenciones que se desprenden a partir de esta visión, en general van dirigidas a entregar una serie de recursos que adiestren al sujeto a la normalidad que de él se espera, sin considerar muchas veces, sus motivaciones personales e intereses particulares en el tratamiento.

En este mismo sentido, y enfatizando el mismo fin de poder descrito, la época clásica fue creando técnicas de poder “que pudiesen transferirse a soportes institucionales muy diferentes, ya sean los aparatos estatales, las instituciones, la familia, etc. (...) elaboró lo que puede llamarse un *arte de gobernar (...)*” (Foucault, 2006, p. 56).

Este mecanismo entraña un dispositivo del tipo disciplinario que no intenta prohibir, impedir, aislar –modelo de gobierno feudal históricamente superado-, sino reproducir un *poder de normalización*, cuya función es positiva, por cuanto produce nuevos discursos basados en saberes y conocimientos para la intervención y transformación, a través de la reproducción de éstos, efectuada por los mismos dispositivos institucionales y por los mismos sujetos de intervención.

En este contexto, los esfuerzos de rehabilitación que se enfatizan desde las autoridades, y que son reproducidos en estas instituciones, basan sus estrategias en modelos de entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual, esencialmente, como forma de restituir a la *normalidad* a estos sujetos, moldeándolos y recordándoles lo que se *espera* de ellos socialmente, más que escuchando sus razones más profundas de haber caído en la drogadicción.

El desarrollo de esta investigación surgió desde la necesidad de incorporar recursos nuevos a esta forma de aproximación del fenómeno adictivo. La propuesta de la mirada humanista en general, y la junguiana en particular, apuntan justamente a la oportunidad que cada persona tiene de reencontrarse consigo

misma, incorporando en su tratamiento una observación profunda de sus motivos, sus dolores y sus necesidades individuales.

A continuación, se analizará el manejo conductual vigente que se tiene de la patología en los distintos programas existentes para este fin.

2.1.4 Tratamiento y rehabilitación. Métodos actuales a nivel nacional

Respecto de los *programas de tratamientos* elaborados para estos efectos, se ha establecido que estos consideren que los usuarios cumplan etapas con diversos objetivos, intensidades y niveles de profundización, para lo cual es esencial distinguir entre desintoxicación, abstinencia temprana, recuperación avanzada y seguimiento. Este último es de mucha importancia, dado que las dependencias se consideran como patologías *crónicas* (Arcila, 2001).

Existen programas de tratamiento con modalidad residencial y ambulatoria, los que se diferencian en su grado de estructuración; para un problema de mayor complejidad, se requiere mayor estructura. Conforme a ello, los programas de mayor contención son los de tipo *residencial*, con una estructura estricta, intenso calendario de sesiones educacionales, terapéuticas y de formación, individuales y en grupo, para promover la rehabilitación (SENDA, 2013). En estos programas confluyen en un mismo ambiente terapéutico diversas disciplinas con un enfoque similar, lo cual ayudaría a disminuir el abandono del tratamiento por parte de los pacientes, así como aumentaría los resultados exitosos (Miller & Rollnick, 1999).

Desde estos dispositivos, se establece además que la conjunción de antecedentes recogidos en el diagnóstico integral debe ser la *base* sobre la cual se decida el tipo de plan que mejor responda a los requerimientos específicos del paciente, y se formule un Plan Integral Individual de Tratamiento (SENDA, 2013).

Además, está consensuado que, en el ámbito de los tratamientos de las dependencias, la psicoterapia usada preferentemente es la Cognitivo-Conductual (TCC), pues posee diversas aplicaciones: automonitoreo, manejo de contingencias, control de estímulos o entrenamiento en habilidades de distinto

tipo. La implementación más completa de la TCC se ve reflejada en los programas de Prevención de Recaídas (PR), serie de intervenciones que tienen por finalidad enseñar a que las personas portadoras de una adicción aprendan a conducirse mejor, modificando aquellos pensamientos y conductas que facilitan la vía a la recaída, al tiempo que va adquiriendo un patrón general de conducta (estilo de vida) compatible con la recuperación (Waldron, 2001).

Desde estas modalidades de intervención y los fines que persiguen, es posible observar cómo este afán porque los individuos “aprendan a conducirse mejor” es parte de una tecnología del yo (Foucault, 2002), que permite a estos individuos, solos o con ayuda de otros, realizar operaciones sobre su cuerpo y su alma, con el fin de alcanzar otros estados esperables, y por esta vía aprender el “auto-gobierno”, que ya no requiera de la intervención de otros para su disciplinamiento.

Tratamiento y Rehabilitación, por tanto, son términos que atraviesan la intervención que las disciplinas *psi* integran en su desempeño con sujetos adictos, conceptos definidos como: “procesos integrales dirigidos a la detección, asistencia, cuidado de salud e integración social de personas que presenten problemas de abuso y dependencia a sustancias.” (WHO – UNDCP – EMCDDA-2000). La *rehabilitación* -de hecho- consiste en un tratamiento *estructurado* en etapas, que tiene por objetivo lograr que los pacientes, algunos de ellos condenados y penados del medio libre, una vez egresados del programa, se reintegren socialmente sin consumo de drogas y lo mejor adaptados posible a su medio (Lizarbe, 2009).

Esta tecnología *re-adaptativa*, hace equivaler adaptación como *ajuste al medio*, de tal forma que el adaptado –el normal–, es aquel que produce respuestas ajustadas a las exigencias sociales -en términos de normas y legalidad de un sistema único-.

Ahora bien, dentro de este proceso de rehabilitación, es llamativa la entrega de recursos de *reinserción laboral*, que corresponde a una instancia donde los usuarios son *habilitados* para que puedan reincorporarse al mundo del trabajo.

Esta intervención busca instancias de capacitación con instituciones asociadas o en convenio, que puedan proveer capacitaciones útiles para el perfil del paciente (SENDA, 2013).

En esta iniciativa, como parte de la reinserción y ajuste al medio del sujeto adicto, aparece más claro el hecho de que la rehabilitación -normalización- no sólo busca el disciplinamiento de los cuerpos, para alcanzar cuerpos sanos, también persigue alcanzar cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos dóciles (Foucault, 2002) para la disciplina productiva mercantil.

Esta visión *técnico racional* de la psicoterapia, como solucionadora de problemas para reconstituir una 'normalidad' asumida como natural o autoevidente, se hizo progresivamente dominante, tanto en los servicios de salud mental públicos como privados (Pakman, 2010); y coincidió con la llamada "década del cerebro" y con el progreso de la psicofarmacología, los que a su vez promovieron de manera implícita una concepción de lo mental como meramente cerebral, lo que supuso el ocaso de lo social como aspecto constitutivo central de lo mental (Pakman, 2010). Hasta la actualidad, en Chile se mantiene una postura biologicista para explicar el proceso adictivo. En las capacitaciones y cursos de especialización, los conceptos biomédicos son los contenidos centrales (SENDA-UC, 2015). Los aspectos psicosociales se van incorporando con prudencia en el criterio de funcionamiento global de los centros que atienden pacientes con problemas de consumo, por lo que el foco está puesto en la contención conductual y farmacológica del trastorno.

Según lo descrito, en el análisis que domina en los modelos de tratamiento y rehabilitación expuestos, se observa que, en concordancia con lo referido respecto al modelo que impera en relación al diagnóstico de las adicciones, relativo a que el sujeto incumple con "deberes" familiares, laborales, y que por tanto, se transforma en una carga económica para el Estado, examinamos de qué manera el *tratamiento* se sirve de técnicas de condicionamiento y aprendizaje conductual, para "*enseñar* a que las personas portadoras de una adicción *aprendan a conducirse mejor*, modificando *pensamientos y conductas*, al tiempo

que adquiriendo un patrón general de conducta (estilo de vida) compatible con la recuperación.

A partir de este enunciado, aparece implícita la idea de que el tratamiento de adicciones debe apuntar a enseñar -por tanto es algo que el sujeto al parecer desconoce- a los 'drogadictos' para que aprendan a conducirse mejor.

En este segundo apartado del enunciado queda implícita la idea de que el sujeto adicto no se conduce o no se comporta bien. Entonces, ¿Se porta mal? ¿Cuál sería el papel del médico o del psicólogo frente a esta aseveración?

Respecto de este discurso -pero esta vez ligado a la pericia médico legal-, M. Foucault se refiere a términos que nos hablan de 'escenitas infantiles' (pereza, orgullo, oposicionismo, etc.); calificadas por los mismos términos que utilizan los padres "o la moralidad de los cuentos y fábulas infantiles", y que van creando el campo de las nociones de la *perversidad* (Foucault, 2006).

Por tanto, ¿a quién tiene en frente un profesional de las disciplinas de la salud mental, si se conduce según este discurso? Quizás ya no a un sujeto, sino el objeto de una tecnología y un saber de reparación, readaptación, reinserción, corrección. Y, al mismo tiempo, ¿quién tiene al frente el paciente? Quizás a un ser humano que tampoco se conoce, que pudiera no haber trabajado sus propias heridas y que, por tanto, tuviera dificultades en resonar con las heridas de su paciente.

Como se señaló en la Introducción de esta investigación, la relevancia clínica está orientada en el sentido de examinar nuevas posibilidades, de ofrecer a los usuarios de tratamientos de rehabilitación una alternativa de co-construcción de un propósito de recuperación que se base en sus propios requerimientos, donde los elementos de su vida psíquica queden a disposición del paciente y pueda recoger la información que desde sí mismo surge para encontrar el camino de individuación que recorre.

Jung planteó el proceso de individuación como un camino que emprende el ser humano y del que va a participar espontánea o guiadamente, pero que es

ineludible. Como su nombre lo sugiere, implica individuarse, separarse de los demás, para ser más sí mismo, y paradójicamente, alcanzar la totalidad (Jung, 1990). Este camino significa ponerse de acuerdo con la verdadera naturaleza humana, por tanto, es necesario reconocerla, validarla, e integrarla a la propia vida (DeBus, 1994).

Atendiendo a las ideas anteriores, se examinarán a continuación, los elementos centrales que componen un proceso de rehabilitación formal, con orientaciones del SENDA-Ministerio del Interior, y cuyas directrices son evaluadas en asesorías periódicas en los centros que este organismo financia.

2.1.4.1 Concepto de Tratamiento

El tratamiento en drogodependencias puede definirse como una gama de intervenciones, estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole, causados por el abuso y/o dependencia de drogas, y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. En este punto, podríamos observar el concepto de subjetividad propuesto por Aceituno (2014), definiéndose al sujeto adicto, no desde la visión nosológica, sino como sujeto definido por una disciplina/cultura.

Según el Comité de Expertos en Fármacodependencia de la OMS, el término “tratamiento” se aplica al:

[...] proceso que comienza cuando las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud, o de otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas, hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible. (OMS, 1998, p. 3).

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms, se añade:

Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas, una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de

liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena (ONU, 2003, p.73).

En estos dos elementos, se observa claramente la condición política y de poder, por lo tanto, que se ejercen a nivel de determinados grupos, para el abordaje del problema.

Desde el punto de vista de salud mental, y siguiendo el criterio de definiciones dadas por los grupos de trabajo en el área de adicciones, el sujeto adicto experimenta la libertad de consumir cierta sustancia, pero paradójicamente queda sometido a ella.

En relación a los modelos de tratamiento desde la mirada genealógica, estas intervenciones, lejos de ser estáticas, se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos, entre otros, que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo (ONU, 2003).

En términos generales, un proceso de tratamiento pretende no sólo favorecer el abandono del consumo, sino también, alcanzar éxitos parciales en el desarrollo de un funcionamiento general más armónico, tanto para la persona como para su entorno social. Esto es, readaptarse a la sociedad que la ha excluido por su condición de adicto.

Los tratamientos están orientados, idealmente, hacia varios niveles: *a las personas, a las familias, al contexto comunitario inmediato y al entorno social más amplio*. La eficacia de una intervención terapéutica se funda en ciertos principios básicos: promover la responsabilidad personal en el mantenimiento de la abstinencia, fomentar el apoyo y la participación de personas, familias y comunidades.

En el tratamiento coexisten los planos biológico, psicológico y social. A pesar de que cada profesional debe estar especializado en un área determinada, se constata la necesidad de intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica, para promover las bases del cambio conductual en el mediano o largo plazo.

La intervención en el *plano biológico* coincide, en la práctica, con la intervención que realiza el médico en el área sanitaria mediante procedimientos y técnicas que generan soporte farmacológico al proceso y psicoeducación en el área biomédica. La intervención en el *ámbito psicológico* es aplicada por el psicólogo, mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativas a su campo.

En el *plano social*, la intervención es responsabilidad de los Asistentes/Trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, además de los técnicos en rehabilitación, supervisados por profesionales, quienes deben utilizar técnicas que apoyen la reinserción familiar, social, educacional y laboral.

El planteamiento intenta abarcar las interacciones que se producen entre lo social, lo biológico y lo psicológico, dando lugar a la naturaleza biopsicosocial de las drogodependencias.

En este punto, podemos encontrar mecanismos de la práctica del poder, donde el discurso/saber de la institucionalidad va paulatinamente fomentando el *disciplinamiento* para que el paciente, usuario de los tratamientos de salud mental, alcance el autoregulamiento esperado, es decir, se convierta en su propio “policía del discurso” (Morales, 2014).

Siguiendo este análisis, el proceso de intervención terapéutica, debe ser semejante al proceso científico de comprensión de un fenómeno:

- Evaluación, delimitación y surgimiento del problema.
- Formulación y control de las hipótesis.
- Selección de objetivos.
- Especificación de variables.
- Tratamiento (comparación con la realidad).

- Evaluación del proceso y del resultado.
- Seguimiento de los resultados alcanzados

Las variables a trabajar y las diversas áreas que se abordan en los distintos niveles de intervención, que constituyen las herramientas que el sistema de salud recoge para el desarrollo de esta expresión de biopoder, quedan reflejadas en la siguiente descripción de un programa de rehabilitación.

2.1.4.2 Características de un programa terapéutico de rehabilitación

Como se ha expuesto, existe una exclusión del consumidor de drogas en cuanto ciudadano, lo cual constituye un quiebre de sus derechos sociales. En muchas ocasiones, la persona adicta a una sustancia termina sintiéndose discriminada por su entorno, que lo juzga y aísla, sin realizar intentos reales por comprender su problemática, ni ayudarlo a resolverla.

Desde esta perspectiva, por tanto, un camino para enfrentar el consumo problemático, debe no tan sólo descansar en proveer a las personas de un acompañamiento terapéutico que permita explorar sus necesidades, capacidades y favorecer el desarrollo de habilidades, sino que también, ayudar a construir una sociedad más accesible e integradora, lo que implica descriminalizar el fenómeno y facilitar la integración social o derecho de ciudadanía de los diferentes grupos sociales y culturales excluidos o en riesgo de exclusión. Una evaluación positiva de la intervención en personas que enfrentan el consumo problemático consiste en la ampliación del espacio de ciudadanía, en el acceso plural a los recursos y medios de vida de todos los ciudadanos, en definitiva a favorecer su integración social (Hoyos, 2009).

Un Programa Terapéutico eficiente, debe contemplar como base fundamental en su propuesta (Hoyos, 2009):

Un enfoque integral y multidisciplinario, que se centre en el desarrollo humano, en los recursos propios, en el potencial de cambio y las capacidades de enfrentamiento y superación de las personas, las familia y comunidades usuarias de los programas de rehabilitación, tanto como de los equipos de trabajo. Se pretende, desde esta perspectiva, que los sujetos puedan superar las adversidades generadas por ésta u otras dificultades psicosociales y mejorar su calidad de vida.

El concepto de integralidad es importante, porque intervenir con un ser humano significa, necesariamente, diversidad, complejidad, pluralidad de oportunidades y de definiciones. La responsabilidad profesional se concreta en el deseo de transmitir y de hacerlo del mejor modo posible, aun sabiendo que la intervención es siempre perfectible.

La formación permanente y la supervisión son las herramientas de las que el profesional se sirve, dotando a su trabajo de la calidad que requiere. Desde el enfoque junguiano, la propuesta incluye la posibilidad de que el propio terapeuta se analice terapéuticamente, pudiendo de esta manera convertirse en un mejor instrumento para el otro, ya que habrá explorado sus propias temáticas y complejos (Jung, 1935).

Desde esta perspectiva, la visión humanista y la de Jung, facilita una aproximación al mundo de las adicciones, que no es segregadora ni estigmatizante, sino integradora. Esto implica suspender el enjuiciamiento para así poder acoger a las personas con sus historias, recursos, sueños y limitaciones, promoviendo espacios de libertad en los cuales puedan encontrarse consigo mismas llegando a ser los seres humanos que realmente quieren ser. Poner los problemas asociados a las drogas entre paréntesis supone entender que las experiencias dolorosas por las que pasan los sujetos pueden ser transitorias, y no marcar de manera negativa y permanente sus vidas.

Estas experiencias dolorosas y los elementos que subyacen a la decisión de consumo, así como el proceso de individuación en que el paciente se encuentra, puede ser explorado a través de sus series de sueños y de este modo

aportar en la forma de abordar el problema adictivo, permitiéndole al paciente conocer más de sí mismo, de las causas más profundas que lo han llevado a consumir, a perder su vida y sus afectos por la droga, dándole una oportunidad de optar por un camino diferente, de retomar la vida que llevaba o explorar nuevos caminos, sabiendo quién es y lo que quiere ser.

Sin embargo, la realidad muestra que los organismos estatales, solicitan a los centros un método de trabajo más estructurado y acorde a las demandas institucionales. En este sentido, un programa residencial debe probar continuamente su eficacia y capacidad de encausar los esfuerzos del sujeto por salir del consumo, a una vida más adaptativa y normada, socialmente hablando. Es habitual en este sentido, la exploración constante y empleo efectivo de metodologías de probada calidad técnica, que le ofrecen a los equipos, construir planes individuales de trabajo evaluables con periodicidad.

Estos planes de tratamiento, se realizan desde la mirada del equipo que trabaja, y no necesariamente incorporan las observaciones que el propio residente considere necesarias de abordar en su proceso de rehabilitación.

2.1.4.3 Perspectivas para el trabajo con personas con consumo problemático de drogas

Las intervenciones en el Programa Terapéutico para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas, se realiza desde la perspectiva de los siguientes enfoques y modelos teóricos (Hoyos, 2009):

1. Enfoque con perspectiva de género: Se busca reconocer las particularidades del proceso de socialización de hombres y mujeres; develar la relación entre acontecimientos traumáticos de la infancia e historia familiar en la génesis del abuso de drogas; el impacto de la identidad de género sobre la salud física y mental; la motivación diferenciada para el uso, abuso y dependencia de drogas, los factores asociados al consumo de sustancias en hombres y mujeres; la comorbilidad diagnóstica y la patología dual; sus motivaciones a tratamiento, y las

estrategias terapéuticas más eficaces según la evidencia clínica actual. Estos objetivos deben estar presentes como marco teórico a la base de los distintos modelos terapéuticos, y trascender las actividades terapéuticas, facilitando en las personas el reconocimiento de su problemática personal, en un contexto social y cultural donde el hombre y la mujer han adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados, pero no necesariamente afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal (CONACE, 2006).

2. Enfoque biopsicosocial: Incorpora el abordaje de la problemática biológica, psicológica y social de cada una de las personas en tratamiento, de forma integral y complementaria. En lo biológico, informa de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias en hombres y mujeres y potencia el desarrollo de un estado de salud favorable. En lo psicológico, se promueve el trabajo en reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, desarrollo de habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares.

Una mirada desde la psicología analítica junguiana, en este sentido, incorporaría elementos psíquicos profundos, presentes en la vivencia del paciente, que están en su cotidiano, pero que en la mayoría de los casos no se alcanzan a reconocer ni integrar.

En lo social, deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña (CONACE, 2006). Nuevamente, el foco está puesto en readaptar al sujeto a su medio social.

3. Enfoque en red: Se relaciona con integrar la atención terapéutica en el conjunto de planes y acciones socio sanitarias existentes para la población general. Planificar el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones artificialmente y manteniendo un enfoque con perspectiva de género,

que promocióne la autonomía, la integración social y la construcción de un estilo de vida saludable (CONACE, 2006).

4. Enfoque interdisciplinario: Asegura la participación de varias disciplinas complementarias y sinérgicas entre sí, otorgando los espacios correspondientes para que cada técnico y profesional aporte desde su quehacer hacia una meta común. Este enfoque se caracteriza porque no acepta intervenciones reduccionistas, sino que trabaja con la gran complejidad del consumo problemático, mediante niveles interrelacionados (multidimensional). Además, contribuye al logro de las metas terapéuticas desde diferentes marcos teóricos (multiparadigmático) (CONACE, 2006). Es un modelo poco aplicado en Chile, ya que la tendencia es a que cada grupo de profesionales se encargue de su área de especialización, sin trabajar en forma conjunta y sincrónica los otros aspectos que demanda el paciente que presenta policonsumo.

5. Enfoque de Reducción de daños: Este enfoque se plantea como una alternativa de salud pública, frente a los modelos "moralista/criminalista" y "de enfermedad" del consumo problemático de drogas. Focaliza la atención hacia las consecuencias o efectos del consumo problemático.

Tales efectos son evaluados principalmente en términos de ser dañinos o útiles al consumidor y al resto de la sociedad, y en muchas ocasiones, partiendo de la base de ser una conducta considerada en sí misma moralmente correcta o errónea, de esta manera ofrece un campo de principios reducido en cuanto a la explicación de las causas del consumo y sus procedimientos son esencialmente diseñados para reducir las consecuencias dañinas del consumo problemático (Marlatt y Gordon, 1998).

6. Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente: Esta perspectiva plantea que el modo en que las personas modifican sus conductas es dinámico, pues ocurre en distintas fases y que es posible intervenir diferenciadamente en cada una de ellas. Es una visión de tipo procesal, que propone que la conducta se modifica paulatinamente, con avances y retrocesos. Es un modelo que identifica 3 dimensiones en la modificación de las conductas: las etapas del cambio (el

cuándo), los procesos del cambio (el cómo) y los niveles del cambio (el qué). Se distinguen 5 etapas de cambio: Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. El avance de la persona no es lineal, pues completa algunas etapas, recae y retrocede a etapas anteriores para luego avanzar a una superior; por lo mismo, la duración de este proceso varía según cada persona y según la complejidad del problema (CONACE, 2004). Este es un enfoque, por tanto, que considera la evolución del paciente, sus tiempos y necesidades particulares; aunque sin profundizar en su proceso personal, es capaz de acompañar al sujeto considerando su individualidad.

7. Modelo Comprensivo Evolutivo: El enfoque comprensivo supone considerar para la intervención la diversidad de características propias de los adolescentes (evolutivas, históricas, socioculturales). Se entiende a la adolescencia como un período normativo de transformaciones a nivel físico, psicológico y social, donde la constante pareciera ser lo transitorio, complejo y confuso. El joven transita de manera ambivalente entre la dependencia infantil y la autonomía de la edad adulta, procesos que fundan y enmarcan la definición de su propia identidad (CONACE, 2004).

8. Modelo Ocupación Humana: El Modelo de Ocupación Humana considera a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, que se organizan a sí mismos, desarrollándose constantemente y cambiantes en el tiempo (CONACE, 2004). De esta manera, el modelo organiza diferentes aspectos tales como la motivación, comportamiento y cognición resultando relevantes para el entendimiento de la ocupación. El objetivo que se persigue es poder establecer un grado de desempeño funcional, comprendiendo que a través de las actividades con propósito u ocupación se pueden obtener mejoras en el funcionamiento y mantenimiento de roles ocupacionales significativos, y así mejorar la calidad de vida de las personas.

9. Modelo de Integración Socio-ocupacional: El modelo de Integración Socio Ocupacional es un proceso que se puede denominar continuo y flexible, que implica diversas acciones en distintos niveles, siendo un concepto interactivo que

implica tanto cambios en la persona como en el entorno social y solo se consigue cuando el usuario logra una participación satisfactoria en los distintos ámbitos de la vida en la sociedad (CONACE, 2004).

10. Modelo de Habilidades para la vida: Corresponde a un modelo educativo centrado en la enseñanza de diez destrezas que ayudan a afrontar las exigencias y desafíos de la vida diaria en adolescentes. Son de naturaleza psicosocial: pueden aplicarse en el área de las acciones personales, las relaciones sociales o las acciones para transformar el entorno a favor de la salud y el bienestar. Su esencia incluye tanto el empoderamiento y la realización individual, como la lucha por objetivos comunes. Habilidades para la Vida se enraíza en la Carta de Ottawa y persigue mejorar la capacidad de las personas para vivir una vida más sana y gozosa, con mayor control sobre los determinantes de la salud y el bienestar, y participando en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

Como se puede observar, en especial estos últimos tres modelos promueven el reaprendizaje y readaptación a un sistema social asignado por otros, donde el sujeto sólo sigue indicaciones y las aplica para su beneficio de reinserción.

2.1.4.4 Programas de Rehabilitación Residencial

Dentro de la gama de opciones que da el servicio de salud, para la rehabilitación en drogas, las unidades residenciales son la última alternativa, se accede a estos programas cuando los anteriores (ambulatorio, intensivo) no han dado resultados positivos y el usuario/usuario sigue sin lograr abstinencia, ni siquiera reducción de daños⁵.

⁵ Reducción de daños es un concepto actual en drogodependencias, se relaciona con la posibilidad de que la persona adicta a sustancias llamadas “duras”, pueda disminuir su frecuencia de consumo, o cambiar la sustancia por otra que cause menos deterioro en su calidad de vida (SENDA 2014).

Un programa residencial, se caracteriza por constituirse en un hogar sustituto para sus usuarios, donde estarán en calidad de hospitalizados por un tiempo no menor a 6 meses y, normalmente, hasta 1 año de tratamiento.

En su condición de residentes, las personas internas tienen sus necesidades básicas cubiertas, tienen un lugar donde dormir, agua caliente, alimentación. Y, además, el programa ofrece una planificada programación diaria donde los usuarios reciben terapias individuales y grupales, en distintas áreas: estimulación cognitiva, psicoterapia, taller de habilidades para la vida cotidiana, prevención de recaídas, entre otras prestaciones (SENDA-CHSJM, 2015).

El foco del tratamiento está dado en la recuperación de habilidades que permitan al residente reinsertarse en la sociedad, por tanto, se privilegia la entrega de conocimiento de algún oficio o labor que le permita al usuario generar recursos económicos una vez egresado de la unidad.

En este sentido, se puede observar el enfoque de adiestramiento y psicoeducación frecuente que se instala en estos centros de atención, donde las personas deben seguir normas claras y preestablecidas bajo la indicación de que necesitan “recuperar su estructura”. Esto implica que, si dentro del proceso de rehabilitación, la persona no cumple con los lineamientos establecidos, muchas veces es dada de alta por falta disciplinaria.

Una unidad residencial, por tanto, funciona de forma similar a una comunidad terapéutica. Ambas tienen un propósito general, una estructura organizativa, el orden depende de la adaptación de sus participantes; además de contar con reglas formales, normas implícitas, valores y creencias particulares (De León, 2000).

Sin embargo, y a pesar de esta similitud, existen diferencias significativas entre estos centros, las que se relacionan con su propósito y fundamento. Según De León (2000), el objetivo específico de las unidades terapéuticas consiste en tratar el trastorno por adicción individual, pero su objetivo más amplio es el de

transformar estilos de vida e identidades personales, promoviendo un cambio más profundo que sólo el logro de abstinencia.

El Ministerio de Salud (1996, cit. en Echeverría, 2004) define las Unidades Residenciales y Comunidades terapéuticas como:

Una forma de trabajo y de vida que ayuda a personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación. Es una forma de trabajo radicalmente opuesta a la institucional, sin dominación de jerarquías profesionales e institucionales, considera aspectos relevantes para la persona como son su familia y la red social como los componentes bases de su trabajo. El vivir y trabajar en una Comunidad terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto y solidaridad. (MINSAL, 1996, cit. en Echeverría, 2004, p. 77)

Como se observa en esta definición propuesta por el MINSAL, la perspectiva acerca del tratamiento implica y se fundamenta en la motivación individual, que es trabajada para que el ser humano alcance su máximo potencial. La práctica, sin embargo, muestra que en el hacer cotidiano, esos fundamentos se vuelven difusos, perdiéndose el planteamiento usuario céntrico y cambiándose a un modelo centrado en las necesidades institucionales.

2.1.4.5 Cambio y motivación en drogodependencias

Acorde a lo revisado hasta el momento, la propuesta institucional es interesante: el modelo ideal de tratamiento debe incorporar no solo a la persona en su dimensión más amplia y a su familia, sino que además, debe promover que los cambios adquiridos en el proceso de tratamiento, tanto por el individuo como por sus redes más cercanas, se mantenga en el tiempo.

Una tarea ambiciosa, que hasta ahora sólo se ha pretendido alcanzar desde la intervención cognitivo conductual, buscando entrenar a los afectados en nuevas habilidades que les permitan desarrollar los llamados factores protectores ante los constantes estímulos por consumir.

En esta línea de intervención, Prochaska y DiClemente (1993) desarrollaron una propuesta en el área de conductas adictivas que aporta un marco adecuado donde situar las intervenciones en pacientes dependientes a drogas.

El modelo parte del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia. Señalan que los modelos teóricos adolecen, con frecuencia, de un marco de referencia donde puedan integrarse las distintas intervenciones a realizar con los pacientes. Su propuesta, por tanto, intenta solucionar este problema y considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción.

Aquí, el «factor de riesgo»⁶ es que, mientras se buscan las soluciones para que pueda darse un proceso en el que se dé el «cambio», el sujeto retroceda a niveles en los que ya no se decida a cambiar. Lo que se pretende es cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de adicción hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención).

La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el paciente, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

⁶ El concepto de factor de riesgo es ampliamente usado en los programas de rehabilitación de drogas. Hace referencia a aquellos elementos susceptibles de facilitar el consumo o una recaída del mismo, en períodos de abstinencia. Los factores de riesgo se describen tanto en el ámbito de lo interno, como de lo externo/ambiental (SENDA, 2014).

Este modelo, por tanto, rescata un elemento importante dentro de la psicoterapia, que corresponde a considerar los tiempos propios de la persona que consulta y si está en una etapa adecuada para determinada intervención.

Para Prochaska y DiClemente (1993), los sujetos desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar, tendrán como objetivo inmediato el evitar que descendan a un estadio de cambio anterior. Una de las variables que pueden incluirse en el modelo es la motivación. La falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad del adicto, sino como una característica.

2.1.4.6 Recaídas y Craving

Como se ha revisado, las intervenciones están centradas, incluso desde los lineamientos formales del ministerio de salud, en prevenir las recaídas. Independientemente del tipo de conducta adictiva que presente una persona, las recaídas, o los procesos de recaída, constituyen un reto asistencial continuo, especialmente en las residencias, debido a la elevada frecuencia con que se presentan, aun estando en un sistema de atención cerrada.

Desde la mirada de los terapeutas, la forma de intervenir en una recaída también se ha ido modificando con el tiempo. En el tratamiento de las adicciones, la postura de los terapeutas ante las recaídas tiene una influencia significativa en el resultado de la intervención y en el significado que de este evento, pueda surgir en el paciente. Una recaída puede verse como un fracaso o como una oportunidad de aprender.

Desde esta perspectiva, la mirada junguiana ayuda a explorar el proceso global en que se encuentra el paciente en su individuación, incluyendo por cierto, los antecedentes que pueden considerarse signos previos a una recaída, como son los elementos que presenta el usuario en su vida cotidiana y que si se observan con detención y/o simbólicamente, pueden exhibir una serie de hechos desencadenantes potenciales de una recaída.

Es importante en este punto, entender las recaídas como algo no sólo frecuente, sino parte del proceso de rehabilitación. De hecho, las conductas de recaída sólo podríamos considerarlas atípicas si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de la conducta humana.

Es un hecho que los seres humanos constantemente buscan objetivos o metas personales, que luego no se cumplen. Las personas en general tienden a iniciar acciones y a no mantener posteriormente el esfuerzo. La pregunta a plantear sería si la tasa de recaídas en las conductas adictivas es más alta que en cualquier otro propósito que las personas hacen normalmente para cambiar sus hábitos.

Desde esta perspectiva, se puede decir que probablemente, a las personas que presentan adicción les resulte aún más difícil modificar su consumo compulsivo, debido a una serie de factores neurofisiológicos que se asocian al consumo de sustancias (SENDA-UC, 2015) y que explican el consumo como una necesidad fisiológica, resultado de los cambios neuroquímicos del cerebro y cuya reversión es muy difícil de lograr, salvo nuevas intervenciones neuroquímicas. Lo más significativo de esta dificultad para cumplir el propósito de abstinencia, está asociado a factores de funcionamiento particular, que incluyen la forma que tiene el individuo de resolver conflictos, el manejo de emociones y pensamientos perturbadores, la capacidad para expresar y comunicarse con otros, de pedir ayuda y tolerar el malestar.

Los individuos que han recaído, y que en este proceso de recaída no han experimentado consecuencias adversas; o los que al contrario, han sentido satisfacción, probablemente disminuyen sus opciones de aprender del episodio de vuelta al consumo, ya que las consecuencias de la reincidencia no se advierten en forma directa y significativa.

Esto permite reflexionar sobre la necesidad de reconocer la influencia del placer inherente a muchos incumplimientos de propósitos, y que, por tanto, debe incorporarse a cualquier perspectiva del proceso de recaída.

Si se observa desde esta mirada, se puede suponer que una persona que profundiza en sí mismo y que logra conocer sus mecanismos de evasión, sus facilitadores de estrés y ansiedad, que puede revisar los aspectos sombríos de su personalidad y explorarlos, entre otros aspectos de su psique, estará mucho más preparada para enfrentar la necesidad de consumir que se le presente.

Sin embargo, esa profundización no siempre está disponible para los usuarios y usuarias de programas residenciales y los procesos de recaída son motivos de perplejidad para ellos y ellas, pues la mayoría de las veces se trata de un fenómeno que les sobrepasa y que escapa a su propia comprensión y control, volviéndose motivo de desesperación familiar y social, dado que no se entiende por qué se producen.

Esta investigación, a partir del trabajo realizado con dos pacientes de programa residencial, observa y analiza las características individuales manifestadas a través de las series de sueños relatadas por los pacientes; se busca así, una aproximación que inicie la exploración del mundo íntimo de quienes han elegido el consumo como medio para enfrentar (o paradójicamente no hacerlo), sus experiencias vitales dolorosas y las causas que los llevaron a destruir sus propias vidas a costa de la drogadicción.

2.2 Psicología Analítica y Trabajo con Sueños

2.2.1 Conceptos junguianos centrales

Para Jung la psique está compuesta por distintos elementos, los cuales incluyen la totalidad de los procesos conscientes e inconscientes. El psiquismo desde la mirada junguiana, es delicado, sugestionable, inquieto; su movimiento es constante y en todas direcciones, desde adentro hacia afuera (de inconsciente a consciencia), desde afuera hacia adentro, y en el interior mismo (en el inconsciente mismo y sus diversas estructuras) (Jung, 1990).

En esta dinámica, el Yo cumple la función de ser un puente entre la consciencia y los contenidos del inconsciente (Jung, 1990). Como un ente regulador de contenidos, da al psiquismo la contención y dirección necesaria para que su energía no se desborde y pierda su curso, como ocurre en situaciones extremas en las psicosis, cuyos delirios y alucinaciones, son manifestaciones de un Yo que no puede sostener la vivencia que está ocurriendo (Jung, 2004).

Se entenderá la auto-regulación, planteada por Jung, como el mecanismo psíquico que equilibra compensación y complementariedad entre las diferentes estructuras que forman la psique. Consiste en la relación compensatoria existente entre la consciencia y el inconsciente (Jung, 1990).

Este proceso de auto-regulación funciona en forma permanente, pero sólo se toma conciencia de él cuando surge un conflicto o un estancamiento en el proceso de individuación de la persona, que es la evolución de su proceso psicológico. Por tanto, la auto-regulación mantiene un cierto orden y dirección en el proceso psicológico.

Desde el punto de vista junguiano, entonces, lo inconsciente no es realmente susceptible de ser conocido o definible, el Yo, procuraría relacionarse entre ambos mundos, consciencia e inconsciente, y el terapeuta podrá acceder a lo oculto del psiquismo mediante el estudio de aquellos signos que de él se develen, como son los accidentes, los errores, los estados anímicos, entre otros. Para un terapeuta junguiano, los síntomas que exhibe su paciente son indicadores de algo que está ocurriendo en un nivel más profundo y que se debe explorar (Jung, 1990).

2.2.1.1 Relación consciente e inconsciente

La tensión descrita previamente, que el Yo debe enfrentar entre estos dos planos de la psique, es una tensión generada desde la compensación. La *función trascendente*, es la forma en que el Yo puede elaborar esta tensión y, a través de

la elaboración simbólica, integrar los contenidos que intentan alcanzar la consciencia del sujeto.

Esta función psicológica, se basa en que lo inconsciente se comporta respecto a la consciencia de manera complementaria y compensatoria. Los elementos demasiado débiles se quedan en el inconsciente, y a su vez, aquellos componentes que no son compatibles, quedan inhibidos y a disposición del inconsciente, por facultad de la función directiva de la consciencia (Jung, 2004).

La integración o aproximación a la totalidad descrita por Jung, implica la integración de las distintas partes que constituyen la vida psíquica de la persona. La compensación es el recurso a través del cual, el inconsciente filtra información a la consciencia para que ésta sea integrada. Una vida en la que estos aspectos no son incorporados, corre el riesgo de estancarse (DeBus, 1994). Por lo tanto, aprender a escuchar los mensajes que el inconsciente envía, es fundamental para la integración que busca la individuación y es un recurso valioso para el equilibrio psíquico de la persona.

Si se revisa esta descripción, la necesidad de acceder a estos elementos de lo psíquico para ampliar la comprensión de lo que ocurre con un ser humano es evidente. Las dimensiones que pueden alcanzar los símbolos y síntomas que se muestran a través de lo observable, pero que encierran los misterios de lo inconsciente, pueden ser un camino de exploración profundo hacia el conocimiento de sí mismo y de aquellos aspectos de la personalidad que se repiten como patrón recurrente del comportamiento, sin que a veces se pueda distinguir ni comprender de dónde surgen esos mecanismos. Pareciera, desde este punto de vista, una llave fundamental para indagar en las razones de la conducta humana, en los motivos de las decisiones que toma un ser humano, y en definitiva, de la dirección que le da a su vida.

Sin embargo, esta cualidad de poder detenerse a mirar estos aspectos que afloran desde lo inconsciente a la consciencia, requieren una disposición especial. No cualquier circunstancia o fenómeno tiene un significado relevante, sino aquella a quien la persona le encuentra un personal sentido. Los signos se transforman en

símbolos cuando quien los observa (terapeuta) o quien los vive directamente (paciente), los considera con un valor que lo distingue de otros signos y situaciones. Esto es lo que Jung llamó *actitud simbólica* (Byington, 2009).

La actitud simbólica corresponde a aquellos esfuerzos por comprender lo que está ocurriendo psíquicamente y que es expresado en el mundo interno como externo del sujeto, pues se entiende que lo externo es una manifestación del inconsciente. Como se ha señalado, lo que importa es el impacto afectivo que produce esa manifestación del inconsciente, el significado o sentido profundo de ella (Jung, 1921).

Pero, ¿por qué es importante esta manifestación del inconsciente? Como se describió previamente, Jung define y comprende la psique como un proceso dinámico, en constante flujo de energías tanto conscientes como inconscientes (Jung, 1997).

La manifestación del inconsciente, susceptible de ser observada y analizada desde la consciencia a través de la actitud simbólica, es lo que mueve el proceso psíquico. El sentido o significado que la persona le otorgue a esta información que emerge desde lo profundo de su psiquismo, es lo que generará el movimiento. Si no hay una conmoción, un impacto en el sujeto por este elemento que surge, para él, su vida y su crecimiento, no tendrá relevancia (Jung, 1921).

La historia del desarrollo de los escritos junguianos, narra que para comprender este fenómeno, usó sus propias experiencias con el inconsciente. Tuvo la capacidad de un soñar muy lúcido e ilusiones ocasionales. En otoño del 1913 lo impactó la visión de una "inundación monstruosa" que hundía casi toda Europa, y cuyas aguas llegaban hasta las orillas de las montañas de Suiza, su país de origen (Jung, 1964). En esta visión, miles de personas estaban ahogándose y la ciudad entera temblaba. Luego, las aguas se tornaban en sangre. Se dice que en las siguientes semanas a la visión, surgieron sueños de inviernos eternos y ríos de sangre. El impacto afectivo que tuvieron estos elementos lo dejaron inquieto durante semanas. Estaba asustado de que se estuviese volviendo psicótico (Ejilevich, 1995).

Posterior a estas visiones, el uno de agosto de ese mismo año, comenzó la Primera Guerra Mundial. La conmoción por los acontecimientos que observaba fue tan intensa, que Jung creyó que de alguna manera existía una conexión entre él como individuo y la humanidad en general, la cual no podía ser explicada fácilmente. Este hito implicó que Jung mirara los contenidos que emergían desde su inconsciente a través de sueños y visiones, con aumentado interés. Decidió comenzar un proceso de autoexploración desde ese mismo momento y lo mantuvo hasta 1928 (Ejilevich, 1995). Esta auto-observación formaría, posteriormente, la base de su teoría.

El aporte que puede representar mirar con detención los elementos que emergen del inconsciente, es tan relevante, que el propio Jung refiere en sus escritos “el hombre moderno no comprende hasta qué punto su "racionalismo" le ha puesto a merced del "inframundo" psíquico” (Jung, 1997, p. 90).

Con esto, se vuelve a evidenciar el riesgo de no indagar en los procesos internos del ser humano, el cual queda expuesto a dominios de sus instintos e impulsos, sin que logre comprender las motivaciones que tiene para determinados comportamientos. En el paciente que presenta la patología de dependencia al consumo de sustancias, esta afirmación se torna explícita, ya que sin darse cuenta, experimenta determinada sensación corporal, habitualmente asociada a consumos previos y queda sometido a una cadena de reacciones viscerales que lo llevan a repetir, una y otra vez, la conducta adictiva.

La información que puede ser rescatada de los sueños, las visiones, los accidentes, los errores, es de suma importancia cuando se trata de entender por qué se actúa de la forma en que se hace. Esa información que está, pero que no es consciente y que es susceptible de conmover (y movilizar, por lo tanto) el proceso psíquico, es lo que permite dar pasos hacia adelante en el trabajo personal, en el proceso de individuación. Éste proceso, que será descrito en un apartado especial, ocurre mediante un mecanismo psicológico específico ya mencionado, la *Función Trascendente*.

Al referir anteriormente la función trascendente descrita por Jung, se señaló que ésta era complementaria y tendía al equilibrio entre lo consciente e inconsciente; esto, porque el yo incorpora los elementos que desde el inconsciente emergen a la consciencia, liberando así, la tensión que produce la compensación y permitiendo la elaboración de los símbolos que faciliten el cambio psíquico (Jung, 2004).

En general, el ser humano ha perdido la conexión con su naturaleza. Le cuesta mirar el sentido más trascendente de algunos elementos que son parte de su vida y de su entorno, se ha ido aislando del mundo, y con ese retraimiento ha ido desapareciendo también la fuerza emotiva que afectaba su sentido de vida y le daba un significado a su existencia. Las relaciones simbólicas con su entorno y su naturaleza fueron extinguiéndose (Jung, 1997, p. 92).

Pero, a diferencia de lo planteado en el pasado, que no veamos algo no significa que no existe, por tanto, la enorme pérdida que representa la desconexión humana de su vivencia más profunda, es compensada a través de la simbología de sus sueños. Jung planteaba que los sueños remontaban al soñante a su naturaleza instintiva, en un lenguaje y contenidos propios de la naturaleza, pero que al estar desconectados de ella, lamentablemente no alcanzamos a comprender sus mensajes (Jung, 1997).

Este nivel de análisis y profundidad del ser humano, permitió completas explicaciones para definir el funcionamiento psíquico de una persona. Al estar, el ser humano, más inconsciente de sus procesos psíquicos, más susceptible es de obedecer los dictámenes del psiquismo colectivo. Al contrario, “mientras más consciente es de su individualidad, más destacará entre sus pares, se diferenciará de otros sujetos y responderá menos a lo esperado” (Jung, 2004, p. 162).

2.2.1.2 Los Complejos: La interferencia del Inconsciente

Al revisar sus escritos, se aprecia que a partir de su experiencia previa a la Primera Guerra Mundial, Jung cuidadosamente empezó a escribir sus sueños, fantasías y visiones, los dibujó y pintó. Observó que sus sueños no solo tenían el lenguaje de la naturaleza, sino que sus experiencias tendían a tomar formas humanas, empezando por ejemplo, por un anciano sabio o una niña pequeña. La figura del anciano sabio evolucionó, a través de varios sueños, hasta transformarse en un guía espiritual. Así fue reconociendo que los sueños le mostraban un camino, una evolución (Ejilevich, 1995; Jung, 1953).

La palabra Complejo proviene del latín *complexus*, que significa que algo está compuesto por varios elementos, un cuerpo constituido por varias unidades, también hace referencia a algo difícil, enmarañado o complicado (RAE, 2014).

Esta definición permite comprender la declaración de Jung: “La idea de la realidad psíquica, si se le prestara la atención que merece, constituiría, sin duda, la conquista más importante de la psicología moderna” (Jung, 1953, p. 18).

Jung, si bien comprende el psiquismo desde una visión de totalidad, propone separar un poco sus elementos para poder explicarlos y ver su integración en el conjunto. Es decir, la psicología analítica aísla los elementos transitoriamente y los analiza para poder ver la totalidad, no para concebirlos de forma separada (Jung, 1953).

Un complejo, desde el punto de vista de la psicología analítica, por tanto, es un cuerpo psíquico que se ha excluido del control de la consciencia, y que tiene una vida inconsciente propia. Se constituye en un foco importante de la experiencia anímica del individuo, al convertirse en una expresión del psiquismo que perturba emocionalmente al sujeto (Jung, 1990). Está constituido por diversos elementos que representan una estructura internalizada a través de las distintas experiencias que el sujeto ha tenido a lo largo de su historia.

Un arquetipo es la contraparte psíquica del instinto. Corresponde a una vivencia interna que da forma a lo que se experimenta a nivel afectivo, es un concepto vinculado al inconsciente colectivo descrito por Jung. Un *complejo* es la vivencia individual del arquetipo (Jung, 1990), es decir, da una estructura en el sujeto, a una imagen o idea que integra un concepto más amplio y colectivo.

2.2.1.3 Complejo Materno y Paterno: Los padres internalizados

Al iniciar la descripción de la relación consciente e inconsciente, se estableció que existen distintos niveles de aproximación a los contenidos del inconsciente, desde lo particular a lo colectivo. Aquí nos encontramos con los conceptos de símbolo, complejo y arquetipo.

Cuando el terapeuta junguiano trabaja con la persona que lo consulta, busca comprender su funcionamiento y que su paciente pueda acceder a esos contenidos, para desbloquear su proceso de individuación. De este modo, para comprender sus características y su dinámica general, comienza a observar todo lo que está puesto en la escena terapéutica, no sólo lo que le ocurre a la persona en sí, sino lo que le pasa a él mismo como recurso en la terapia, y lo que ocurre en el ambiente donde están encontrándose.

Esta actitud simbólica abrirá las puertas al descubrimiento de los elementos que subyacen a lo simplemente narrativo que el paciente declara y brindará oportunidades más reales de autoconocimiento (Byington, 2009).

En este sentido, para intentar comprender mejor los complejos y sus distintos aspectos, la actitud simbólica descrita en apartados anteriores, es una herramienta valiosa para acceder a ese conocimiento, a través de la función trascendente, que permite relacionar contenidos inconscientes y ponerlos al servicio de la consciencia.

Si bien la teoría junguiana explora diversos arquetipos y, por tanto, su potencial expresión como complejos en el individuo, en este apartado se revisarán dos de los más significativos y tempranamente desarrollados: complejo materno y paterno.

Tal como se describió anteriormente, los complejos corresponden a ese aspecto arquetípico de la individualidad, que comienza a organizarse como núcleo desde los primeros años de vida de un sujeto. Las primeras aproximaciones que un niño tiene con el mundo están vinculadas con quienes ejercen el rol de cuidadores, normalmente los padres. Por tanto, son éstos los primeros vínculos que el niño establece y con ellos también, las primeras posibilidades de conflicto que puede experimentar (Meier-Seethaler, 1982).

Estos procesos vinculares implícitos quedan almacenados en el psiquismo del sujeto, lo que muchas veces conlleva la experiencia pre-simbólica de conflictos y traumas vivenciados con las figuras de apego y que se traducen en patrones encapsulados y disociados del resto del psiquismo, generando su naturaleza de complejo, exento del control de la consciencia (Knox, 1999).

En este punto, es importante señalar que, si bien la naturaleza del complejo es inconsciente, se vuelve patológico sólo cuando toma posesión de la consciencia del individuo, generando proyecciones o síntomas que si se manifiestan continuamente, pueden ser indicadores de un complejo crónicamente escindido de la psique, constituyéndose en psicopatología.

Así explicado, el complejo se compone de un aspecto del arquetipo (representación colectiva), y otro de las experiencias individuales (recuerdos y vivencias con la propia figura vincular).

El complejo materno, se caracteriza por las experiencias vivenciadas o incorporadas arquetípicamente, relacionadas con los aspectos maternos y sus diversas formas de aplicación, por tanto, se encuentran en este complejo los elementos relacionados a dar y recibir, al cuidado de sí mismo y de otros, a la nutrición, la contención, la sensibilidad, la corporalidad, la expresión de los afectos y las emociones, la cercanía o lejanía que se manifieste con otros (Jung, 1964; Galiás, 2000).

En el caso del complejo paterno, se observarán las dinámicas vinculadas con aspectos relacionados con el arquetipo del padre como figura colectiva/universal y las experiencias que el sujeto ha tenido con el propio padre.

Los elementos a desarrollar en este sentido, corresponden a conductas asociadas a protección, obediencia y mandato, autoridad, norma y disciplinamiento, concepción de lo correcto y lo incorrecto, jerarquía y subordinación (Galiás, 2000).

2.2.1.4 La individuación: El impulso por crecer

La psicología analítica pretende como desafío terapéutico, que el paciente acceda a los mensajes que el inconsciente envía y que pueda tener una experiencia más vívida de sus contenidos, en pos de la individuación. Esta experiencia afectiva se puede facilitar en el otro, sólo si el propio terapeuta la ha tenido (Jung, 1990).

Esta idea es muy importante en el énfasis que se intenta plantear en este estudio sobre rehabilitación en drogas. Entre más herramientas tiene un ser humano para conocerse profundamente a sí mismo, más posibilidades de diferenciación y de elección propia tiene para su vida.

Este conocerse profundamente y distinguirse, permite acercarse a un concepto central en la teoría junguiana: el concepto de individuación.

Jung usa el concepto de individuación desde los comienzos de su teoría. Durante su desarrollo, se refiere a él de diversas formas. Lo plantea como un impulso hacia el desarrollo psíquico y emocional del ser humano. Lo más central desde su enfoque, es que el ser humano crece, y desde esta perspectiva, toda su vivencia, incluso la psicopatología que presente, tiene en su base el concepto de crecimiento personal. De ahí que los síntomas y manifestaciones diversas en un paciente, sean la oportunidad de acceder a esta dimensión de reconocimiento de sí mismo y la etapa evolutiva en la que se encuentre su proceso (Von Franz, 1964).

La individuación es el desarrollo personal; es una tendencia innata hacia la totalidad o la plenitud, significa transformarse en un ser integral y convertirnos en nuestro self. Es la adquisición del ser, el autodescubrimiento.

Es un proceso natural y orgánico, resultado del despliegue y trabajo de nuestra naturaleza básica. Se busca la integración con la totalidad del ser, lo que se traduciría en una mayor libertad para el individuo. La relación de lo consciente y lo inconsciente.

Este proceso, se puede dar de forma natural, es decir, autónomamente, sin participación consciente de la persona; y también puede darse como un proceso facilitado o asistido. En ambos casos, la individuación ocurre, sin excepciones (Von Franz, 1964; Jacobi, 1983).

En su elaboración, Jung hablaba del desarrollo como una forma específica de crecimiento. Individuación, proviene de In-dividuo, algo que no está dividido. Es decir, un individuo es unitario, no está separado en partes. Por otro lado, individuo es una manera de concebir a un sujeto o persona particular, es un ser humano, por lo tanto implica subjetividad.

Esta subjetividad, manifiesta desde las distintas expresiones del ser, llevan al ser humano a encontrar el camino propio de su existencia, en una conceptualización más global y completa que el sólo acto de desarrollo personal. Jung plantea que las personas se desarrollan de muchas maneras a lo largo de sus vidas, y pasan por diversos cambios, en diferentes niveles (Stein, 2004).

Jung describe la individuación como un proceso, algo que ocurre a través del tiempo y que tiene dos dimensiones (Sassenfeld, 2015):

- Interna. Asociada a la experiencia de integridad total, entendida para Jung, como la emergencia de sí mismo en la estructura psicológica y en la consciencia.
- Relacional. Ligada al vínculo con los otros, a las relaciones interpersonales.

Así, Jung establece el desarrollo como algo continuo, donde la expresión y la manifestación plena de la personalidad se despliega a lo largo de la vida, por tanto, el sí mismo emerge en forma paulatina, a través de las distintas etapas descritas no sólo por Jung, sino por otros autores como Erik Neumann y otros. Esta secuencia iría de alguna manera ligada al desarrollo físico, pero no

totalmente, ya que profundiza en diferencias importantes que describe, especialmente hacia la segunda mitad de la vida del sujeto.

En este sentido, describe a un ser humano que en una primera mitad de la vida, llegará a constituirse en un adulto inserto en la sociedad en la que vive y podrá desempeñar un rol en ella. En esta etapa el principal desafío es el desarrollo del yo y de la persona, lo cual se logra en gran medida bajo la influencia de la familia, la sociedad, la cultura y el momento histórico en el que el sujeto nace (Stein, 2004).

Sin embargo, la individuación incluye mucho más que el proyecto alcanzado en la primera mitad de la vida, pues una vez que esto se ha manifestado, comienza una ardua tarea: la integración de todos aquellos aspectos que han quedado fuera del marco de la consciencia.

Desde el aspecto relacional, Jung establece la influencia que ejerce el medio sobre el proceso de crecimiento e integración humano. Con esto, Jung deja claro que una persona tiene un lugar y una responsabilidad en su entorno social.

La relación entre estas dos dimensiones es central en el momento de observar cómo las interacciones sociales influyen en el proceso íntimo y a veces doloroso, de individuarse.

Entonces, ¿Qué significa el proceso de individuación en la vida de un sujeto? Para intentar responder esta interrogante, ha de entenderse primeramente, que la individuación como tarea, también puede implicar su fracaso. Un ser humano puede permanecer dividido, no integrando en sus múltiples aspectos inconscientes y, sin embargo, lograr una vida social relativamente exitosa en lo superfluo (DeBus, 1994). Por lo tanto, se debe comprender y aceptar que el proceso de individuación no siempre tendrá un resultado satisfactorio, y que, por cierto, es una vivencia intensa, reveladora y profunda, donde el propio individuo no está exento de sufrimiento y dolor.

La individuación sólo puede tener lugar si primero regresas al cuerpo, a tu tierra; solo entonces puede hacerse real [...] Ella debe volver a la tierra, a su cuerpo, a su individualidad y separación; de otro modo estará en el río de la vida, será todo

el río y nada habrá sucedido, porque nadie se habrá dado cuenta [...] La individuación sólo puede ocurrir si nos damos cuenta de ella, cuando hay alguien allí que le presta atención; de otro modo es la eterna melodía del viento en el desierto (Chodorow, 1991, p. 145).

¿De qué manera, por tanto, puede un sujeto alcanzar la integración completa de todos sus aspectos, hasta lograr unirse a la totalidad?

Individuarse se relaciona con desarrollar una postura crítica frente a las cosas, encontrar la propia opinión, la propia voz. De alguna manera, el acatamiento a lo impuesto, lo incorporado sin procesamiento, no corresponden a este proceso de crecimiento; al contrario, la diferenciación entre lo que es propio y lo que ha sido impuesto desde afuera, es el verdadero crecimiento. Es un proceso difícil de experimentar, porque a veces implica un conflicto con las normas incorporadas, con lo esperado socialmente.

En este punto, el concepto de individuación se corresponde con la visión de transformación profunda que se describía en la primera parte de este estudio y que se relacionaba con los intentos frecuentes del sistema de someter a estos sujetos adictos, desadaptados, al orden establecido y sus lineamientos.

Un proceso de individuación acompañado y enriquecido por el desarrollo de la propia autoconsciencia, es probable que pueda fortalecer los aspectos esenciales y únicos de cada ser humano y que, desde esa individualidad, única e irrepetible, pueda escoger el camino que quiere seguir. En este sentido, el consumo de sustancias se constituye también en un distractor del encuentro con esa propia identidad y con el desarrollo del potencial de ese ser humano, si no es trabajado desde su sentido para la individuación.

2.2.1.5 Etapas del proceso de individuación

Al ser un proceso, la individuación tiene distintas etapas o momentos (Stein, 2004), los que se describen a continuación:

1. La llamada. Momento en el que el ser humano siente que algo se está gestando, que algo necesita cambiar o que algo está a punto de descubrir.

2. La develación de la persona: tomar conciencia de las limitaciones y distorsiones de la persona, siendo más independientes de la cultura y la sociedad. Este momento implica una desidentificación de la máscara, aquella cualidad que adaptativamente ha acompañado a la persona intentado mostrar “lo mejor de sí mismo” a otros, pero que no es la persona en su totalidad.

3. La sombra: aceptar la realidad del lado oscuro, de aspectos rechazados o no conocidos que pueden parecer amenazantes y enfrentarla.

4. Anima y animus: entenderlos como si fuera una o más personas con las que podemos comunicarnos y aprender de ellas. Ambos hacen referencia a elementos que están en nuestra psique y que representan las energías opuestas a nuestras características habituales, así, un hombre posee un ánima, como aspecto femenino de su personalidad; una mujer, posee animus, el que integra energía masculina a su funcionamiento.

5. Desarrollo del self: el self es la meta de la vida. El objetivo de la individuación consiste en rescatar al self de las falsas envolturas de la persona y del sugestivo poder de las imágenes primordiales. Lograr establecer una relación ego-self más fluida.

6. Encuentro con el espíritu. La posibilidad de encontrarse con aspectos trascendentes de la experiencia, al mismo tiempo que se continúa en el dinamismo vital.

La individuación es una espiral en la que se resuelven diversos conflictos. En su evolución y desarrollo, pueden surgir los mismos temas repetidamente. Este mecanismo cíclico puede entenderse desde lo que se ha descrito como desconexión del ser humano con su propia naturaleza. El inconsciente intentará traer a la consciencia en distintas ocasiones y formas, aquello que es necesario mirar para el crecimiento personal, la llamada por tanto, puede ocurrir en más de una ocasión. A través de la compensación el lenguaje del inconsciente intentará despertar a la consciencia.

El Yo debe ser muy fuerte para llevar a cabo este proceso, en donde estará solo. Corre el peligro de identificarse con la persona, reprimirse mucho y hacer crecer negativamente a la sombra e identificarse excesivamente con la psique colectiva. El proceso general, por tanto, es un desafío.

Al ver el proceso de individuación desde esta perspectiva, se logra comprender que el encuentro con la propia sombra es central en la individuación (Von Franz, 1964).

Para Jung, el enfrentamiento con la sombra es una tarea fundamental de la individuación. Algunos autores hablan de incorporarla, sin embargo, Jung lo plantea como un encuentro, un reconocimiento de esta parte de sí mismo que es necesario identificar y reconocer para que la consciencia se relacione más claramente con el inconsciente.

2.2.1.6 La persona: la máscara que mostramos al mundo

Cada ser humano se presenta ante los demás con lo mejor de sí mismo. Muestra sus características más destacadas, con la idea de ser recibido y aceptado socialmente. Estos esfuerzos, si se ven reforzados, ayudarán en la adaptación al mundo que rodea al individuo y se constituirá en la *persona*, es decir, aquel aspecto del psiquismo que le permite relacionarse con su entorno, que describe la forma en que se comporta con los otros, su *máscara* ante la sociedad en la que vive.

Esta persona es adaptativa, necesaria para la vinculación con el entorno, y es construida por cada ser humano, desde sus primeros años. Para Jung, correspondía a una expresión de la energía arquetípica que procuraba la adaptación a la realidad externa y a la colectividad (Whitmont, 1994).

El desafío de esta persona, además de la vinculación adaptativa hacia el exterior, era el poder ser consciente de su propio funcionamiento, es decir, un ser humano consciente de su máscara o de los disfraces que usa según sea necesario, que pueda elegir si los aplica o no y que también pueda permanecer auténtico y sin antifaz si lo decide.

Este proceso de desarrollo psíquico corresponde a la madurez que un ser humano va alcanzando con los años, con la experiencia, pero que también puede resultar en una identificación con la máscara que no permita hacer consciente los procesos y mecanismos de vinculación con lo externo, creyendo que se es aquello que se exhibe ante el entorno, lo que genera un estado de rigidez que bloquea el proceso de crecimiento (Jung, 1964).

Los seres humanos, tal como se mencionó en la descripción de las etapas de individuación, están todos llamados a una evolución y una expansión de sí mismos. La individuación se inicia con la llamada, etapa crucial en que el individuo puede dar respuesta a sus inquietudes, comenzar a mirar las máscaras que lo han presentado ante la sociedad y comenzar el largo camino de desaprender hábitos que lleva incorporados por años, sin que haya existido cuestionamiento previo, solo hacer, cumplir, seguir el deber (Von Franz, 1964).

La persona es adaptativa hasta que el individuo cree que es ella y se olvida de explorar, descubrir y desarrollar todo su otro potencial, todos los otros aspectos de su totalidad que lo sostienen y acompañan y que son parte de sí mismo (Jung, 1964).

Si alguien cree, erróneamente, que sólo es la máscara que ha mostrado ante el mundo, corre el riesgo de no incorporar los elementos ocultos de su psiquismo, aquellos que acechan en la oscuridad del inconsciente y que se quiera o no, emergen con fuerza en distintas ocasiones. Uno de ellos es la sombra.

2.2.1.7 La sombra: el lado oscuro que todo ser humano tiene

En la descripción de la persona quedó de manifiesto que existe un intento en cada ser humano, por ser aceptado, validado y apreciado socialmente. Este intento hace que un individuo ponga en escena con su entorno, todo lo destacable de sí mismo y de su personalidad.

La sombra es todo lo contrario a este esfuerzo de la máscara. Es lo opuesto a aquellas cualidades que el individuo exhibe ante los demás (Berry-Hillman, 1981).

Al igual que la máscara o persona, la sombra se va configurando desde los primeros años, cuando en las interacciones que un ser humano va estableciendo con su entorno, hay algunos aspectos que los otros significativos rechazan; entonces, el sujeto los va ocultando, y comienza a mostrar solo determinados rasgos ideales de su personalidad (como generosidad, buena educación, buen humor), quedando rezagados y desterrados los que se alejan del ideal (groserías, intensas expresiones emocionales, egoísmo), por lo que persona y sombra se van nutriendo y generando a partir de las mismas experiencias de vida (Zweig & Abrams, 1991).

Como se puede observar, la sombra se va desarrollando con la influencia de diferentes personas significativas en la vida de un individuo: sus padres, familiares cercanos, profesores, amigos, autoridades que influyen directamente en promover una conducta amable y no transgresora de lo impuesto socialmente. En este punto, no es extraña la postura revisada al inicio de esta investigación, donde desde las instituciones, como figura de autoridad, se pretende gobernar las acciones del paciente adicto a sustancias y volverlo un ser socialmente adaptado, que no transgreda lo establecido, y viva acorde a ello.

Ahora bien, no sólo las instituciones formales gobiernan, o intentan gobernar al individuo. La cultura en la que está inserto un ser humano también puede generar ciertas distinciones en su funcionamiento global, que pretenden ayudarlo a adaptarse y ser aceptado socialmente, dejando ocultos los aspectos menos tolerados por la moral o lo adaptativo. Cualquiera sea la razón por la que alguien destierra sus impulsos y aspectos menos agradables a la sombra, ésta va aumentando con los años y se va constituyendo en el lado oscuro de la naturaleza humana (Zweig & Abrams, 1991).

Sin embargo, es importante señalar que la sombra no solo posee aspectos o rasgos negativos. Al ir desarrollándose desde temprana edad, muchos de sus elementos incorporan rasgos infantiles, creativos y entusiastas, talentos y cualidades que no alcanzaron a expresarse y desarrollarse totalmente, porque no fueron bien recibidos por el entorno inmediato y que el sujeto interpretó como

amenazantes para su adaptación, por lo que los desterró hacia su sombra (Frey-Rohn, 1991).

La sombra personal, por tanto, contiene múltiples capacidades y potenciales que no se han manifestado ni expresado. Los elementos que la componen constituyen una parte del inconsciente, que de no ser revisada y explorada por la consciencia, serán puestas en lo externo como proyección que lanzaremos sobre los demás, como un esfuerzo inconsciente de desterrarlas definitivamente de nosotros mismos (Frey-Rohn, 1991).

¿Cómo reencontrarnos, entonces, con esta parte tan importante de nosotros mismos? Algunos autores analistas junguianos (Zweig & Abrams, 1991), describen a la sombra como aquel aspecto que emerge en la vida cotidiana y que es susceptible de incorporar a la consciencia a través de la auto-observación de diversos momentos que se pueden dar en la interacción con otros:

El humor. Reírse de algunas situaciones que resultan incómodas, como un chiste con picardía o la caída de una persona, son expresiones de la sombra. Para estos autores, la sombra se divierte y no se apega a lo moralmente correcto.

Sentimientos intensos y/o exagerados respecto a los demás: Ocurre cuando algo que otro hace o dice, afecta desproporcionadamente a un individuo, como no tolerar su forma de maquillarse, su vestimenta o arreglo del cabello.

En las acciones impulsivas o inadvertidas: Como cuando el sujeto dice o hace algo, sin pensarlo.

En el enojo desproporcionado por los errores de otros: De modo similar que en los sentimientos intensos, la sombra aparecería cuando una acción cometida por otro genera aumentada rabia o enfado, que no es ajustada a la falta cometida.

La sombra aparece como pequeñas irrupciones del inconsciente, y el individuo puede advertir su presencia especialmente cuando se siente abrumado por emociones perturbadoras, o cuando descubre súbitamente que su conducta es inadecuada, en cuyo caso, la expresión momentánea de su sombra retrocederá

rápidamente, por la costumbre de percibirla como una amenaza hacia la imagen que la persona tiene de sí misma (Zweig & Abrams, 1991).

En el sujeto que presenta consumo problemático de sustancias, la sombra parece asomarse continuamente a través de su conducta adictiva.

Este comportamiento, de oposición a la autoridad, de irrespeto por las normas y la estructura socialmente definida, es recurrente en los pacientes que presentan consumo problemático. Los síntomas que describen tanto ellos como sus familias, parecen estar asociados a una sombra colectiva que emerge cuando la voluntad se vuelve insuficiente ante la sustancia.

La sombra colectiva descrita por algunos autores junguianos, corresponde a la maldad humana (Zweig & Abrams, 1991). Aquellas características atemorizantes de la humanidad, que en forma global van apareciendo en distintos momentos de la historia del hombre, marcando la experiencia vital de la época que se explora, con dolor, sangre y destrucción. De esta forma encontramos guerras, genocidios, abusos, como actos representativos de la sombra colectiva, y sectas, pandillas, mafias, como agrupaciones cuyo líder despierta en sus seguidores lo peor de ellos mismos y los convierte en una masa influenciada; a partir de la propia oscuridad, surge la oscuridad del grupo.

Pero la sombra, como se ha dicho, también incorpora potencialidades y habilidades, que si el ser humano descubre y se reconecta con ellas, pueden cambiar su manifestación sombría ante el mundo. Es labor del clínico que acompaña el proceso terapéutico, promover el reconocimiento e integración de estos aspectos psíquicos.

2.2.2 La individuación, su proceso y acompañamiento en terapia

Como se describió anteriormente, la individuación como proceso personal, conlleva una serie de etapas, todas necesarias para el aprendizaje de sí mismo y el avance de cada ser humano en su desarrollo; sin embargo, cada sujeto vive esta experiencia de forma particular y sus diversos caminos no siempre llevan a buen puerto o a un final feliz.

Un proceso terapéutico supone la tarea de revisar aspectos del funcionamiento de la persona, de su manera de relacionarse con su entorno, su máscara, y de relacionarse también consigo mismo. En esta revisión, desde la psicología analítica, una parte fundamental es reflexionar en torno al camino de individuación que el sujeto ha recorrido, que trae a terapia y que, habitualmente, ha quedado trunco o bloqueado por alguna razón.

Por su complejidad, existe la creencia de que los métodos de la psicología junguiana son sólo aplicables a personas de edad intermedia, pues se supone que alcanzados ciertos años, el sujeto ha adquirido cierta madurez; sin embargo, es necesario ayudarlo y acompañarlo aún, especialmente porque quien acude a terapia no siempre tiene claro lo que necesita, qué lo lleva a pedir ayuda, o que está a la base de su sufrimiento (Hall, 1978).

En este sentido, la actitud humanista central de la psicología junguiana, por ser también fenomenológica, parte desde la mirada de un terapeuta que se pregunta: ¿Quién es la persona que viene a consultar? ¿Qué necesita? ¿Quién soy yo frente al paciente?

Estas interrogantes pretenden reconocer al otro como un sujeto único, con vivencias particulares, con una subjetividad e individualidad que le son propias. El que acompaña busca, entonces, conocer cómo esa persona ha llegado a ser lo que es, cómo se ha configurado en este ser humano que hoy se presenta a terapia (Jung, 2004).

Un terapeuta, tal como lo propone Jung, debe olvidar lo que sabe, para encontrarse con el otro sin prejuicios, sin preconceptos. Debe entender que cuando una persona consulta, es porque su proceso de individuación está condicionado (Jung, 1964). Entonces, cabe preguntarse, ¿Qué ha coartado el camino de crecimiento de esta persona? En el camino del self, ¿Qué restringe o limita que la persona siga adelante?

Para que el terapeuta se convierta en un buen instrumento para el otro, necesita conocer su propio funcionamiento y el significado que éste ha tenido en su propia vida.

Del mismo modo, el terapeuta junguiano comprende que al acompañar al otro, respecto, por ejemplo a la historia de vida personal, no son los hechos lo más significativo, sino la vivencia que la persona ha tenido en relación a esos eventos de su historia (Jung, 2004, 2012).

Así entendido, acompañar a un ser humano a descubrir en qué etapa de su proceso de individuación está, y que logre resolver aquello que lo limita a seguir creciendo, implica que el propio terapeuta esté en un camino de autoconocimiento, que sepa cuáles son sus recursos, sus sombras, sus heridas; pues así resonará con el paciente que viene por su ayuda. Sólo a partir de la comprensión del propio dolor es cuando puede comprender el dolor del otro (Groesbeck, 1990).

En muchas ocasiones estas exploraciones incluyen observar e incorporar los síntomas físicos, pues ayudan a tener una visión global de lo que le ocurre al paciente y brindan información significativa de qué está ocurriendo en un nivel que no está siendo accesible a la consciencia.

La labor terapéutica corresponde a la posibilidad de comprender el sentido que está teniendo para el individuo lo que está viviendo, captar y comprender cuál es la dirección que llevan los síntomas dentro del proceso del paciente (Jung, 2012).

Preguntas fundamentales en este sentido, son, por ejemplo: ¿Qué está tratando de evitar esta persona? ¿Cuál es el salto en su desarrollo o individuación que necesita dar? “Muchos síntomas neuróticos son causados por los intentos del ego de negarse a un desarrollo necesario para el proceso de individuación de la persona” (Hall, 1996, p. 51).

En el caso de personas que sufren trastorno por dependencia de sustancias, es habitual encontrar en el acompañamiento de sus procesos, temas de su historia que han sido desplazados o evitados activamente mediante el consumo. En su funcionamiento cotidiano, exhiben conductas de aumentada agresividad hacia su entorno, especialmente cuando interpretan el comportamiento de sus pares como un ataque hacia sí mismos.

Al revisar estos aspectos en terapia, emergen en numerosas ocasiones recuerdos de una infancia en la que han debido someterse a la violencia que otros han ejercido hacia ellos o sus seres queridos, experimentando sentimientos de impotencia y angustia, que en un número no menor de casos, se traduce en un cuadro depresivo sin evaluación ni tratamiento.

Este evitar la integración de niveles normales de agresión, por ejemplo, como respuesta esperable ante episodios de violencia provocada por otros, puede simultáneamente generar en el sujeto, hipersensibilidad a la agresividad mostrada en otros y, si continúa expuesta a estos eventos, llevarlo a la depresión.

En un acompañamiento terapéutico, una depresión podría ser el síntoma que establece como puerta de entrada a vivencias más profundas, pudiendo ser “explicado” en términos de la agresividad de los demás, pero el significado subyacente es la necesidad de integración de la propia asertividad del paciente.

En otras palabras, el no reconocimiento de la sombra personal podría transformarse en depresión al proyectar en los demás aquellos aspectos que la consciencia no quiere o no se atreve reconocer como propios.

Se puede observar en este punto, la tensión que puede existir entre la consciencia y el inconsciente de la persona, donde aspectos centrales de su vivencia están siendo activamente desplazados y evitados.

Esta tensión existente, el self intenta sobrepasarla, convirtiendo los contenidos del inconsciente en símbolos que pueden ser revisados y elaborados en psicoterapia. Este intento de sobrepasar la tensión existente entre opuestos, es la función trascendente (Jung, 2004).

Cuando el símbolo entra en contacto con la consciencia del sujeto y éste le encuentra sentido al ser revisado o visto, pueden entonces surgir nuevos símbolos cuya carga emocional mueve hacia el cambio y hacia una nueva actitud consciente.

Al efectuar este movimiento psíquico, la persona abre la oportunidad de salir del bloqueo en que se encontraba y avanzar en su proceso de individuación.

En su libro “psicología y alquimia” (1953), Jung a través del análisis de diversos sueños de sus pacientes, representa el simbolismo alquímico del proceso de individuación. La transformación del metal impuro a metales puros, ejemplifica cómo un elemento al estar oculto en el inconsciente puede ser integrado en la consciencia mediante la adecuada interpretación de sus símbolos.

En terapia, este avance en la individuación del sujeto es un proceso asistido (Jacobi, 1983; Von Franz, 1964), cuya participación consciente puede ser altamente enriquecedora para el paciente, liberando aspectos sombríos que en otro momento aparecían como amenazantes a la consciencia, pero que en el proceso de terapia logra comprender, reconociendo que el camino de la individuación no niega las debilidades y limitaciones, sino que las integra.

La manifestación de patrones psíquicos que no son controlados por la consciencia se expresan mediante símbolos, como se revisó previamente, accidentes, lapsus, pero sobre todo, en los sueños.

Desde la perspectiva junguiana, un sueño corresponde a una representación simbólica del estado de la psique: muestra su contenido en forma de personas, objetos y situaciones que reflejan las pautas de la mente:

El propósito de los sueños es compensar las distorsiones unilaterales del ego en vigilia; por lo tanto, están al servicio del proceso de individuación, ayudando al ego en vigilia a enfrentarse a sí mismo en forma más objetiva y consciente. (Hall, 1996, p. 107)

2.2.3 Los sueños dentro del enfoque junguiano

Desde antiguas épocas el ser humano ha querido conocer qué significado revelan las imágenes que tiene cuando sueña. Desde la antigua Grecia se consultaban a magos y filósofos intentando descifrar sus contenidos, pues incluso intuitivamente, se conocía de su influencia en la vida de las personas.

Las teorías formales de psicología fueron evolucionando de manera paulatina. En la época del psicoanálisis, por ejemplo, el sueño era considerado un “encubridor” de la verdad. Sus imágenes se explicaban como deseos inconscientes, intolerables para la consciencia, y su análisis era considerado como “la vía privilegiada hacia el conocimiento de lo inconsciente dentro de la vida anímica” (Freud, 1901, p. 597).

Para Jung, sin embargo, el sueño es una realidad psíquica (Jung, 1945). Corresponde a un lenguaje simbólico, que expresa directamente una asociación de compensación del inconsciente. Esta función compensatoria de los sueños, se relaciona con lo que expuesto en capítulos previos, donde se establece que en lo cotidiano hay varios elementos que quedan rezagados o ignorados por la consciencia.

El sueño libera parte de esa información, entregando a la persona imágenes y símbolos que rectifican el sesgo u omisión de la consciencia, constituyéndose en un recurso terapéutico importante que puede ayudar a completar la visión que el individuo tiene de sí mismo y sus asuntos, mejorando su nivel de consciencia general (Mattoon, 1980).

Lo anterior, permite ir comprendiendo que los sueños corresponden a una experiencia individual, sus imágenes y símbolos son atendibles sólo para el sujeto que los sueña, por tanto su interpretación, también es solo aplicable a ese sujeto (Mattoon, 1980).

En este sentido, se establece que la teoría junguiana no presenta significados generales de interpretación onírica; es decir, las imágenes que surgen en un sueño, aunque correspondan a representaciones arquetípicas y (por tanto sean de carácter colectivo), siempre serán analizadas de acuerdo a la vivencia personal del soñante, pues la interpretación de esos recursos inconscientes, es sólo ajustada a su realidad. Es más, el análisis de un sueño es atingente a ese momento de observación y sus características temporales y de contexto. Ese mismo sueño, en otro momento de la vida de la persona, puede tener una interpretación diferente. En otras palabras, el sueño, en forma simbólica, es un

autorretrato espontáneo de la situación actual del inconsciente de esa persona (Samuels, 1985).

En términos psicoterapéuticos, incluirlos en el análisis es un recurso valioso. En ocasiones el sólo hecho de escuchar el mensaje que el sueño devela, ayuda al paciente a liberar aspectos no vistos hasta ese momento, lo cual facilita la comprensión de sus procesos personales, sus temores escondidos y otras emociones que no han sido elaboradas desde la consciencia, hasta ese momento.

En este sentido, Mattoon (1980) señala:

Jung formuló la hipótesis de que los problemas psicológicos se deben a una escisión psíquica que separa al inconsciente de la mente consciente. Para que la psicoterapia resulte eficaz, por tanto, el tratamiento debe curar esa escisión: el paciente necesita saber dónde está él en su inconsciente y asimilar el contenido de éste. Los sueños recogen los aspectos de manera gradual y selectiva. (Mattoon, 1980, p. 25).

Esta explicación es importante si se quiere entender la necesidad de interpretar los sueños, propuesta por Jung. Según este punto de vista, los elementos que se presentan en los sueños, al ser trabajados terapéuticamente, pueden dar lugar a un despertar del individuo a nuevas potencialidades, cualidades latentes que estaban ocultas a la consciencia y que una vez integradas mediante la actitud simbólica, pueden facilitar el crecimiento personal del analizado (Mattoon, 1980).

Para Jung, la oportunidad que otorgan los sueños para conocer mejor el funcionamiento de una persona y acercarlo a la totalidad, es indudable.

En su libro “Recuerdos, sueños, pensamientos” (Jung, 1964), señala que las imágenes del inconsciente ocupan una gran responsabilidad en el ser humano. Fallar en comprenderlas o integrarlas a la experiencia del individuo, o evitar hacerlo, priva al ser humano de su totalidad y lo deja expuesto a entender su vida, solo de manera fragmentada.

2.2.3.1 Trabajo con sueños en psicología analítica

El trabajo con sueños es a la vez difícil y gratificante, implica estar presente para el paciente sin juicios anticipados sobre el material onírico que trae, pues a quien consulta, le es desconocido el significado que de ellos emerge. La labor del terapeuta, por tanto, implica compasión, integridad y compromiso (Mattoon, 1980). Es necesario también, que el analista comprenda que las respuestas que del sueño emanen, corresponden sólo a esa persona, a ese momento de su vida y a ese particular contexto que lo acompaña. Por tanto, un mismo sueño puede tener distintos significados, dependiendo del momento y del contexto histórico en que sea interpretado.

Para entender cómo se trabaja con los sueños, se debe partir por recordar que, al provenir del inconsciente, los sueños tienen una función compensatoria (Wyly, 1995). Su labor es de integración: en ellos confluyen la historia personal, los complejos, la sombra, la persona y todos los elementos presentes de la psique del sujeto, para exhibir, a través de distintos símbolos, los contenidos del inconsciente y del proceso de desarrollo personal, o individuación, que está viviendo el paciente. Bajo esta perspectiva, omitir un sueño en terapia, es omitir una expresión de la totalidad del sujeto.

Para Jung, el trabajo central está dado por rescatar la experiencia que trae el símbolo, es decir, la emoción que subyace al contenido (Jung, 1964). El símbolo, en este sentido, sería una asociación directa que expresa la realidad que la psique está teniendo: el sueño, por tanto, es una realidad psíquica. La información que surge en el sueño, proviene desde el self⁷, el cual tiene la labor de dirigir el proceso de individuación del sujeto.

Este camino de individuación puede ser observado, especialmente a través de las series de sueños (Mattoon, 1980).

⁷ Self, o Sí mismo, corresponde al arquetipo central de orden. Organiza el psiquismo completo. Es al mismo tiempo, totalidad y centro (Hall, 1996).

En este punto es necesario reforzar la idea de que el sueño es el resultado de la experiencia individual del soñante; si bien, puede contener elementos asociables a una memoria o historia colectiva, como son los arquetipos, Jung es enfático en señalar que la búsqueda de paralelos entre la imagen onírica y la arquetípica, sólo es un medio para enriquecer la interpretación de los símbolos que el relato onírico contiene, pero en ningún caso esos paralelos reemplazarán el sentido que el mismo soñante da a sus símbolos, basado en su propia experiencia vital (Mattoon, 1980).

Para esto, el terapeuta junguiano usa un método de interpretación que va acercándose al sueño de forma respetuosa, en base a los significados que pueden ir rescatándose de los contenidos que el paciente narra; por tanto, la interpretación se co-construye con el propio soñante, para llegar a la “verdad” del sueño (que es, como se ha dicho, atingente sólo a ese momento). Esta actitud terapéutica implica evitar supuestos y prejuicios sobre los contenidos oníricos, adoptar una actitud simbólica que permita ir descifrando los significados que le son propios al soñante y su experiencia.

En su libro “El análisis junguiano de los sueños”, Mattoon (1980) plantea que los sueños tienen una estructura que está dada por las etapas que se presentan durante el desarrollo de los mismos. Estas etapas corresponden a:

- a) Exposición.
- b) Desarrollo del argumento del sueño.
- c) Culminación.
- d) Resolución.

- a) *Exposición*: Corresponde al momento en que comienza el sueño, entregando los elementos de su escenificación. Se presenta el contexto del drama que se desarrollará en el sueño, las fechas, los personajes, entre otros elementos.
- b) *Desarrollo del argumento del sueño*: Etapa en que se van sucediendo los hechos generales del sueño, se describen y detallan los eventos, los

personajes y su participación en la trama, se exhibe en este momento la tensión y acción de los protagonistas.

- c) *Culminación*: En este momento del sueño, ocurre un cambio decisivo o relevante dentro de la trama del sueño. Este cambio rotundo puede darse a favor o en contra de la situación que se sueña, para bien o para mal de ella, pero es un momento significativo, donde muchos sueños terminan.
- d) *Resolución*: Corresponde al desenlace. Termina la trama del sueño.

Observar esta estructura y su desarrollo, es una tarea que requiere atención y disposición a encontrar el sentido que tienen estos elementos para la persona a quien pertenece el sueño. La actitud que ayuda en este sentido, es poder mirar el material del relato onírico a la luz de algunas preguntas exploratorias que pueden guiar el análisis (Mattoon, 1980):

- *Actitud Reductiva – Prospectiva*:

La primera (reductiva), corresponde a la oportunidad de formular preguntas relativas al pasado del soñante: ¿por qué sueña esto?

La segunda (prospectiva), está vinculada a indagar respecto a las significaciones futuras y/o compensatorias que tiene el relato para quien sueña: ¿para qué sueña esto?

- *Actitud Objetiva – Subjetiva*:

Lo objetivo, se relaciona con poder analizar el contenido del relato onírico en función de las características de la persona y su relación o vivencia real, lo concreto y visible en su cotidiano.

Lo subjetivo, asociado a la oportunidad de analizar el sueño a través de la personificación de partes o elementos internos, no necesariamente visibles para el soñante.

Como se expresó anteriormente, los sueños son enlaces psíquicos entre el consciente y el inconsciente. Históricamente se les entendió como un acceso a dimensiones extrañas, espirituales incluso; hoy se entienden como una puerta que abre el conocimiento de aspectos ocultos a la consciencia y que al ser incorporados al proceso de terapia, pueden aportar valiosa información sobre el soñante y su proceso de individuación.

Jung, se refirió a ellos como “una autorepresentación espontánea de la situación actual de lo inconsciente expresada en forma simbólica” (Jung, 1964, p. 117).

La interpretación de los símbolos es una instancia relevante dentro del análisis, pues su rol práctico es un intento natural por reconciliar y unir los opuestos existentes dentro de la psique (Jung, 1964). Esta es la tarea del ser humano, integrar los distintos componentes de su psiquismo para unirse a la totalidad.

2.2.3.2 Etapas de la Interpretación del sueño

Como se ha mencionado, analizar un sueño requiere una metodología. Es importante poner el sueño y su material en el contexto de la situación actual de vida y en el contexto del proceso de individuación que está atravesando el sujeto. Una imagen puede limitar, pero al mismo tiempo, abrir nuevas perspectivas; el límite está dado por la imagen concreta, el símbolo en cambio, es la experiencia que se tiene de esa imagen y la emoción que puede generar en quien le da significado (Ronnberg y Martin, 2011).

Las etapas que se deben considerar en el análisis junguiano de los sueños, son las siguientes:

- a) *Descripción fenomenológica*: Corresponde al registro de detalles exactos del sueño.
- b) *Registro de asociaciones*: Son las vinculaciones personales que el soñante puede realizar de su experiencia vital actual, con elementos que el sueño le presenta.

- c) *Amplificación del sueño*: Corresponden a las asociaciones del sueño que van más allá de la historia personal o experiencia vital del soñante. En este momento del análisis, el terapeuta puede aportar con algunas vinculaciones culturales de imágenes arquetípicas a la reflexión de los contenidos oníricos.
- d) *Poner el sueño en el contexto de la experiencia vital, el proceso de individuación del soñante y su estado de consciencia*: Esta etapa es muy importante, pues abrir esta posibilidad de reflexión y abordar el sueño desde esta perspectiva, puede mostrar la naturaleza de contenidos psíquicos no explorados desde la consciencia como son la sombra y los complejos.

Mattoon (1980), declaraba la necesidad de que el terapeuta cuide de no imponer una interpretación o prejuiciar el significado de una imagen onírica, bajo el riesgo de sugestionar al analizado con una interpretación que no es precisa, ni significativa para el soñante. En este sentido, plantea:

La intervención analítica es, en cuanto se refiere a la maduración de la personalidad, superior a la sugestión [...] La sugestión es un recurso falaz y sólo útil para salir de un apuro [...] Quien quiera evitar la sugestión consciente, tiene que considerar sin valor la interpretación del sueño, hasta que se obtiene una fórmula que obtiene la conformidad del paciente. (Mattoon, 1980, p. 73).

Otra sugerencia expresada por la autora, se relaciona con el hecho de que una imagen, cuando surge, es adecuado considerarla como vinculada a la experiencia personal y vital del sujeto, y que sólo cuando no existe esa posibilidad de asociación, esa imagen onírica sea reflexionada como arquetípica.

2.2.3.3 Las series de sueños y su abordaje en psicoterapia

Normalmente, el proceso de interpretación de sueños se realiza como si éste fuera un evento aislado. Se analiza la estructura del sueño, sus símbolos y se examina el detalle del contexto para completar esa información de modo que sea útil a la consciencia.

Sin embargo, con frecuencia el terapeuta se da cuenta que hay elementos constituyentes de un relato onírico que se repiten, o hay similitud con otros sueños analizados anteriormente. Estas semejanzas pueden ser en cuanto a imágenes, temáticas, periodos de tiempo u otros elementos. Las series de sueños corresponden a esos relatos oníricos, donde un sueño en particular, junto a otros previos y otros posteriores, pueden relacionarse en cuanto a alguno de sus núcleos o elementos, permitiendo de este modo que durante el proceso de análisis, se pueda confirmar o corregir una interpretación (Mattoon, 1980).

2.2.3.4 Las series de sueños como expresión del proceso de individuación

El inconsciente es un continuum. En las series de sueños se pueden observar fragmentos de esa continuidad. Esto es muy importante para una persona que busca ayuda y que intenta comprender las causas más profundas de lo que está viviendo. El proceso personal que muestran estos fragmentos o partes, es la individuación.

Desde esta perspectiva, se pueden comprender las series de sueños ya no solo como elementos de un transitorio desahogo psíquico, sino como aportes valiosos a la consciencia de un sujeto; verdaderas luces para mirar su vida como un todo, pues incorporan y desarrollan elementos de la complejidad psíquica del sujeto, siguiendo un lineamiento y metodología que Jung llamó proceso de individuación (Jung, 1964; Von Franz, 1964).

En este sentido, ordenar los distintos aspectos que las series de sueños exhiben, permite acceder a ese proceso de desarrollo y crecimiento personal, cuyo desafío transcurre a lo largo de la vida del sujeto.

Las características generales de las series de sueños, pueden ser ordenadas de la siguiente manera para visualizar un núcleo común:

- Sueños que comparten temáticas afines.
- Sueños relacionados con un conflicto.
- Sueños presentes en períodos de crisis o transiciones del ciclo vital.
- Sueños repetitivos.
- Sueños por períodos de tiempo significativo.

Como se puede observar, las series de sueños permiten acceder a aspectos importantes que está atravesando el paciente. Ayudan a buscar un sentido al momento que se transita, lo cual le da continuidad a la existencia y amplía la comprensión que el sujeto tiene de sí mismo y lo que le ocurre.

2.2.4 Psicología Analítica y Drogas

El consumo problemático de sustancias, tal como se señaló en el primer capítulo de esta investigación, ha sido ampliamente revisado y desarrollado por la psicología de enfoque cognitivo conductual, constituyéndose en el modelo central de intervención desde hace varias décadas. Enmarcados en la necesidad de brindar en poco tiempo una estructura socialmente adaptable, los servicios de salud y entidades de gobierno, promueven su aplicación transversal a los distintos niveles de atención.

En el ámbito de la psicología analítica o profunda, las investigaciones respecto a este tema, son escasas. En la literatura emergen pocas contribuciones, lo cual hace más relevante y necesario el investigar sobre esta condición.

Al revisar la literatura, aparece Thomas Kuhn quien en sus estudios señala que no existe un paradigma verdadero y definitivo, sino que todos los paradigmas son parcialmente sujetos de falsedad (Kuhn, 1962).

Ante esta aseveración, el problema del consumo problemático puede ser entendido analíticamente como un intento tanto de lidiar con conflictos inconscientes y también de adaptación a un funcionamiento alterado, a nivel personal y/o también familiar o sistémico (Kuhn, 1962).

En la actualidad, para un terapeuta junguiano, el uso de sustancias psicoactivas, provee una oportunidad para observar los efectos de la función de la psique, alterada en los procesos inconscientes; además la dependencia a estas sustancias, en sus fases iniciales, puede ser entendida analíticamente en términos de defensas contra los procesos inconscientes, generando menos daño cerebral (esencialmente un grado de atrofia cerebral), que no altera mayormente la personalidad o el comportamiento, pero que sí tiene un impacto significativo en los procesos inconscientes.

A medida que este consumo se vuelve problemático, puede distorsionarse la percepción de la realidad en forma permanente, llegando a experimentar (el consumidor), momentos de total desconexión de la realidad y su entorno (Knox, 1995).

Por tanto, desde la perspectiva de Knox (1995), el consumo de sustancias altera el funcionamiento cerebral, y como consecuencia de esto, se influyen los procesos inconscientes. Es importante en este punto, señalar que el uso esporádico de sustancias es muy común, y que uso y mal uso, pueden formar parte del análisis de muchos pacientes que no son abiertamente drogadictos, pero que lo usan para disminuir el dolor psíquico que experimentan.

Jung, lo plantea de esta manera, vinculándolo con el concepto de identidad:

Identidad [...] es siempre un fenómeno inconsciente [...] es la verdadera fundación de la participación mística, que no es más que una reliquia de la original no diferenciación entre el sujeto y el objeto y por lo tanto del estado inconsciente primordial. También es una característica del estado mental de la infancia temprana y finalmente del inconsciente del adulto civilizado, que mientras no se convierta en un contenido de lo consciente, permanece en un estado permanente de identidad con los objetos. (Jung, 1921, p. 741).

Con esta idea, se puede entender que los procesos personales están siempre asociados a las experiencias tempranas, y que parte de la función del adulto se relaciona con poder integrar estas vivencias para alcanzar una mayor plenitud y realización personal. En este sentido, nadie se separa realmente de sus figuras infantiles y significativas (como la madre, por ejemplo); de hecho existe una unión continua con ellas. Los estados de la identidad del sujeto pueden crecer, pueden alejarse en el trasfondo, pero nunca desaparecen. En ellos están las raíces de la sombra, de los complejos y la persona, entre otros elementos que componen la psique (Fordham, 1976).

Fordham (1976, 1985) señala que también hay un sujeto desde el comienzo, pues una de las condiciones del infante es un estado primitivo de identidad en el cual sujeto y objeto no pueden ser identificados, y donde pensamiento y acción son uno. La tarea del proceso de individuación a medida que avanza en la vida de un ser humano, es alcanzar la diferenciación de estos objetos que lo han constituido desde sus primeros años, para desarrollar una identidad propia, que lleve al sujeto a una mayor integración de sí mismo y pueda, de este modo, unirse en lo posible, a la totalidad.

Otro autor, Hinshelwood (1989) se refiere a la condición de drogadicción como un mecanismo cuyo propósito patológico es mantener una fantasía delirante de fusión entre el ser y un objeto, y que esta necesidad de fusión surgiría como defensa contra la separación que se ha experimentado con el objeto. Este estado de identidad inconsciente o identificación proyectiva, también se puede transformar en una base del alcoholismo y el consumo de sustancias, al vivenciarse como un patrón repetitivo inconsciente de ser-objetos, no asumiendo ni elaborando la separación.

De esta manera, el consumo problemático altera el funcionamiento cerebral de manera específica, y en esencia, reduce la capacidad de recibir nueva información, de ser creativos ante las dificultades y lidiar con nuevas experiencias, lo cual dificulta, incluso impide el proceso de integración y reintegración necesario para la individuación. De acuerdo a Jung, un impedimento insuperable hacia la individuación en el presente, lleva irremediabilmente al sujeto

a intentos regresivos de solución (Jung, 1913) y esa solución regresiva es la activación de las fantasías inconscientes de fusión.

Una característica significativa y crítica en este proceso es la naturaleza de la droga. En primer lugar, las drogas tienen una habilidad particular, compartida en diversos grados por distintas sustancias psicoactivas, como el cannabis y el valium del tipo tranquilizantes, para dormir la consciencia, para suprimir por un momento el dolor de vivir (Eliot, 1936).

En segundo lugar, las drogas consiguen una supresión emocional que se consigue a los pocos minutos del consumo. Todo el rango de emociones y los deseos inconscientes, miedos y fantasías, pasan a ser más accesibles, así como más fáciles de expresar y se actúa de una manera que no se permitiría sin los efectos de la droga.

Entonces, mientras la consciencia está adormecida, el inconsciente, la sombra, emerge y se le da expresión y necesidades normalmente no expresadas en la vida de vigilia, o consciente, del sujeto.

Luigi Zoja (1985) en su libro "Drogas: Adicción e Iniciación", plantea el problema del consumo de sustancias como uno de los desafíos más significativos que un analista pueda tener. Este desafío se corresponde con la labor del terapeuta junguiano, de buscar junto con su paciente, la superación de ciertas contradicciones y sufrimientos psíquicos inconscientes.

El autor, entiende también el consumo de sustancias como un síntoma, a menudo crónico, y que en la mayoría de los casos es motivado a abordarse por presión social que recibe el paciente, más que por el propio interés de salir de ese estado patológico de funcionamiento (Zoja, 1985).

Esto puede observarse en la clínica, porque en las fases en que el paciente adicto a sustancias muestra mayor colaboración y disponibilidad al tratamiento, es cuando logra convencerse a sí mismo de la necesidad de tratarse, pues en un nivel reconoce que sus esfuerzos individuales han sido estériles y no puede sobrellevar la culpa del dolor causado a sus seres queridos, o las pérdidas que ha arrastrado por su consumo.

Zoja (1985) en este sentido, señala que quienes hayan carecido de una verdadera motivación por hacer el tratamiento, en realidad, aunque lleven meses de intervención, no han iniciado la terapia.

En su descripción del fenómeno de las drogodependencias, el autor realiza una analogía entre lo que ocurría en los pueblos primitivos, cuyos ritos de iniciación de los más jóvenes incluía el consumo de algún alucinógeno, frente a lo que ocurre con un sujeto que comienza a consumir, y cuyo grupo de pares lo influencia en esta “iniciación”.

El sentido de pertenencia, como rito de entrada a una etapa diferente de la vida, requiere para su adecuada evolución, que el sujeto se diferencie y separe del propio grupo (rito de salida) y que tenga la opción real de ser orientado hacia una dimensión completamente nueva⁸.

Zoja (1985) se detiene a revisar el fenómeno de las adicciones desde el punto de vista antropológico también, destacando la carencia de modelos adecuados y saludables para los jóvenes que se inician, donde los “héroes”, desde la mirada arquetípica están ausentes en una sociedad individualista y sin mayor consciencia colectiva.

En Chile, el psicólogo Erik Millanao, abordó la temática del consumo en base a su experiencia con sujetos que estaban condenados y en encierro (presidarios), quienes presentaban consumo problemático asociado a conductas delictivas. En sus reflexiones, se refiere al consumidor de sustancias como el sujeto que luego de la iniciación, se ve enfrentado a su propio laberinto, del cual podrá salir sólo si alcanza a descubrir y trabajar terapéuticamente "lo otro", los propios monstruos internos y, tras sacrificarlos, poder emprender el regreso a la consciencia, en las afueras del laberinto (Millanao, 2009).

Como se puede observar, el aporte de la psicología analítica en la temática del consumo de sustancias, se convierte también en su desafío. El sujeto adicto, que busca trascenderse a sí mismo y sus carencias, ya sea por falta de guía adecuada, o de información respecto a las consecuencias del consumo, termina

⁸ Estas reflexiones se profundizan en el texto del mismo autor: “Muerte-renacimiento y muerte del renacimiento”, donde se describen ampliamente los elementos sociológicos que estarían a la base de estas iniciaciones modernas como fenómenos de grupos.

autodestruyéndose. La terapia puede contribuir en este ciclo de olvido de sí mismo, colaborando con la auto-consciencia y auto-responsabilidad; una especie de desintoxicación del alma, donde otros modelos hasta ahora, sólo han alcanzado lo biológico o comportamental.

3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1 Relatos de Casos Clínicos y sus series de sueños

A continuación se desarrollan las historias clínicas de dos pacientes que fueron internados en el residencial de adicciones del Complejo Hospitalario San José de Maipo, que trajeron a terapia sus experiencias oníricas a la instancia de entrevista, y optaron por trabajar con ellas en psicoterapia. El proceso de ambos pacientes, fue muy diferente, tanto en evolución, como en resultados.

3.1.1 La historia de Danilo

Danilo es un joven, moreno, alto, de apariencia amable y risueña, que ingresa a la Unidad Residencial, tras haber quedado por cinco días en situación de calle luego de que en una discusión familiar, su padre lo echara de la casa.

Tiene 29 años, estaba cesante hace varios meses al momento de su internación y su consumo estaba vinculado a distintas sustancias, especialmente pasta base y alcohol. Experimentó con drogas la primera vez, a los 16 años; en ese período probó Marihuana de forma exploratoria con unos compañeros de Enseñanza Media y después siguió en escalada, alcohol, cocaína, hasta llegar a la Pasta Base como droga principal.

Comenzó a pololear a sus 17 años con Catalina, a quien conocía desde el colegio; luego de un tiempo de relación, nació José, su único hijo, quien a la fecha de su internación, tenía 9 años. Estudió en colegio comercial hasta 4º año de enseñanza media, tras lo cual comenzó a trabajar en tienda de bicicletas del abuelo de su hijo.

Danilo es el menor de dos hermanos, mantiene una buena relación con su hermano mayor, a quien percibe como su amigo y guía en los momentos difíciles.

Su hermano está casado hace unos años y se alejó del hogar paterno, lo que fue un período difícil para Danilo, ya que el vínculo con él es muy significativo. Este hermano también consume drogas, pero logra controlar el consumo.

Su padre es alcohólico, ejerció VIF de tipo psicológica y física hacia su esposa e hijos durante muchos años. Danilo tiene el recuerdo de frecuentes episodios de descontrol por parte del padre, que lo llevaron a recurrentes pesadillas en su infancia y a mantener una enuresis nocturna hasta sus 5 ó 6 años de edad. Recuerda con tristeza los golpes que su padre le propinaba a su mamá, y especialmente, la angustia que sentía por la impotencia experimentada frente a ese maltrato, ya que a su corta edad, nada podía hacer para impedirlo.

Sus padres, ambos adultos mayores, han trabajado en el rubro de la joyería por muchos años, lo que fue el sustento familiar por décadas. En ese contexto, Danilo crece en una atmósfera donde el tema económico estaba bien cuidado, pero donde la contención emocional y la entrega de afecto estaban restringidas a momentos específicos. Su padre se permitía ser cariñoso con ellos, sólo cuando estaba ebrio, y pasaba con facilidad de mostrarse afectuoso a estar iracundo y descontrolarse por razones sin trascendencia, afectando sistemáticamente el ambiente general del hogar, el cual era percibido por Danilo como en constante tensión. Con frecuencia recuerda que él, su madre y hermano, temían cuando su padre llegaba tarde, pues sabían que si pasaban las 20:00 hrs, era porque había bebido y eso significaba una nueva jornada de maltratos y violencia.

En ese escenario, se fue acercando cada vez más a su hermano mayor, quien le ayudaba con sus tareas y en varias ocasiones asistió a sus reuniones de apoderados.

Danilo no considera que el consumo frecuente de drogas por parte de su hermano sea un factor de riesgo para él, al contrario, señala que lo admira, porque ha salido adelante, manteniéndose unido a la familia que formó (su pareja y dos hijos), lo que él mismo no habría podido hacer.

Cuando Danilo llega a internarse, traía consigo la amarga experiencia de haber intentado en dos ocasiones anteriores, realizar un programa en rehabilitación sin resultados satisfactorios.

Llegó a la Unidad acompañado por sus padres, quienes en la entrevista de ingreso se referían al comportamiento de Danilo con decepción y rabia, especialmente su padre, quien usaba un lenguaje severo y autoritario hacia su hijo. La madre impresionaba como una mujer sumisa, que acataba los comentarios formulados por su marido. Se observaba el dolor en la expresión facial de la señora. Danilo permanecía con su cabeza baja, miraba el suelo, y no hablaba, salvo para responder las preguntas de rigor que se realizan en una entrevista habitual de ingreso.

Su nivel de motivación parecía estar en el estadio contemplativo, donde el paciente puede reconocer que tiene un problema con el consumo y sus consecuencias, sin embargo, no se considera capaz de llevar a cabo acciones que lo hagan salir de esa condición; es decir, cognitivamente sabe que tiene un problema de descontrol de impulsos en torno a la sustancia, pero no se genera aún en el paciente la consciencia de enfermedad necesaria para emprender el camino de la rehabilitación.

Durante su internación, Danilo mantiene un comportamiento adecuado y respetuoso, tanto hacia el equipo como hacia sus compañeros y la comunidad general. Participa de las diversas actividades que la residencia ofrece, se muestra proactivo y rápidamente alcanza la denominación de “hermano mayor”.

Este concepto comunitario, se asocia a aquel usuario de la residencia que ha mostrado un compromiso constante con su tratamiento, manteniéndose adecuado a las normas del lugar y aportando en el proceso de los otros, lo que junto con exhibir actitudes de liderazgo, le permiten ser el guía de sus

compañeros, considerándose a quien ejerce este cargo, como “ejemplo para los demás”.

En el proceso de terapia, Danilo comienza a referir sueños de consumo con frecuencia relativa, lo cual inicialmente le generó aumentada angustia, pues los interpretaba como deseos reprimidos que pugnaban por salir a la luz, y su gran temor se relacionaba con defraudar nuevamente a su familia y amigos.

Cuando Danilo llegó a la residencia, no veía a su hijo desde hace varios meses, pues producto de su consumo, la madre del niño le había prohibido las visitas. Durante el tratamiento paulatinamente se empezó a reparar ese vínculo y, a través de intervenciones familiares, Danilo pudo retomar el contacto con su hijo cada 15 días.

Éste y otros temas de su historia de vida, fueron abordándose en las entrevistas y psicoterapia, lo que se convirtió según sus propias palabras en su “gran factor protector”.

Pasaron los meses de tratamiento, se mostraba contento y seguro frente a sus pares y frente al equipo, mantenía una buena disposición y cumplía con lo que se le encomendaba.

Sin embargo, los sueños perturbadores nunca cesaron, y hacia el final de su tratamiento fueron mostrando imágenes inquietantes que se intentaron trabajar con el usuario, pero que éste no se permitió ver.

Antes de la fecha de egreso, al cabo de ocho meses de tratamiento, Danilo recae en una de sus salidas de fin de semana, y no volvió a la residencia.

3.1.2 Serie de sueños de Danilo

1. Primer sueño: Previa a su internación en la residencia, 2 meses antes.

“Estoy en un museo. Abro la puerta, que mide 5 metros. Me cuesta abrirla. Logro abrirla y entro. Adentro hay varias estatuas, está todo tranquilo. Voy mirando y de pronto encuentro una de marfil (es un niño). De pronto la estatua se mueve y me persigue.

Yo trato de correr, pero no avanzo, me miro mis piernas que son musculosas, pero no logro correr, estoy muy angustiado, me desespero porque la estatua ya va a alcanzarme... despierto justo antes de que me pille”.

2. Segundo sueño: Ya internado en la residencia.

“Estoy en la residencia, estoy internado con Catalina (mamá de su hijo). Llegan las visitas, compartimos con todos.

Después de las visitas llega la hora de dormir, nos acostamos. Me alegra que esté durmiendo a mi lado. Al despertar, nos besamos”.

3. Tercer sueño:

“Estoy en mi casa, discuto con mi hermano, y después mi papá y mi mamá se enojan conmigo.

Yo me voy a mi pieza y me encierro... no quiero hablar con nadie. Me quedo adentro hartado. Después salgo de nuevo al living de la casa y todos me hablan normal, como si no hubiese pasado nada, como si no hubiéramos peleado”.

4. Cuarto sueño:

“Estoy en un sendero, de noche. Se acerca un “loco”, me quiere asaltar. ‘Entrega las cosas’, me dice. Yo no acepto. Lo golpeo... Queda inconsciente. Me preocupa su estado, no quiero dejarlo así.

Miro hacia el lado y encuentro una piel en el suelo, es un cuero de perro con su cabeza.

Visto a la persona, que sigue inconsciente, como si le pusiera un traje. Despierta y se convierte en el perro. Me ladra, lo tiro por el lado de la pandereta. Quiere morderme! Lo lanzo hacia el otro lado de la muralla”.

5. Quinto sueño:

“Estoy en una fiesta con mis amigos de la casa. Estoy tranquilo. Estoy tomando una fanta. Entremedio de la gente veo que está el “Pablo” (un amigo de infancia/compañero de curso).

Lo saludo con la mano. 'Me alegro de verlo porque él es chistoso y yo estaba aburrido' (piensa en el sueño). No alcanzo a conversar con él, pero me alegra verlo”.

6. Sexto sueño:

“Voy por una calle, sé que voy a mi casa, pero no reconozco el camino. Hay un lote de cabros en una esquina. Me acuerdo de lo que me han dicho en la residencia y me alejo.

De pronto, frente a mí, aparece una mujer, es rubia, de ojos claros y me sonrío. Yo me corro... 'Nunca me han dado confianza las rubias de ojos claros' (piensa).

Sigo caminando.

No encuentro mi casa (se pierde/desorienta un poco). Me suena el celular, es el Pablo.

No sé si contestarle o seguir buscando mi casa”.

7. Séptimo sueño:

“Voy caminando tranquilo. De pronto aparece el Pablo, me saluda, estoy contento de ver a mi amigo.

Me pide que lo acompañe. Vamos conversando, recordamos anécdotas del colegio.

De pronto llegamos a un lugar, es como una plaza, hay varias personas, unos locos malos, yo creo que nos quieren asaltar.

Le hablo al Pablo para que arranquemos, pero al voltear para mirarlo, él me mira y me apunta con un arma. Me dice 'lo siento'. Es una emboscada”.

3.1.3 Alberto, el autodidacta

Alberto es el mayor de tres hermanos. Ingresó a la residencia luego de comentar su situación de consumo en el COSAM del sector donde vivía, sin haber

realizado tratamientos previos, ni intensivos ni ambulatorios, porque hasta ese momento no consideraba la opción de recibir ayuda.

Su señora le dio un ultimátum y le indicó que si no dejaba el consumo, se separarían. Entonces, decidió internarse.

Cuando llega a la Unidad, aunque es una entrevista preliminar, él ya trae un bolso con sus pertenencias, pues estaba decidido a quedarse hospitalizado.

Desde el primer momento muestra un carácter fuerte, casi autoritario. Señala en la entrevista de ingreso, que “se ha hecho a sí mismo”, aludiendo al esfuerzo que ha desarrollado para salir adelante en la vida.

Tiene 42 años. Trabaja en el rubro de la construcción como contratista. Tiene personal a su cargo. Para internarse, debió suspender al menos tres obras en edificios. Lo recalca en la entrevista.

Empezó a trabajar a sus 10 años, cuando su padre lo envió a ganarse el dinero para su uniforme y sus útiles de escuela, porque a él no le alcanzaba para proveerle. Padre alcohólico, se gastaba el dinero de la familia en beber y compartir con sus amigos. Recuerda que tenía buenas notas, y quería seguir estudiando, pero rápidamente se hizo evidente la falta de dinero en el hogar y terminó abandonando sus estudios, para mantener la casa. Tenía 13 años recién cumplidos.

Comenzó haciendo los mandados, el aseo y barriendo en un almacén de barrio, y luego, con los años, fue aprendiendo el rubro de la construcción. Se compró libros y manuales y empezó a promover sus servicios.

Estudió en la escuela nocturna para terminar su enseñanza media, y paulatinamente fue adquiriendo fama de “buen maestro”, lo que se tradujo en más oferta laboral y más ingresos.

Se casó a los 21 años, con su polola de toda la vida y tuvo 2 hijos.

A los 27 años estaba con una carga laboral importante, tenía obras habitacionales pendientes, le llegaban más opciones de construcción y trabajaba 12 a 16 horas por día. Así conoció la cocaína, cuando uno de sus empleados le dijo que si la probaba se daría cuenta que rendiría más. Nunca pudo abandonarla.

A estas alturas de su vida, se había alejado completamente del hogar materno, no veía a sus padres hace años, ni a sus hermanos, quienes fueron más exigentes con sus progenitores y lograron terminar una carrera.

El hecho de que sus hermanos tuvieran una profesión, era muy doloroso para Alberto, quien se alegraba de que sus hermanos hayan podido estudiar, pero sentía mucha rabia por no haber sido él también beneficiado con esa oportunidad. Sentía envidia por el logro de sus hermanos menores, y recordaba con frustración que gracias a que él trabajó de pequeño, pudo también aportar a que ellos salieran adelante.

Durante el proceso de entrevistas y psicoterapia identifica un profundo dolor contra su madre, a quien describió como incapaz de rebelarse contra su esposo, permitiéndole una serie de abusos, y sobre todo, que lo obligara a trabajar desde tan temprana edad. Sentía mucha rabia e impotencia cada vez que se contactaba con los recuerdos de su niñez, y pensaba en su padre como “un hombre miserable, que no valía la pena”. Lo juzgaba fuertemente por sus actos, negándose incluso a recibirlo en las visitas iniciales que éste hizo a la residencia, y no aceptando tampoco sus llamados telefónicos.

Al trascurrir el proceso de rehabilitación, Alberto accede a restablecer el vínculo con su padre, logrando conversar por teléfono y aceptándolo en las visitas. En este sentido, en la psicoterapia recalca que es para seguir avanzando él, pues entiende que no puede “vivir con rabia si quiere sanarse”.

La esposa de Alberto siempre estuvo presente en el tratamiento, y fue parte importante de este paso en las relaciones con su familia de origen.

En relación a la vida en comunidad, su actitud general, era la de dar consejo a sus compañeros, les enseñaba sobre lo que iba aprendiendo, asumiendo casi un rol de ‘Terapeuta’ frente a sus pares.

Se observaba, también, selectivo en los contenidos que abordaba en psicoterapia, lo cual dificultaba las posibilidades de profundización. Trajo pocos sueños a las entrevistas.

Se mantuvo durante todo el tratamiento, sin presentar recaídas. Luego de terminado su proceso, a los 8 meses de estar internado, egresó satisfactoriamente.

3.1.4 Serie de sueños de Alberto

1. Primer sueño:

“Estoy en un supermercado. Voy caminando por los pasillos, y entro al sector de los juguetes. Hay una maqueta de robot, tamaño real. Me ataca y yo peleo con el robot. Me doy cuenta de que no puedo ganarle. Me doy por vencido y arranco para no salir tan mal herido.

Me muevo por los pasillos del supermercado. No avanzo, trato de correr, pero no avanzo. Es desesperante, porque sé que el robot viene por mí”.

2. Segundo sueño:

“Voy en una micro mirando por la ventana, veo varias poblaciones. De pronto, no sé cómo, me veo comiendo en una mesa grande, de las que ponen en las comidas comunitarias del pasaje. Estoy en el sector de los departamentos de la población el volcán (donde consumía). Quiero pararme para irme a mi casa, pero no puedo mover la silla. Me levanto con esfuerzo y quiero salir de ahí, pero no avanzo. Trato de caminar, pero no avanzo”.

3. Tercer sueño:

“Estoy peleando, no sé quién me pega. Pierdo la pelea y me voy a una plaza, casi no puedo hablar porque me duele mi boca.

Al pasar la lengua me doy cuenta de que tengo mis dientes sueltos. Se me caen todos los del lado izquierdo! Siento miedo. Miedo de quedar sin dientes”.

4. Cuarto sueño:

“Mi señora me pide que lleve a mi hija a la plaza. La llevo. Mientras mi hija juega en los columpios, yo pienso ‘podría aprovechar de fumarme algo’. Saco un

papelillo de uno de mis bolsillos internos de la chaqueta, y busco un encendedor en los bolsillos de mis pantalones. De pronto llegan los pacos en un furgón. Me ven el papelillo y me dicen que yo no puedo criar a mi hija en esas condiciones, y la sacan del columpio, se la llevan al furgón. Yo me desespero y corro tras de ellos. Veo a mi hija que me mira angustiada a través de la ventanilla del furgón que avanza.

Pienso que perderé a mi hija mientras corro tras ellos, 'perderé a mi hija y a mi señora'. Yo corro desesperado, pero no los puedo alcanzar”.

5. Quinto sueño:

“Estoy en el mar. Hubo tormenta hace poco. Estoy a la deriva en una balsa. Tengo hambre y sed. Pienso que voy a morir ahí.

De pronto aparece un barco. Trae sus reflectores encendidos y no me permite ver bien. Quedo momentáneamente cegado por la luz.

El barco se acerca. Veo que mi esposa está arriba. Me alegro. Me ayudan a subir”.

3.2 Análisis del material onírico

Para información más detallada, ver Tabla Resumen en Anexos.

3.2.1 Danilo

Primer sueño

En el primer sueño de Danilo, se puede observar que al inicio surge la figura de una puerta enorme, de 5 metros, que le cuesta abrir. La puerta, como representación de la apertura a lo nuevo o desconocido, es una invitación al mundo interior, a un estado de transición de un estado a otro, el paso a una dimensión distinta de la conocida (Ronnberg & Martin, 2011).

Ante el desafío de encontrarse con estos aspectos, representado en el acto de abrir la puerta, el Yo, como estructura psíquica aparece disminuido ante ella, exhibiendo una deflación y, probablemente, desvalorización de sus capacidades para enfrentar este nuevo escenario.

Estas características del Yo, pueden ser observadas en el residente, quien habitualmente muestra conductas infantiles en su vida cotidiana.

Se presenta ante el grupo como alguien divertido, especialmente al inicio de su hospitalización, un mecanismo que aparece recurrentemente en su historia, y que es parte constitutiva de su máscara, la cual en el momento de su internación, usa para ser aceptado por el grupo.

La persona o máscara, tal como fue definida por Jung, como se revisó previamente, corresponde a aquellas características que exhibimos ante el mundo para adaptarnos de forma satisfactoria, y que en este caso parece haber tomado protagonismo en la vida de Danilo, a quien le cuesta desarrollar aspectos de vinculación con otros, que no sean mediante la estrategia infantilizada y la búsqueda de aprobación de los demás.

Al abrir simbólicamente la puerta en su sueño, atraviesa un umbral e ingresa a su interior, abriendo espacios desconocidos hasta ese momento, donde podrá encontrarse con sus carencias y necesidades más profundas. El Museo de su sueño señala la construcción de su historia personal, cargada de frialdad, rigidez, soledad. Un lugar inhóspito, donde las figuras con las que se relaciona, representadas por las estatuas, están petrificadas, sin vida, con una distancia afectiva que marca su niñez.

De pronto, en el relato onírico aparece su aspecto sombrío, una estatua de 5 metros que lo persigue. Su propio niño, sus necesidades no resueltas, jamás abordadas, ni trabajadas, ni reconocidas. Ante esta figura representante de su sombra no tiene capacidad de resguardo ni protección, con impotencia se da cuenta que sus piernas musculosas y desarrolladas no sirven, exhibiendo de esta forma su propia incapacidad para autogestionar lo confuso e impulsivo de sí mismo, quedando expuesto al ataque inminente de su lado oscuro.

Probablemente esta escena se ha repetido en su vida en muchas ocasiones. Danilo intentó en vano tratamientos de rehabilitación, tanto ambulatorios como intensivos, sin mayores resultados. Terminaba cediendo ante el grupo de “amigos” con los que consumía, creyendo ingenuamente que cada vez que recaía podría detener su consumo cuando él quisiera, pero el tiempo le demostraba que no era así y la droga, junto a otros patrones adictivos, como la irresponsabilidad con sus seres queridos, la mentira, la manipulación y los episodios de violencia asociados a síndrome de abstinencia, aumentaban y deterioraban más sus vínculos, ya dañados por el propio funcionamiento familiar.

Por tanto, este primer sueño de Danilo permite observar a un sujeto enfrentado a su historia, a su niñez desvalida, sin figura de apoyo y protección que lo acompañara en su infancia; a los sentimientos de soledad e impotencia experimentados en distintos momentos de su existencia, y también nos muestra la importancia de su mecanismo infantil y sombrío, frente al cual el residente no tiene capacidad para cuidar de sí mismo. Es un momento de alta tensión interna, que marca el inicio de su tratamiento residencial.

Segundo sueño

En el segundo sueño se presenta la oportunidad de compartir con otros, de sentirse acompañado y descansar de lo que hasta ese momento ha sido su vida de los últimos años.

La imagen de la residencia habla de un espacio que lo contiene, dentro del cual encuentra apoyo y la posibilidad de integrarse y de explorar nuevos aspectos de sí mismo. “Después de las visitas llega la hora de dormir...y nos acostamos”. El acto de ir a la cama o al dormitorio también evoca el refugio, lo uterino, un acto de regresión y revivificación donde el cuerpo se retira a descansar en forma horizontal, luego de la jornada, para recuperar las fuerzas y la disposición a lo cotidiano y vertical de la actividad del día (Ronnberg & Martin, 2011).

El sueño continua con el beso que se da con su ex pareja a la mañana siguiente. En su vida real, Danilo no tenía contacto con la madre de su hijo, ni presentaba interés por recuperar esa relación; sin embargo, Catalina había sido importante en sus esfuerzos por rehabilitarse.

Cuando estaban juntos, ella permanentemente lo instó a dejar el consumo y que pudieran cuidar ambos de su hijo, formando una familia, sin embargo Danilo nunca dejó de consumir y la relación se fue volviendo cada vez más problemática, hasta que Danilo tuvo reacciones de alta agresividad con Catalina. Después de varios años de relación, Catalina decide terminarla, por su propia calidad de vida y la de su hijo. Esto afectó mucho a Danilo, pero logró comprender las válidas razones que Catalina tuvo para alejarse y seguir su vida sin él.

En la actualidad, si bien él no contemplaba volver a estar con ella, sí reconocía el valor de su compañía en tiempos difíciles, y cómo Catalina se preocupó de que él intentara estar mejor, libre de drogas. La figura de Catalina era recordada por Danilo como una mujer que él apreciaba, una buena amiga y un factor protector importante mientras estuvo con ella.

En el sueño, el hecho de besarse con Catalina al despertar, implica la apertura a una intimidad incipiente, un acto de aprobación, reconocimiento y reconciliación consigo mismo y ese pasado doloroso, que reconoce perdido por su propia irresponsabilidad y que representa el momento de su vida en que más apoyo y razones tuvo para enmendarse, pero que no supo atender de forma apropiada cuando fue el momento. El beso luego del descanso de la noche, tiene el potencial de despertar su alma y lo prepara para empezar el día encontrándose con lo verdadero: su propio self.

Este contacto íntimo con otro, al besarlo, también expresa la posibilidad de revertir o reparar la sensación de soledad que lo ha acompañado durante su vida. En este sentido, aspectos del complejo materno, relacionados al cuidado y la protección, que no están presentes en lo habitual de sus días, tienen la opción de ser satisfechos. También podría ser una invitación a comenzar a desrigidizar y flexibilizar, el funcionamiento de su psiquismo, vinculados al complejo paterno,

mecanismos observables en lo cotidiano, por ejemplo en el autoritarismo que a veces ejerce con sus pares.

De esta manera, este segundo sueño de Danilo, refleja la necesidad de relacionarse con otros, de abrir espacios de intimidad, al mismo tiempo que describe la vivencia de alivio y descanso en la compañía, contención y apoyo que recibe de los otros, pudiendo comenzar a valorar estas posibilidades en su vida.

Tercer sueño

En el tercer sueño de Danilo, se observa a éste en una discusión con su familia porque pelea con su hermano. Después de discutir, se retira enojado y se encierra en su habitación por largo rato.

El primer aspecto que surge es el enfrentamiento de Danilo consigo mismo. La discusión con su hermano constituye el enfrentamiento con su aspecto sombrío, quien tal como fue descrito previamente, también consume en la vida real. El desafío implica, en parte, reconocer que consumir, aunque sea en pocas cantidades, como lo hace su hermano, es indudablemente un factor de riesgo ante su intento de cambiar, por tanto es un peligro para él.

En el desarrollo del sueño, tiene la experiencia de ser rechazado y censurado por su madre, quien aparece en las imágenes oníricas con clara oposición a la discusión que tiene lugar. Un complejo materno marcado nuevamente por falta de apoyo, de empatía y aceptación incondicional. Del mismo modo, el padre como representación del complejo paterno, se presenta ante Danilo como una figura rabiosa, que se enoja y rechaza su individualidad.

La forma de resolver los problemas es a través del aislamiento, del encierro en la propia rabia e impotencia, en la no colaboración y el rumiar en solitario las emociones perturbadoras. Esta faceta es observada en varias ocasiones durante el período de hospitalización, durante el cual Danilo evitaba los conflictos con su entorno, llegando a someterse a las pautas de conducta de sus pares, y retirándose a su habitación cuando la frustración se le volvía intolerable. Esta

unilateralidad del aislamiento conllevaba, por otra parte, la compensación inconsciente de autoritarismo marcado.

Los contenidos del tercer sueño de Danilo, son representativos de la dinámica familiar que vivió durante su vida en la casa de sus padres. Este relato onírico muestra la dificultad de comunicación que tienen los miembros del grupo familiar, así como también la tendencia a evitar y ocultar los conflictos, lo que se expresa en la escena en que Danilo sale de su cuarto luego del encierro y todos le hablan como si nada hubiese pasado. En términos de un análisis objetivo, esta escena representa lo que efectivamente ocurrió en su vida, y desde lo subjetivo, se corresponde con el modelo que integró como forma de vincularse con otros y resolver los conflictos.

Cuarto sueño

En este cuarto sueño el Yo como estructura está en proceso, se está descubriendo y fortaleciendo en forma paulatina, va por un sendero, un camino que ya han recorrido otros antes que él, y aunque no hay certezas del recorrido (la escena onírica es en la noche), emerge la esperanza de que llegará a algún lugar, uno distinto del que ha estado hasta ahora. De todas formas, expresa el movimiento y avance interno, un cambio de dirección, un intento por seguir el propio camino (Ronnberg & Martin, 2011).

Sin embargo, en el recorrido aparece una amenaza. Su aspecto sombrío emerge con fuerza a través de la figura de un asaltante. Danilo lo enfrenta inicialmente, pero luego se compadece y lo cubre con una piel.

Esta acción lo deja vulnerable, expuesto ante la figura instintiva que aparece y que vuelve a atacarlo: el animal en que se convirtió el ladrón.

En los sueños, el símbolo del ladrón puede asociarse al reconocimiento de la rapidez y la violencia con que pueden arrancarse las cosas que apreciamos, tanto materiales como espirituales (Ronnberg & Martin, 2011). La sombra de Danilo, ese aspecto vinculado a patrones adictivos de larga data, ya le había arrebatado parte de sus seres queridos y sus proyectos, pero no había sido

suficiente para detener el consumo, probablemente porque aún lo logra identificar los riesgos asociados a su sombra.

La transformación del ladrón en animal, exhibe una forma instintiva de funcionamiento, donde fuerzas profundas y prácticamente autónomas pueden atravesar las defensas del sujeto, desestructurándolo y deshumanizándolo, privándolo así de las funciones de la consciencia y de esta forma, quedar nuevamente expuesto. En este punto, cabe señalar que Danilo apreciaba mucho a los perros, considerándolos “amigos”. Al convertirse en perro el asaltante, queda en evidencia un grado de ingenuidad ante toda esta situación. Un aspecto de su Yo infantilizado que no dimensiona las consecuencias más profundas de sus actos y que pareciera dejarlo sobrepasado ante el desafío de la necesaria madurez y autoresponsabilidad de su existencia.

Este cuarto sueño, expresa de forma incipiente la ambivalencia que experimenta Danilo frente a la posibilidad de dejar atrás lo oscuro de su vida.

Quinto sueño

En el quinto sueño descrito, Danilo está en una fiesta, señala que está aburrido en ella, tomando una fanta. La imagen describe un momento significativo del proceso del residente. En la vida real, han pasado algunos meses de tratamiento y se ha ido estructurando de acuerdo a las actividades diarias, asumiendo horarios de levantada y acostada, labores domésticas (debe hacer su cama, el aseo de su habitación, colaborar con algún oficio de la residencia, entre otras actividades).

Del mismo modo, ha ido recuperando los vínculos con sus seres queridos, especialmente con su hijo, quien lo va a visitar semanalmente y le demanda los cuidados y preocupación que estuvieron ausentes durante un par de años al no asumir completamente su rol de padre.

De alguna manera, por lo tanto, Danilo se ve enfrentado a la estructura de lo cotidiano; la vida de un adulto aparece frente a él, generándole incomodidad, apatía, aburrimiento. En esta etapa, el residente además ha sido elegido por el

equipo terapéutico como el “hermano mayor”, función que como se señaló anteriormente, se asigna a quienes llevan algunos meses de tratamiento y han demostrado buen comportamiento y disposición general en la Unidad y sus distintas actividades. Este cargo conlleva la labor de modelar la conducta de los usuarios que recién ingresan a rehabilitación, quienes ven en el hermano mayor la figura de un guía.

La fiesta en su sueño describe la posibilidad de disfrutar, de compartir y estar en la vida activamente, pero sin consumo. Se constituye en la invitación que en ese momento de su vida tiene el residente, de cambiar el sentido de las actividades que realiza, de los roles que debe cumplir, de participar con otros de una manera lúcida y responsable.

Sin embargo, su aspecto sombrío vuelve a aparecer, entremedio de la gente ve que está su amigo Pablo, el mismo que en su infancia lo inducía al desorden y a quebrantar las normas de su colegio. Danilo se alegra de verlo, porque “estaba aburrido”, mostrando en este comentario la dificultad que le presenta la rutina estructurada y definida de la adultez, desconociendo al mismo tiempo que es posible divertirse y disfrutar sin necesidad de perder el control.

Por otro lado, en esta escena onírica podemos también observar el potencial creativo de la sombra, que ya señaló Frey-Rohn (1991). Este aspecto se relaciona con la aproximación divertida, lúdica y de inventiva frente a situaciones domésticas, que el usuario exhibió gran parte de su proceso.

Si se recuerda lo revisado en la descripción del concepto de la sombra, este componente de la psique incorpora aquellos aspectos que deseamos esconder de los demás; por tanto, en un ambiente tan disfuncional como la dinámica familiar en la que vivió Danilo, donde las emociones no eran contenidas, ni el trato facilitaba el reconocimiento del otro y su potencial, no es difícil comprender que la sombra de Danilo también pudiera guardar elementos o rasgos infantiles, no desarrollados, pero que son creativos y entusiastas, así como talentos y cualidades que no lograron expresarse totalmente, porque no fueron bien acogidos por el entorno inmediato y que él interpretó como amenazantes para su adaptación (Frey-Rohn, 1991).

Este es un desafío interesante que podrá ser revisado más adelante, cuando se aborde el proceso de individuación del residente, a través de su serie de sueños.

En lo concreto e inmediato, este quinto sueño expresa una disminuida capacidad de Danilo para brindarse espacios saludables de satisfacción personal, exhibiendo en su estructura Yoica, conflictos para enfrentar lo cotidiano, las responsabilidades y la rutina.

Sexto sueño

El sexto sueño de Danilo muestra a un Yo en proceso. Desconcertado. No reconoce el camino que lo lleva a su casa. La casa, como encarnación del hogar, una estructura contenedora, uterina, que envuelve al sujeto en lo profundo de su intimidad. Todos estos elementos se relacionan con aspectos internos, el hogar puede constituirse en el centro que puede anclar y también liberar, dando la oportunidad de ser completamente uno mismo (Ronnberg & Martin, 2011). En este escenario, Danilo busca su hogar, sin encontrarlo; como si su inconsciente quisiera expresar el desamparo y la inestabilidad en la que ha vivido.

Si se mira desde este punto de vista, el sueño muestra retrospectivamente, la forma en que se ha ido desarrollando la personalidad del sujeto y las dificultades que se le han presentado para consolidar todo su potencial. Danilo no ha tenido guía. Nuevamente aparece solo en un camino, donde la figura materna, asociada a la contención y cuidados, no está presente; tampoco lo está la figura paterna, que da dirección y orden a la existencia. Esta forma de abordar el sueño, es un ejemplo de la actitud reductiva de revisión del material onírico, expuesta en el marco teórico de esta investigación (Mattoon, 1980).

Si se observa la misma escena del sueño desde una actitud prospectiva, se puede reconocer el desafío que tiene el residente de encontrar ese hogar, de hallar su casa. El encontrar su casa, como representación de una solidez estructural de su personalidad, donde pueda autosostenerse, generar acciones de

autocuidado y brindarse desde sí mismo, en definitiva, el maternaje y paternaje que no recibió desde lo exterior.

El sueño continúa su desarrollo y Danilo se encuentra frente a un grupo de sujetos, factores de riesgo inminentes a su búsqueda y propósito. Su lado sombrío nuevamente lo tienta. Él logra alejarse, pues ha integrado algunos factores de protección promovidos en el tratamiento. Sin embargo, la incitación resurge, esta vez con la figura de una mujer rubia, que aunque le es llamativa, no lo distrae de su meta, pues él desconfía.

En lo objetivo, el escenario exhibido en estas escenas se vincula con los estímulos que Danilo recibe de su entorno en cada salida, donde puede ver concretamente en las esquinas gente consumiendo, personas que le ofrecen droga, y que él ha aprendido a evitar o eludir, tomando, entre otras medidas, rutas alternativas para llegar a su casa. En lo subjetivo, las personas que ve en su sueño corresponden a representaciones de aspectos de sí mismo, poco visibles para él desde su consciencia, pero que muestran la desorientación que experimenta entre el mundo que conoce y el que quiere construir.

Esta ambigüedad o desorientación toma mayor fuerza hacia el final del relato onírico, cuando lo llama su amigo Pablo por teléfono y Danilo no sabe si seguir buscando su hogar, o responder a su llamada.

Este sexto sueño de Danilo presenta temáticas asociadas a la confianza en oposición a la desconfianza en sí mismo y sus capacidades para vivir su proceso. Esto se traduce en dudas respecto a las decisiones y cambios que está realizando en su propia vida y la dificultad para construir su propio hogar, su propia identidad y resguardo.

Séptimo sueño

El séptimo sueño, y final de la serie, describe el momento en que Danilo cede frente a los estímulos y tentaciones de su lado sombrío.

Se encuentra con Pablo, su amigo de infancia, y éste le pide que lo acompañe. Aún ingenuo ante la amenaza de su sombra, camina con su amigo recordando anécdotas y riendo. De pronto se encuentra ante un grupo de sujetos que quieren dañarlo, instante en el que busca el apoyo de Pablo y éste lo traiciona.

Las temáticas que aparecen en este momento del tratamiento y que son expresadas a través de su sueño, se relacionan con la dificultad que presenta Danilo para poner límites a las influencias de terceros, dejándose llevar con facilidad por personas que reconoce significativas en su entorno, y ante las cuales no puede decir 'no'.

En este punto resulta también interesante señalar la ambivalencia de la figura del padre de Danilo, quien sólo era capaz de mostrarse cariñoso (y por tanto más accesible), cuando llegaba a su casa habiendo bebido alcohol. En este escenario confuso, es posible suponer la poca capacidad desarrollada por el usuario para discernir con claridad lo amenazante de lo seguro y, por cierto también, la dificultad para evitar quedar expuesto frente a la aparente amabilidad de algunos. Su padre, como es posible recordar, cambiaba su estado anímico bruscamente y pasaba de estar cercano a golpear a todos de forma descontrolada.

Volviendo al sueño, Danilo en el relato se muestra incapaz de establecer límites y medir los riesgos de las acciones que emprende, desde la ingenuidad de su aspecto infantil presente en toda su vivencia, no tiene suficiente claridad, o fuerza de voluntad, para resistir a su lado oscuro.

En la vida de vigilia, Danilo en esta etapa de su proceso pierde el control de sus impulsos en la residencia, se muestra hostil con sus pares, lo cual le significa una serie de intervenciones en crisis que no tienen el resultado esperado, y recae en consumo a las semanas siguientes.

3.2.2 Alberto

Primer sueño

En el primer sueño de Alberto, aparece la imagen de un hombre que camina en un supermercado. Un supermercado es un espacio donde el sujeto es bien recibido mientras más compras realice, pero que es rápidamente descartado si no cumple el perfil de buen cliente. Una estructura grande y llena de distintos elementos de consumo, a los cuales puede acceder si así lo decide, y si tiene el dinero para ello.

Alberto ha crecido con la idea de que los vínculos son monedas de cambio; desde temprana edad supo que si no se esforzaba, no era merecedor del techo que lo cobijaba, por lo que la representación de este gran almacén es una manifestación de cómo concibe las relaciones humanas. En este lugar hay varios pasillos, donde puede ver diversos productos; relegado en uno están los juguetes, representantes directos de su mundo infantil olvidado.

El complejo paterno aparece aquí incorporado en la gran estructura comercial descrita; es una representación de la dinámica de vinculación con el padre, un hombre que le exigió dejar atrás los juegos e inocencia de sus primeros años y lo obligó a trabajar a temprana edad para apoyar a la mantención del hogar y el cuidado de sus hermanos. Este rol, obligó a Alberto a renunciar a los momentos de entretenimiento y juego que tenía, debiendo asumir responsabilidades que no correspondían a su edad y que relegaron su aspecto infantil a una dimensión que no volvió a explorar, apareciendo en el sueño como un pasillo de juguetes ubicado casi al final del recinto.

Se observa aquí la figura de un Yo rigidizado, selectivo. Recorre el supermercado, espacio donde puede elegir lo que quiera llevar, o lo que encuentre. Camina con autoridad, pues sabe que tiene poder adquisitivo. Es la representación del funcionamiento habitual de Alberto, quien desde su juventud asumió una actitud de mandato frente a sus pares, liderando conversaciones entre amigos y dirigiendo su pequeña empresa.

En este caminar, se encuentra con su lado sombrío, el niño que quedó postergado, relegado a un rincón de su existencia y que de pronto emerge en la figura de un robot. Un niño/robot de su tamaño, pero sin vida, un juguete que no tiene habilidad ni flexibilidad para operar por sí mismo, y que muestra su dificultad para integrar o reunificar los distintos aspectos de su consciencia (Ronnberg & Martin, 2011). Este aspecto de su sombra lo persigue, lo golpea y eventualmente ante él, pierde la batalla.

El complejo materno aparece marcado por la ausencia y la soledad. No existe en el sueño una figura que lo proteja o ayude. Sus necesidades infantiles no han sido apreciadas ni contenidas. Su niño interior lo persigue, y aunque intente luchar contra él, no puede vencerlo, pues es una parte de sí mismo que necesita integrar.

Este primer sueño de Alberto exhibe el funcionamiento rigidizado del Yo del usuario, y la negación de sus afectos, la máscara del hombre con poder, que accede a lo que quiere o necesita según sea su voluntad, pero que no es totalmente auténtico, ni se permite el contacto con aspectos más lúdicos, de juego o de goce, privándose la oportunidad de ser flexible, de obtener consuelo y compañía (Ronnberg & Martin, 2011). Emergen también temáticas de soledad y abandono, junto a una apreciación de los vínculos desde una mirada ganancial.

Segundo sueño

En el segundo sueño, aparece Alberto viajando en un transporte público, una micro, observa las poblaciones a través de la ventana. De pronto, no sabe cómo, llega al sector donde antes consumía y está sentado en una mesa donde comen varios vecinos.

Mirar la vida a través de una ventana implica nuevamente, el no ser parte de lo que se observa, un Yo que no se involucra, que mantiene distancia y que, por la misma evitación del sentir, no es consciente de cómo llega a los distintos estados que vivencia, especialmente los vinculados a su lado sombrío.

El elemento nutritivo que se refleja en la alimentación comunitaria, da cuenta del complejo materno exhibiendo la figura de una madre que no hace diferenciación en el afecto que potencialmente él, u otro, recibe, y donde no se satisfacen sus necesidades específicas e individuales. El no poder pararse de la silla donde está comiendo, aunque quiera abandonar el lugar, muestra lo atrapado que está en la carencia afectiva de nutrición y cuidado; aprisionado por un complejo donde la madre no aparece para brindarle satisfacción a sus necesidades infantiles.

El complejo paterno representado por el autobús que lo transporta, se observa dirigiendo su vida, imponiéndole un recorrido o dirección que el residente no ha elegido y ante el cual se somete y se convierte solo en su observador.

Desde la perspectiva de actitud reductiva frente al relato onírico, se observa en éste el contenido del estilo de nutrición⁹ que existía en su hogar, y que expresa también, la forma en que se establecía el vínculo con su madre. Así también, exhibe el tipo de relación con el padre, desapegada y ausente, solo dirigiendo y determinando lo que “había que hacer”. Desde la actitud prospectiva, el sueño exhibe la incorporación de estos elementos en la dificultad que tiene para moverse y avanzar si sigue atrapado en el pasado, y no suelta o integra las experiencias dolorosas de carencias de su infancia.

En este mismo sentido, se puede mirar el material onírico desde lo subjetivo, y cómo las imágenes muestran la dificultad que tiene para elaborar los aspectos no satisfechos de su niñez, quedando paralizado ante el complejo materno. En este punto, es importante señalar que el residente tenía serias dificultades para permitirse ser ayudado, no escuchaba consejo de sus pares, cuestionaba veladamente las sugerencias del equipo, mostrando una barrera constante ante la posibilidad de ser sostenido o guiado.

La actitud objetiva, aparece en el sueño ante los elementos concretos de escenas donde él consumía, los barrios de la población “el volcán”, donde fue

⁹ Concepto de nutrición entendido como la integración de diversos elementos que sustentan al sujeto, tanto en lo concreto, como la comida propiamente tal, como en los afectos y contenciones emocionales propias de las necesidades humanas (Ronnberg & Martin, 2011).

testigo de momentos de compartir colectivamente en celebraciones de fiestas patrias o navidad, pero donde el consumo de sustancias gobernaba los festejos.

Este segundo sueño, muestra a un sujeto cuya experiencia primaria ha sido la de ser “llevado” o “conducido” por la existencia, y que ha optado por solo observar estos hechos. La necesidad de nutrirse en distintos aspectos, de compartir, de ser sostenido, de estar con otros y disfrutar, tampoco es consciente. Alberto está marcado por una vida de esfuerzos, especialmente relacionados a ayudar a otros; experimenta impotencia cuando no logra conseguir lo que quiere. Su energía también está orientada a salir de estados indeseados, a brindarse oportunidades y apoyo sin ayuda de los demás, un signo más de su personificación del maternaje que no recibió. Está buscando una vida nueva, un mundo distinto para sí mismo, diferente del mundo que le ofrecieron sus padres.

Tercer sueño

Este sueño pone a Alberto justo frente a su sombra. No la conoce, no sabe qué o quién lo está golpeando, pero está ahí y lo desarma, estropea su imagen, su máscara, le vuela los dientes.

Los dientes, representación de la agresividad, de comerse y masticar la vida a dentelladas buscando la propia sobrevivencia, rumiando los acontecimientos que trae la existencia para poder asimilarlos (Ronnberg & Martin, 2011), hablan en este sueño de que todo lo que hasta ahora le ha servido a Alberto como defensa y como instrumento para digerir su vida, ya no le sirve, necesita desprenderse de ellos, necesita contactarse con sus emociones, con su mundo interior, para sobrevivir.

En la vida de vigilia, Alberto se sentía orgulloso de su dentadura, sonreía a menudo exhibiendo sus dientes los cuales cuidaba prolijamente y refería con orgullo, como uno de sus recursos importantes a la hora de una entrevista de trabajo. Asociaba la falta de piezas dentales a pobreza y miseria, al mismo tiempo que criticaba fuertemente a sus pares, menos cuidadosos que él con sus piezas dentales.

Cuando el residente tuvo este sueño, buscó contarlo de inmediato. Se observaba asustado y solicitó hora con dentista del hospital para revisar que todo estuviera bien en su boca.

Le era muy angustiante el solo hecho de imaginar que pudiera dañarse ese aspecto de su máscara, su sonrisa, su presentación ante el mundo.

La sombra le vuela los dientes del lado izquierdo, sugiriendo que Alberto necesita desprenderse de algo, sacrificar algo para incorporar una nueva identidad. El desafío en este sentido, es poder vencer la ansiedad y el miedo que esto le genera, por la inminente desintegración de la imagen de sí mismo que ha construido por décadas y que lo llevó a donde está. Es un momento importante, una forma simbólica de transición y transformación.

Cuarto sueño

En el cuarto sueño se ve a Alberto yendo a una plaza, por indicación de su esposa, para que su hija juegue y se distraiga un rato. En ese momento, y mientras la niña jugaba distraída, se plantea la posibilidad de consumir y busca los implementos necesarios para llevar a cabo esa actividad.

Se observa aquí un Yo cumpliendo, de nuevo siguiendo instrucciones de otros, observando con desdén, y sin involucrarse, las necesidades más infantiles de divertirse y disfrutar de cosas simples.

Un complejo materno que aparece relacionado a una madre que delega responsabilidades en él, y que lo induce a hacerse cargo de otros. Hay una inercia en el usuario ante este dictamen, una resignación. El columpio muestra el cumplimiento de ciclos, el vaivén de la vida que pasa frente a los ojos del residente, y donde la “no actividad” lo desorienta.

En este momento de su tratamiento, Alberto destacaba en la residencia por su capacidad para resolver asuntos domésticos. Mostraba talento para desarrollar actividades manuales y laborales, por lo que era habitualmente elegido para estas tareas.

Su capacidad de liderazgo casi innata lo llevó a supervisar la labor de otros y comenzó rápidamente a dar consejo a sus pares respecto a diversos temas, tanto de la unidad residencial, como personales. Parecía asumir espontáneamente esa condición de enseñar a otros.

En el sueño, se observa este patrón y lo que ocurre internamente, debajo de su máscara. Está acostumbrado a hacer cosas, a responder ante las necesidades de otros, se ha rigidizado, desconectado de la alegría de vivir y de sentir; entonces intenta evadir ese momento, buscando afanosamente en su chaqueta, en un lugar escondido, la droga que le ayuda a olvidar la tensión que le genera estar sólo consigo mismo.

Pero la rigidez y estructura dominante de su complejo paterno aparece con fuerza, lo recrimina y le arrebató lo que ama, pero que ha descuidado, su propia vulnerabilidad e inocencia representada en su hija.

El contingente policial que aparece y se lleva a su hija, representa el mecanismo de autocensura, instalado desde sus primeros años e incorporado hacia la adultez, de no ceder, ni distraerse de su propósito. Representa la ley, la norma, lo preestablecido, lo paterno, ante lo cual no tiene argumentos ni estrategias para combatir. Ha tenido que hacerse “a sí mismo”, y no se da permisos para equivocarse, ni fallar. Aunque no logra verlo, la muralla que se ha instalado y autoimpuesto, lo deja a expensas de su complejo paterno y de su sombra, la que no tiene discernimiento sobre lo oportuno o inoportuno, y que puede aparecer en el momento menos esperado.

En este cuarto sueño puede observarse la dificultad que presenta el residente para relacionarse con aspectos más lúdicos de la existencia, y los conflictos que tiene para disfrutar de lo simple y cotidiano.

Existe en Alberto una necesidad oculta de evadir las responsabilidades, de soltar el deber y el cumplir impuesto por otros, pero es demasiado rígido como para permitírsele, lo que lo deja expuesto a resolver esa necesidad de formas que lo dañan y perjudican seriamente.

Existe una tensión y angustia que lo arrasa ante la posibilidad de perder lo que ha construido y logrado por sí solo.

Quinto sueño

El quinto y último sueño de la serie pone al residente en el escenario de la vida, un mar donde ha pasado hambre y sed y donde cree que va a morir.

El Yo emerge aquí con la figura del hombre solitario, que ha hecho lo posible por sobrevivir a la amenaza de sus emociones, pero que está cansado y en algún nivel comprende que no puede seguir resistiendo solo y necesita ayuda.

Una estructura del Yo enfrentada a las vicisitudes de la vida y a toda la afectividad que el vivir conlleva. Se desorienta ante esta nueva imagen de sí mismo. No sabe cómo resolver. Por primera vez parece estar vencido ante lo adverso y dispuesto por fin, a dejarse guiar y rescatar.

En esta etapa del tratamiento, el residente había tenido varias intervenciones familiares, donde su madre y él hicieron genuinos, aunque incipientes, intentos por reencontrarse y perdonarse mutuamente.

El complejo materno aparece en este sueño, en la figura de la mujer que viene en el barco a rescatarlo. Un potencial de confianza y reparación que se ha iniciado y que si se trabaja de manera consciente, puede mejorar aún más.

La figura de un barco surge en medio de la nada, evocando la travesía por el océano de la existencia y el recipiente que transporta al sujeto a través del profundo mar. El barco es a su vez, un nuevo recurso que lo protege y rescata, pero también que lo vuelve a distanciar de su emocionalidad, pues en su interior, su forma, abre un espacio para viajar por el agua en un delicado equilibrio entre los elementos que lo mantienen a flote, pero que también lo pueden destruir (Ronnberg & Martin, 2011).

Todos los sentidos del ser humano lo ayudan a navegar, a sortear dificultades, a luchar contra viento y marea contra lo adverso, a sondear profundidades y orientarse. A veces, se lucha contracorriente, a veces con el viento a favor, pero todo es parte del viaje que cada ser humano emprende.

El barco se acerca a lo lejos, las luces lo encandilan y ciegan transitoriamente. Símbolo de la necesidad de dejar de ver con la mirada habitual,

de perderse, de soltar la máscara y reconocer las necesidades más profundas no satisfechas.

Este quinto sueño muestra a Alberto frente a la necesidad de mirar su vida y quién es desde un nuevo enfoque. Dejarse cegar, perderse y aceptar las carencias es un rito necesario para salvar su vida. Aceptar que no tiene el control de todo, y que, de hecho, si no suelta el control, no se encontrará a sí mismo.

El desafío es enfrentar la soledad, el vacío y la muerte, como parte del duelo necesario de atravesar ante la vida que no tuvo, para abrir la posibilidad de recibir aquella que quiere construir.

3.3 Análisis de series de sueños y proceso de individuación

En el contexto del desarrollo vital, tal como fue señalado en capítulos anteriores, el desafío que se presenta ante el sujeto, consiste en emprender la tarea de diferenciación entre él y la colectividad o grupo en el que está inserto, o del que es parte. La individuación corresponde a ese proceso, en el cual el sujeto, sin que necesariamente llegue a una meta óptima o feliz, se acerque lo más posible al “sí mismo” o self (Jacobi, 1976).

Los sueños son un aporte valioso en esta exploración del proceso personal en que se encuentra el paciente, por tanto constituyen una luz que paulatinamente va alumbrando la oscuridad de la inconsciencia y puede colaborar con los objetivos centrales de autodescubrimiento y autoconsciencia que promueve la psicoterapia humanista existencial.

Por esta razón, mirar los relatos oníricos de ambos soñantes en el contexto del momento del ciclo vital en que se encuentran, o también explorando sus posibles traumas o dolores de infancia, puede ayudar a comprender de mejor forma cómo ha sido su historia, los temas pendientes por trabajar y también cómo han llegado a la situación actual, para eventualmente, descubrir nuevos recursos personales que faciliten continuar con su individuación, con mejor calidad de vida y sensación de bienestar.

3.3.1 Danilo

Al observar en conjunto la serie de sueños de Danilo, lo primero que surge es la figura de un muchacho, un niño, que emprende el difícil camino de descubrir quién es y cómo poder salir, entre otras situaciones que le afectan, de su condición de adicto. Su figura pequeña frente a la puerta que intenta abrir, se contradice con su cuerpo real, alto, musculoso, que gusta de hacer deportes y pasear en bicicleta.

El sueño le muestra a Danilo que su musculatura y desarrollo físico no sirven, no son útiles frente a la tarea que emprende, de conocerse a sí mismo, de enfrentar su historia y su anquilosada vida familiar.

La estructura que lo ha sostenido hasta ese momento es débil frente a lo adverso, infantil e insuficiente. Se encuentra, a sus 29 años, sintiendo que no ha logrado nada significativo, no tiene profesión, abandonó a su hijo y a la mujer que lo ayudó a salir adelante en un período crítico de su vida y que lo apoyó incluso más que sus propios padres. No tiene trabajo, y luego del último episodio de consumo quedó en situación de calle porque sus padres lo echaron de la casa.

En el sueño inicial de esta serie se marca el inicio del proceso de descubrir toda esta realidad que clama por mostrarse ante sus ojos, pero que ha evitado mirar, a través del consumo. La postura que lo ha sostenido hasta este momento se ha convertido en una caricatura, una pieza antigua del museo de su historia, donde sólo encontró vacío y soledad.

El escenario de Danilo al ingresar a la Unidad era deplorable. Venía desaseado, mal nutrido, su piel manchada por efecto de la droga, encorvado de dolor y vergüenza, sin ser capaz de levantar su cabeza y mirar a los ojos a quien le hablaba. Parecía un desafío elevado el conseguir que este hombre pudiera revertir su condición, no sólo por su situación médica general, sino porque se presentaba sometido a los designios de un padre devaluador y descalificador, ante el cual no tenía capacidad de defenderse o argumentar algo a su favor, junto a una madre que sólo asentía y nada hacía para detener el maltrato a su hijo. La puerta de entrada al museo era gigante. Sí, lo era.

En la psicoterapia Danilo mantuvo su actitud culposa durante un período. Era incapaz de reconocer alguna cualidad en sí mismo, los contenidos que planteaba estaban cargados de autodescalificaciones y reproches, lo que llevó a hipotetizar un cuadro depresivo en algún momento, que no alcanzó a consolidarse como diagnóstico.

Poco a poco fue mostrando mayor capacidad de autoexploración, soportando cada vez de mejor manera el malestar que le producía la abstinencia, compartía con sus pares, participaba de las terapias en forma más activa. Todo esto estimuló en Danilo la sensación de estar siendo realmente cuidado, de que era importante en el grupo, aceptado y valorado, aunque permanecía en su máscara lúdica e infantil. Estos elementos, junto con el hecho de que al mismo tiempo se generaron progresos en el contacto con sus seres queridos, generaron la motivación esencial para seguir en rehabilitación por sus propios intereses, más que por un mandato de su padre; lo cual queda reflejado en el segundo sueño de la serie, cuando descansa en su dormitorio, con su ex pareja.

Los complejos materno y paterno se mostraron rápidamente también en la serie, evidenciando una dinámica familiar marcada por la frialdad en el trato, la ausencia de las demostraciones de afecto y de contención necesarias en el desarrollo de un ser humano. Ambiente hostil y cargado de violencia, donde las emociones de miedo y rabia eran habituales, sin que existiera el espacio de expresión necesario y saludable para estas vivencias.

Los siguientes sueños muestran el proceso de ambivalencia que acompañó la generalidad de su tratamiento. La sombra lo acechaba con frecuencia, y su inmadurez Yoica no le permitía ver el riesgo asociado a este aspecto sombrío, por tanto tampoco podía enfrentarlo y aprender a relacionarse con él, de manera más adaptativa y beneficiosa.

Veladamente la sombra aparecía en sus sueños, en la figura de asaltantes, de personas que se convertían en perros, de mujeres que le generaban desconfianza y en la imagen de su amigo Pablo, prototipo del escolar ruidoso e indisciplinado con quien se involucró en distintos problemas conductuales en su niñez.

Su sombra le recordaba que podía divertirse, dejar de lado las responsabilidades que iba adquiriendo y seguir el rumbo de lo incierto y autodestructivo. La amenaza de sus apariciones es evidente en la serie de sueños, pero Danilo se mantenía creyendo, tal vez ingenuamente, que tenía “todo bajo control”: ya no pasaba por los lugares que antes frecuentaba, salía siempre acompañado de su perro, (que consideraba su amigo), ya hablaba más con su madre, y su padre le había dado la opción de volver a la casa una vez egresado de la unidad. Estaba en proceso, tal como las imágenes de sus sueños lo mostraban a él, yendo por un sendero, en solitario.

Es destacable en este punto observar la figura del Yo, presente en forma activa en cada sueño. Si bien, desorientado, confuso y a expensas de la tentación de su sombra, en cada sueño estaba presente y era activo en el desarrollo de las escenas. Esto habla del potencial de acción que el mismo paciente tiene, de las capacidades de afrontamiento que aún no ha desarrollado y que lo podrían ayudar a construir la vida saludable que espera para sí mismo.

Esto último fue parte importante del proceso terapéutico, donde se buscó activamente que el residente pudiera tomar contacto con sus potencialidades, observando de manera menos enjuiciadora de sus actos y comprendiendo que había patrones repetitivos, que exhibían sus sueños y que era necesario, los hiciera consciente. Es decir, se promovía en la psicoterapia, que el residente tomara un rol protagónico en la responsabilidad de su proceso de rehabilitación y finalmente, de su vida, intentado que pudiera integrar la mayor cantidad posible de aspectos de su psiquismo, especialmente aquellas funciones que aún no hacía conscientes (Jung, 2004).

Sin embargo, muy tempranamente y sin estar aún preparado, comenzó a cumplir labores que requerían mayor autoridad y también estrés. El cargo de hermano mayor que asumió en la residencia, además de la frecuente visita de su hijo y su familia, le reforzaban la necesidad de “madurar”. Esta presión generó en el usuario la necesidad de tener que encubrir nuevamente su aspecto sombrío, sin haberlo revisado cabalmente, dejándolo al acecho, esperando un momento oportuno para manifestarse.

Hacia el final de la serie se observa un Yo muy desorientado, indeciso sobre el rumbo que quería seguir. Reaparece la necesidad de dejar de lado el mundo adulto y volcarse a lo pueril, infantil y desorganizado de la vida sin responsabilidades.

En este punto, la actitud simbólica trata de ser mantenida en las sesiones, como herramienta vital para acceder voluntariamente a los mensajes que provienen desde el inconsciente, pero incluso en el escenario terapéutico Danilo disfrazaba sus necesidades y actuaba desde la deseabilidad social, manteniendo un discurso que discrepaba con sus representaciones oníricas.

Se le advierte de esta discordancia, pero ya es tarde. La sombra lo ha tomado. Y recae a las pocas semanas.

3.3.2 Alberto

La serie de sueños de Alberto comienza con un sueño que lo sorprende. Un robot lo persigue y lo golpea, y él debe huir. No está acostumbrado a arrancar, eso le incomoda. Ha dado la lucha a la vida desde sus primeros años, y no se ve a sí mismo como un cobarde. Su actitud general al relatar el sueño es tensa, ríe ansioso, sin poder comprender por qué un robot lo persigue, si es sólo un juguete, y a pesar de eso, de ser “sólo una figura de plástico”, no puede vencerlo.

Al observar el relato, lo primero que llama la atención es el escenario. Hay una estructura, un recinto grande, y una figura sin vida que de pronto surge y comienza la persecución. Alberto se encuentra en un supermercado, y de inmediato queda expuesta la dinámica de su historia: una vivencia de relación con su entorno vinculada a lo ganancial, donde los elementos que podían nutrirlo y servir a su sobrevivencia (mercancía que simboliza el cariño, cuidado, protección necesarias en su infancia), debían pagarse, ser moneda de intercambio.

El niño que quedó rezagado, sin oportunidad de crecer a su propio ritmo y acorde a los ciclos vitales adaptativos, debió abandonar el juego y la fantasía, para comenzar a generar dinero, exponiéndose a todo tipo de riesgos fuera del hogar.

Alberto ingresó a la residencia en un momento vital de su historia. Un momento de crisis en el que debía decidir si hacer un tratamiento para rehabilitarse, o seguir con su patrón adictivo y perder a su familia. Este momento de transición, forzado al inicio, lo llevó a tomar la drástica determinación de abandonar todas sus actividades habituales, incluyendo oportunidades laborales de alto impacto económico, y permanecer hospitalizado durante los ocho meses de tratamiento.

Aunque conocía los plazos, intentó mostrarse muy adaptado a la unidad y sus características, haciendo las labores encomendadas con prontitud, de modo que su estadía no fuera mayor al tiempo esperado. Daba la impresión, en ocasiones, de querer hacer bien su proceso, para cumplir con lo prometido a su esposa, pero que no estaba realmente dispuesto a profundizar en sí mismo y bucear en lo recóndito de su interior. Desde este punto de vista, la figura del robot emerge inesperada desde el pasillo de juguetes, para recordarle que hay una infancia perdida, un niño que quedó trunco en su niñez, sin vida, rigidizado, y que clama por ser contenido y acompañado.

Alberto en particular relataba sus sueños, estimulado por las angustias que éstos le generaban, más que por una búsqueda de comprensión profunda de los mismos.

En este sentido, la serie de sueños se puede trabajar de igual forma, debido a que tal como lo señaló Mattoon, las series oníricas no siempre se pueden trabajar completas ni todos los sueños que en ella estén presentes, entre otras razones, porque no todos los sueños se recuerdan en la vigilia, por lo que debe considerarse la historia de sueños del propio paciente y los que aparezcan como más significativos para él (Mattoon, 1980).

La temática de carencias afectivas, asociadas al complejo materno surge con fuerza en distintos relatos oníricos del residente, llegando a manifestarse el hecho de estar adherido a este complejo, sin posibilidad de desprenderse, lo que se evidencia en la vida cotidiana desde su comportamiento frecuente de guiar y enseñar a otros, dificultando la posibilidad de recibir ayuda y contención.

El Yo como estructura, aparece marcado por la dificultad para flexibilizar aspectos de su funcionamiento, y de hacer conscientes actitudes relacionadas con su disminuida capacidad para disfrutar de la vida. Su estructura Yoica acostumbrada a cumplir, mantiene su rigidez y se aferra a su máscara, la cual debe ser simbólicamente desprendida a golpes, lo que queda graficado en el tercer sueño, donde alguien que él no ve le saca a puñetazos todos los dientes del lado izquierdo.

Es interesante el símbolo que hay en esta escena onírica. El lado izquierdo se relaciona directamente con los aspectos emocionales y afectivos que se integran a nivel cerebral (SENDA-UC, 2015); por lo que estos golpes que le da su sombra, es un llamado directo de atención para que suelte su máscara y reconozca sus necesidades afectivas más profundas e históricamente postergadas.

Sin embargo, esta es una tarea difícil de aceptar para Alberto. Sometido al dictamen de su padre, le cuesta sentir por sí mismo, se acostumbró a negar su experiencia afectiva y solo sigue lo que instintivamente lo deja más protegido y resguardado del dolor de su soledad. El complejo paterno se expresa en sus sueños mediante la figura de la policía que llega a detenerlo por no cumplir con lo que se espera de él, bajo amenaza de arrebatarse aquello que quiere. A su vez, la niña que carabineros se lleva representa también el aspecto infantil que le fue despojado. En lo cotidiano mantiene su corporalidad rigidizada, ríe poco, su ceño permanece fruncido, en una postura casi robotizada, similar al juguete que lo persiguió.

Durante las entrevistas mostró poca disposición a profundizar en temáticas dolorosas. Su motivo de consulta se traducían en alguna situación doméstica, o de su vida general, que eventualmente requería ser abordada y buscaba alguna sugerencia de manejo que le permitiera sobrellevar la situación, “solucionando” el problema. No gustaba de terapias muy profundas, prefería lo estratégico, pues así había sobrevivido, como los autodidactas, aprendiendo a hacer en solitario, y mirando pasar las cosas desde afuera, por la ventana, como en el autobús de su sueño, donde no sabe cómo llegó a la población donde históricamente consumía.

En psicoterapia expresa rabia intensa asociada a la actitud general de la madre, que no lo cuidó y aceptó que su padre lo enviara a trabajar desde niño, la culpaba de no haber hecho lo posible porque él mantuviera su infancia intacta, no haberse separado de “ese hombre” que lo obligó a salir a la calle a ganar dinero para mantener el hogar. Durante su proceso de rehabilitación fue cediendo esta postura ante ella, logrando en un par de ocasiones, hablar de lo ocurrido someramente, pero dando espacio a un camino de reconciliación que la madre asumió de forma activa y que significó un primer acto de reparación hacia su hijo.

A su padre no le hablaba hace muchos años. No intentó revertir esta condición.

Este hito en su proceso ocurre hacia las etapas finales de su tratamiento en la residencia. Donde ya desenmascaradas partes de sus emociones perturbadoras, se deja acompañar al menos un poco por su madre, lo que da al residente la motivación y convicción finales para terminar su ciclo de rehabilitación. Estos momentos marcan el cierre de su serie de sueños, donde el símbolo de dejarse cegar por la luz, estando a la deriva en el mar, abre la opción de salvarse. Al menos esta batalla, estaba ganada.

4. Discusión y Conclusiones Finales

Comprender el inconsciente es una tarea que ha llevado años de teorías y desacuerdos. Un primer referente de esta historia, aunque no el único, es Descartes (1641), para quien, según sus planteamientos, el inconsciente se constituía en un cuerpo cuyas propiedades sensibles podían llegar a ser engañosas para el intelecto; el conocido razonamiento “pienso luego existo” expresa el papel central que Descartes daba al intelecto y a la consciencia.

La única certeza estaba en el acto de conocer y en el sujeto que hacía consciente este proceso.

Este concepto de *hacer consciente el acto de conocer*, respalda el concepto de auto-responsabilidad propuesto en el proceso de psicoterapia, donde se promueve en quien consulta, la posibilidad de darse cuenta de los fenómenos que ocurren en su mundo interno, cada vez que explora con detención un área o tema de su vida.

Sin embargo, por muchos años, la noción de consciencia de sí mismo se postergó por los modelos que imperaban en ese momento, sobre la evolución del conocimiento de lo psíquico. Durante un largo período se planteó que las experiencias conscientes eran las que ingresaban al foco de la atención y tenían la disponibilidad de ser elaboradas posteriormente. Los acontecimientos, que estaban fuera del área focal terminaban siendo inconscientes y, hasta ese momento, considerados no fijados en la memoria del sujeto que percibía (SENDA-UC, 2015).

Es comprensible por tanto que, hasta nuestros días, lo conocido y validado desde el punto de vista de intervención en salud mental, estuviera adherido a un modelo racional-cognitivo, que buscara con efectividad entregar herramientas operativas y concretas a las personas que procuran un cambio en sus estilos de vida. Comprensible, pero insuficiente.

Jung (2004) también se refiere a la manera en que se han ido desarrollando las ideas de lo psíquico a través de siglos de evolución humana; así, propone que los primeros teóricos no tenían forma de comprender el funcionamiento más

profundo de la existencia, pues existía la ingenua creencia de que solo mediante la razón o el intelecto el ser humano podía salir de su condicionamiento (Jung, 2004). Esto para Jung fue totalmente comprensible de acuerdo a la época, y entendió por tanto que desde esa perspectiva, solo se llegaban a conocer los elementos que estaban presentes en la consciencia de estos teóricos, es decir, lo que era cognoscible para ellos, era lo que podían ver. Y si bien lo comprendía, también aclaró que no se podrá conocer más integralmente algo que no esté incluido en el conocimiento basal del ser humano, si éste no se abre a la posibilidad de que exista.

Su teoría sobre el análisis de sueños exhibe ese planteamiento, donde a diferencia de Freud, no considera los sueños como elementos que tienen un contenido reprimido; sino que los señala como recursos cuyo lenguaje es claro y explícito para que la consciencia pueda tomarlo e integrarlo a través de la función trascendente (Jung, 2004).

Por tanto, los sueños como recurso terapéutico son importantes para abrir las posibilidades infinitas de interpretación co-construida con el soñante, dando luces de procesos ocultos a la consciencia y que pueden ayudar ampliar, redireccionar, o confirmar, el rumbo que se lleva hasta ese momento.

Desde la mirada de profesionales que trabajan en temáticas de drogas, un sujeto que padece una patología de adicción a alguna sustancia, normalmente ha iniciado su consumo a temprana edad, ha tenido experiencias de abandono de distinto tipo en su historia de vida, muchas veces experiencias traumáticas que aparecen como flashback en su cotidiano, y que intenta inútilmente acallar a través del consumo. También los hay, quienes no han tenido más dolores existenciales que cualquier otro ser humano; pero en general, la mayoría, han experimentado la sensación de estar perdidos en la vida, sin rumbo, ni soporte, y esa vulnerabilidad elevada, unida a relaciones poco aportadoras, lo suelen perder de su camino.

En un escenario de este tipo, las estrategias que se aprenden para enfrentar el craving y los síntomas de abstinencia son solo una parte de lo que se requiere trabajar. Los cambios e intervenciones, a nivel individual, colectivo y familiar,

requieren ser más intensos y profundos, lo que se evidencia en las series de sueños trabajadas y en los procesos de psicoterapia.

En la unidad residencial de adicciones del Complejo Hospitalario San José de Maipo, se desarrollan intervenciones grupales orientadas a psicoeducar a las familias y apoderados de los usuarios, donde también se brindan espacios para compartir vivencias y responder inquietudes de los participantes. Cuando se dan estas instancias, es habitual encontrar testimonios de las situaciones que han debido enfrentar como familia ante la condición de adictos de su familiar.

Los parientes de los residentes describen comportamientos de manipulación frecuentes, de faltas a las normas y lineamientos familiares, de desinterés generalizado por los demás, exhibiendo conductas que se describen habitualmente desde el prisma del egoísmo y la irresponsabilidad, como si sus seres queridos se hubieran transformado “en otra persona”¹⁰.

Los pacientes con consumo problemático de sustancias se enfrentan a su propia oscuridad, una historia personal cargada de rechazos, de abandonos, abusos y maltratos; donde aquellos aspectos que potencialmente pudieran desafiar ese destino u oponerse a lo impuesto, quedan relegados a lo más oculto de su psiquismo, con el válido objetivo de evitar el dolor y sobrevivir a las circunstancias de vida que experimentaron.

En esa oscuridad desconocida e íntima, el sujeto sale al mundo para encontrarse con la sombra, encarnada en el grupo al que muchas veces terminan perteneciendo, donde son al fin bien recibidos y se sienten parte; un número indeterminado de personas que se reúnen para consumir sustancias, para delinquir, para mostrar lo peor de cada uno y de todos, simultáneamente.

Las transformaciones sombrías que surgen bajo el consumo, enfrentan al Yo con las consecuencias (culpa y vergüenza), a la mañana siguiente o post consumo. Esto es amenazante y aterrador para el sujeto, lo cual lo lleva a volver a consumir una y otra vez, para no encontrarse con ese monstruo en que se ha convertido cuando despierta.

¹⁰ Comentarios de asistentes a reuniones familiares.

La naturaleza de la droga que se consume es central para las consecuencias psicodinámicas de su uso. Así, por ejemplo, la persona que prefiere cocaína, podría estar buscando activarse, y salir de la sensación de desgano y pasividad que probablemente experimenta en su vida; para un paciente alcohólico, la integración de lo que ha ocurrido durante el consumo se hace difícil, porque se olvida de lo que hizo, sintió o pensó bajo los efectos de la droga y así, los sentimientos de culpa y vergüenza son suprimidos por más uso de alcohol (SENDA, 2015).

Este ciclo de consecuencias psicodinámicas se repite, una y otra vez, hasta que se vuelve más y más difícil integrar los contenidos del inconsciente. Lo cual es relevante al momento de abordar una terapia que pretenda rehabilitar en el patrón adictivo del consumo de sustancias.

El ciclo de consumo dependerá de cada sujeto, pero su naturaleza suele ser similar en lo esencial. En el alcohol, por ejemplo, ocurre que la sustancia, en el proceso de inhibición que genera en el sujeto, pudiera facilitar la emergencia de aspectos del complejo materno o paterno no elaborados, incluyendo la fusión con el objeto (proveniente de la experiencia infantil), habitualmente con la madre.

De esta forma, estas necesidades asociadas al complejo materno, permanecen ocultas en el tiempo, como parte del inconsciente del adulto civilizado, y se expresan a través de sus diversos recursos, entre ellos los sueños. En este sentido, el acto de necesitar ser cuidado por otros, como en la embriaguez, representa un conjunto de conductas regresivas que buscan forzar a los otros, el entorno, a actuar de forma “maternal”. Esta dinámica se evidencia en los sueños.

Sin embargo, y paradójicamente, las personas que consumen alcohol u otra sustancia, despiertan una actitud de desprecio a su alrededor, lo que perpetúa el ciclo, forzándolo a repetir la historia de autorechazo.

Todo este escenario, cargado de elementos que no son visibles a la consciencia, permite reconocer la importancia que tiene abordar el proceso de rehabilitación de personas con consumo problemático desde una mirada que facilite acceder a estos contenidos, para integrarlos a la experiencia del sujeto y

que éste pueda avanzar en su proceso de individuación que probablemente se ha bloqueado por el consumo.

Por tanto y dentro de esta misma línea de discusión, a través de la investigación realizada se da respuesta a los objetivos específicos propuestos al inicio de esta exploración:

- (1) Discutir el material de series de sueños presentado en dos casos clínicos, a través de temas emergentes.

Se han revisado y descrito los antecedentes histórico-clínicos de los dos participantes, así como sus sueños y series de sueños.

- (2) Analizar el material de series de sueños presentado en dos casos clínicos, a través de categorías predeterminadas extraídas desde la teoría junguiana.

Se ha analizado y profundizado en el material de sueños de ambos participantes, tomando en consideración las categorías predeterminadas, es decir, los conceptos teóricos escogidos (yo, persona, sombra, complejo materno y complejo paterno) que se han descrito y cuyos elementos pueden ser explorados, descritos y revisados en el material onírico. Además de esto, se han revisado los antecedentes a la luz de categorías emergentes, en relación específicamente de las temáticas que surgen de los sueños, como contenidos pendientes de trabajar y revisar con el soñante.

Ambas miradas, como se ha expuesto, han entregado información valiosa susceptible de ser abordada psicoterapéuticamente y que puede significar una aproximación más profunda a la vivencia de los sujetos, con el potencial de toma de consciencia que esto implica.

En este sentido, en relación a la categoría predeterminada de la sombra, por ejemplo, en ambos pacientes llama la atención que el sueño inicial es muy parecido. Ambos se encuentran en un recinto de gran estructura y son

perseguidos por un elemento de gran tamaño, que representa su niño abandonado y rechazado históricamente. Pareciera relevante en este punto señalar lo propuesto por Jung (1964), en relación a que este aspecto de la psique se va formando desde los primeros años y encierra no sólo aspectos que han sido evitados por considerarse no apropiados para el entorno, sino que justamente eso no apropiado también puede estar constituido por elementos de alto potencial creativo, que al no ser validado por el entorno significativo también quedan desplazados a la sombra. Esto queda reflejado en los sueños de ambos pacientes, donde la sombra aparece una y otra vez, intentando también mostrar los cambios que son necesarios de realizar para construir una vida más saludable para sí mismos.

En este punto, se enfatiza *la construcción de la vida que ellos quieran para sí*, algo un poco más profundo de lo contemplado institucionalmente (y gubernamentalmente), y que fue ampliamente revisado en el marco teórico de esta investigación. Pareciera que la sombra adquiere también entonces, algunos aspectos de esa censura social impuesta a través de la historia de la humanidad, donde se insta a la corrección conductual, basada en el reconocimiento y revisión de los distintos aspectos de la “desadaptabilidad” en que incurre el sujeto. Tal vez, desde esta perspectiva es posible preguntar si esa censura proviene también de un aspecto general que inculpa y discrimina, una sombra colectiva presente en la sociedad.

En cuanto a los complejos materno y paterno, ambos pudieron ser observados en los relatos oníricos, donde en las distintas imágenes quedaban reflejados elementos de soledad, de descuido de sus necesidades infantiles esenciales, como son protección y afecto.

La dirección que entregaba el padre parecía siempre provenir de un adulto poco consciente del rol que debía cumplir hacia sus hijos, altamente exigente y desconectado de sus propias contradicciones en la crianza. El resultado de una guía rígida y carente de expresiones afectivas terminó dañando seriamente la autoestima de estos sujetos, quedando uno a expensas de su aspecto infantil, prácticamente incapaz de asumir responsabilidades; y el otro, anclado a la

vivencia de alta responsabilidad, autoexigencia elevada y escasa o nula capacidad para pedir ayuda o permitirse ser vulnerable. En ambos extremos, los dos residentes quedan atrapados por ese niño que algún día fueron y que no pudieron integrar a su psiquismo de forma más adaptativa.

No es extraño, por tanto, que las temáticas emergentes estén asociadas al descubrimiento y abordaje de estos mismos desafíos: identidad, autocuidado, soledad, contradicciones e incertidumbre.

- (3) Analizar la información recopilada de los relatos de sueños, a través de la actitud simbólica propuesta por la psicología analítica, en el contexto de la experiencia de los pacientes drogodependientes, su tratamiento y su proceso de individuación.

El material de sueños y series de sueños, recopilado en las entrevistas, se analizó en cada ocasión desde la actitud simbólica propuesta por Jung (1964), la cual dio lugar a descubrir los elementos subyacentes de las imágenes y representaciones que aparecían en los relatos oníricos. Este acto de análisis se corresponde con la elaboración necesaria para que a partir de la labor compensatoria que tienen los sueños, pueda incorporarse esta nueva información a la consciencia, a través de la función trascendente (Jung, 2004).

En este sentido, se observó que los relatos encontrados en los sueños exhibían elementos de los procesos de individuación en que se encontraban los participantes. Estos aspectos estaban dados por los desafíos que constituían, por ejemplo, el dejar atrás el consumo y desarrollar una identidad propia; la capacidad para decir que 'no' a los factores de riesgo que el residente sintiera podía poner en riesgo su planificación o intención de cambio; la necesidad de resignificar vivencias dolorosas, dando espacio a un adulto capaz de auto-sostenerse, sin que forzosamente terminara evadiendo el dolor a través de la droga, entre otros aspectos.

La individuación como proceso queda bloqueada ante la sustancia y su consumo problemático, pues el sujeto queda atrapado en la dinámica circular de consumo y rechazo, estrechando opciones de desarrollo de su propio bienestar.

De esta manera, la posibilidad de encontrarse con estos aspectos más profundos de sí mismo, reabre la oportunidad de desplegar la vida ante sus propios ojos y continuar de esta forma, el camino hacia la totalidad o self.

(4) Describir los aportes del trabajo con series de sueños, desde la psicología analítica, en el tratamiento de pacientes con consumo problemático de sustancias.

A partir de los antecedentes descritos, la revisión del material que los participantes compartieron y el análisis realizado, se puede observar la importancia de que un tratamiento de rehabilitación en drogas, no solo considere la particularidad de los sujetos y sus necesidades específicas, sino también lo valioso que puede ser para su proceso personal, el ir descubriendo aspectos de sí mismo que le ayuden a comprender de forma más completa los motivos más profundos de las decisiones que ha ido tomando a lo largo de su historia. Entender, por ejemplo, que aquellos pensamientos o ideas que le afectan en un momento dado, pueden provenir de elementos de su psiquismo que están intentando salir a la luz de la consciencia, con la posibilidad de dejar de repetir patrones autodestructivos de comportamiento si son escuchados e integrados.

Esto puede constituirse en una herramienta valiosa de autoexploración que los residentes pueden incorporar y, paulatinamente, ir desarrollando una actitud simbólica cotidiana que les ayude a ser más conscientes de sí mismos, a estar más atentos a los mensajes que provienen de sus sueños, de sus emociones asociadas a los contenidos oníricos, de modo que puedan ir incorporando una guía interna que los acompañe en todo momento.

Esta autoconsciencia da la opción de estar más presentes consigo mismo, cuidarse y escucharse a sí mismo; todos, elementos esenciales propuestos por la psicoterapia humanista existencial, que promueve una comprensión más profunda del otro, motivando a ir desde una concepción centrada en los síntomas, a una

visión más global, donde el saber técnico y la estrategia quedan entre paréntesis durante un momento, para abrir paso al encuentro profundo entre dos seres humanos: paciente y terapeuta.

Cuando en un espacio terapéutico se dan estas condiciones, o se intenciona que se den, el espacio de terapia es potencialmente capaz de transformarse en ese útero simbólico que el sujeto ha necesitado volver a experimentar por largos años de su vida. Es desde esa profundidad que pueden realizarse los cambios más recónditos y permanentes en un ser humano.

Como ya se ha mencionado, el inconsciente es intrínsecamente expresivo, su función compensatoria se expresa a través de diversos mecanismos. Los sueños cumplen una labor relevante como puentes entre el inconsciente y la consciencia, no atender a su mensaje, implica no escuchar a un amigo que quiere hablar sobre la verdad más profunda de la existencia.

La máscara o persona se desenvuelve en el mundo según le resulta más conveniente para sentirse querida, aceptada, integrada. El niño herido aparece entre las sombras de esa persona para recordarle que sigue ahí, que no ha superado aún sus miedos, que no quiere sonreírle a todo el mundo, que quiere sentirse amado de verdad. El padre y la madre internalizados mantienen la censura hacia lo externo, la aflicción del abandono y el rechazo a esas condiciones. Y en esta dinámica se desarrolla el sujeto, muchas veces totalmente inconsciente de estas voces internas, que quieren ser oídas.

Los sueños, como fenómenos provenientes de la compensación del inconsciente, pueden aportar al crecimiento de ese ser humano si se facilita la función trascendente a través de la actitud simbólica propuesta y descrita por Jung (Byington, 2009).

En el caso de los residentes que participaron de esta investigación, trabajar con el material onírico permitió direccionar de mejor forma la búsqueda de elementos vitales significativos, que pudieran dar luces de los motivos más profundos que llevaron al sujeto a buscar su autodestrucción, este solo hecho facilita el reconocimiento del otro como un ser altamente vulnerable y abandonado,

más allá de la máscara que han usado para presentarse, una vez ingresados a la residencia.

En términos de pronóstico, desde el enfoque humanista en general y junguiano en particular, el énfasis estuvo puesto en observar la evolución de cada residente, entendiendo el proceso como un continuum y la hospitalización en la unidad residencial, como un eslabón más en ese continuum, y no ver el pronóstico desde una mirada de potencialidad de éxito o fracaso del tratamiento. En el caso de Danilo, si bien su evolución fue oscilante, quedando expuesto a su sombra hacia el final de la internación, el residente fue capaz de abrirse a la posibilidad de explorar desde una elaboración simbólica, el contenido de sus sueños y las imágenes que desde ellos emergían.

La resistencia que exhibió hacia el final del tratamiento, puede entenderse como un mecanismo esperable dada su condición de no estar aún preparado para detenerse a mirar con acuciosidad el mensaje que desde su inconsciente provenía. No estaba preparado, porque su estructura infantil le dificultaba una aproximación más directa de estos temas profundos y dolorosos de su existencia (soledad, desprecio de su padre, sentimientos de incapacidad, entre otros), pero sí sabía que estaban presentes en su historia y que más temprano que tarde necesitarán ser escuchados y revisados.

En el caso de Alberto, estaba más aferrado a su máscara. Tanto, que no se permitía sugerencias o consejos de sus pares y era altamente selectivo con las sugerencias del equipo. El día de su egreso, en una ceremonia donde habitualmente los usuarios que quedan en la residencia dan sus parabienes al que se va, éste hizo todo lo contrario y comenzó a dar consejos a todos, sin permitir que sus compañeros le hablaran. Este simple gesto exhibe la conducta habitual de sólo sostener a otros, sin dejarse realmente ayudar. Se expuso previamente en su descripción también, el hecho de que trajo pocos sueños a las entrevistas, lo que puede ser entendido como una dificultad para relacionarse con aspectos más profundos de su psiquismo.

Desde esta perspectiva, es posible considerar que en su proceso hay más barreras que derribar, más máscara que desprender, más sombra al acecho.

Hacia el final del tratamiento logró egresar satisfactoriamente, tal como él mismo se lo propuso cuando ingresó a la residencia. Es un resultado significativo y valorable. La recomendación es que no cometa el error de considerar que el tema adictivo está totalmente resuelto, sino todo lo contrario. Hay impulsos y elementos de su psiquismo que no ha abordado y que en algún momento se mostrarán ante sí mismo y que inevitablemente, necesitará ver.

Por todo lo anterior, a través del trabajo realizado, para los residentes se abrieron también oportunidades de autodescubrimiento fundamentales, que si bien en el caso de Danilo no fueron asumidas en el momento y nuevamente permanecieron negadas, donde sea que esté hoy el usuario, sabe que son temáticas que existen, que están latentes dentro de sí y que necesariamente la vida le hará abordar en algún momento. En el caso de Alberto, su barrera rígida casi infranqueable permite sospechar que tal vez tarde un poco más en abrir esa posibilidad de reconocimiento de su vulnerabilidad y necesidad profunda de ayuda.

La sombra, en ambos, aún necesita mayor exploración y acogida de sus diversos aspectos. Las condiciones sombrías están presentes no sólo en la figura del niño o robot que los persigue, sino también en las diversas formas de factores de riesgos que están en su entorno, que activan sus patrones adictivos y de las que no son totalmente conscientes. Pero también están presentes en sus mecanismos de funcionamiento habitual y en la forma de vincularse consigo mismos y su medio. La sombra acecha y es necesario explorarla e integrarla de la mejor forma posible.

Con todo, la experiencia de análisis conjunto del material onírico fue inmensamente enriquecedora, lo cual queda en evidencia en los relatos descritos y en las elaboraciones posteriores, la mayoría compartidas con los propios residentes.

En los sueños y en las series de sueños relatadas se puede observar, además, la posibilidad de vislumbrar el proceso de individuación en que se encuentran los sujetos, atendiendo a las etapas descritas por Jung de primera madurez y edad media, lo cual permite también plantear los desafíos terapéuticos

de este ciclo y sus características propias, como facilitador de desbloqueo del proceso de individuación en los residentes.

Si bien la teoría de análisis de la psicología analítica otorga más elementos para desarrollar en la exploración del inconsciente, tales como los conceptos de ánima-animus, y otros complejos y arquetipos, lo revisado en esta investigación permite considerar a la psicología junguiana y su método de análisis, como un aporte relevante a la intervención de pacientes con consumo problemático de sustancias. Quedará para futuras investigaciones la posibilidad de incorporar estos u otros elementos de análisis.

Finalmente, señalar que este mismo aporte desarrollado por Jung para trabajar con los pacientes que consultan, es posible de desarrollar en la propia vida, como una forma cotidiana de elaboración simbólica que enriquece el natural proceso personal, la propia individuación y la particular aproximación a la vida psíquica.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno, R. (2014). *Historia, subjetividad y política*. Clase en curso: Bases socioculturales de la psicología clínica y la salud mental. Magíster en Psicología clínica de adultos. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Arcila, M. (2001). *Procesos de intervención terapéutica y diagnóstico por dependencias*. Bibliodrogas. SENDA, Ministerio del Interior, Chile.
- Asociación americana de psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: APA.
- Berry-Hillman, P. (1981). *The training of shadow and the shadow of training*. Journal of Analytical Psychology Vol. 26 (pp. 221-228).
- Border Television. Stephen Segaller (1987). *The Wisdom of the Dream* [Video]. England/ Scotland Border Region: Definición del inconsciente de Carl Jung en el minuto 15.
- Byington, C. (2009). *Envidia Creativa. El rescate de una fuerza transformadora de la civilización*. Sao Paulo: Editorial Religar.
- Chodorow, J. (1991). *Dance Therapy and Depth Psychology. The moving imagination*.(p. 145). Nueva York: Routledge.
- Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1998) 30º informe del comité: *Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 873* (p. 3). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2003). *Estrategia Nacional sobre drogas 2003-2008*. (p. 4) Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2006). *Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2004). *Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) (2011). *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- De León, G. (2000). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y Método* (1º Ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A
- DeBus, D. (1994). *El Yo es una diana móvil: El arquetipo de la individuación*. En C. Downing (Ed.). *Espejos del Yo: Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas* (pp. 87-97). Barcelona: Kairós.
- Descartes, R. (1637). *El discurso del método*. Leiden, Países Bajos.
- Echeverría, A. (2004). *Representaciones Sociales de las Drogas de Jóvenes Urbano Populares en Proceso de Rehabilitación en Comunidad Terapéutica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- Ejilevich, H. (1995). *Los orígenes de la psicología analítica*. Extraído de <http://www.psicomundo.org/jung/psi-analitica.htm>
- Eliot, T.S. (1936). 'Animula' en *Collected Poems, 1909-1962*. Londres: Faber.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Libros.
- Fordham, M. (1976). *The self and autism*. Londres: Heinemann.
- Fordham, M. (1985). *Explorations into the self*. Londres: Academic Press.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Los Anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1898). *La sexualidad en la etiología de la neurosis*. En S. Freud, OC 3. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1901). *La interpretación de los sueños* En S. Freud, OC 5. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Frey-Rohn, L. (1991). *De Freud a Jung*. México: Fondo de la cultura económica.
- Frodden, I. (1938). *Trastornos mentales en las intoxicaciones*. Tesis para optar al título de abogada, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Galiás, I. (2000). Psicopatología das Relações Assimétricas. *Junguiana*, 18: 113-130.

- Groesbeck, C. (1983). Jess A imagen arquetípica do médico ferido. *Junguiana*, 1: 72-96.
- Hall, J. (1995). *La experiencia Jungiana*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hinshelwood, R.D. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Londres: Free association books.
- Hofmann, A. y Schultes, R. (2000). *Plantas de los Dioses*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoyos, R. (2009). *Procedimientos y estándares de operación del Programa Terapéutico Residencial para Hombres con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- Jacobi, J. (1983). Los dos tipos de individuación. En *The Way of Individuation* (pp. 15-20). Nueva York: Meridian.
- Jung, C. (1913). Aspectos generales del Psicoanálisis. En C. G. Jung, *Freud y el Psicoanálisis*, OC4 (pp. 215-227). Madrid: Trotta.
- Jung, C. (1921). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Jung, C. (1935). *Obras Completas, Vol. 16: La práctica de la psicoterapia: contribuciones al problema de la psicoterapia y a la psicología de la transferencia* (p. 13). Madrid: Trotta.
- Jung, C. (1953). *Psicología y Alquimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Jung, C. (1964). *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona: Seix Barral.
- Jung, C. (1990). *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Jung, C. (1997). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona: Caralt.
- Jung, C. (2004). *La dinámica de lo inconsciente*. Madrid: Trotta.
- Jung, C. (2012). *Símbolos de transformación*. Madrid: Trotta.
- Jung, C.G. (1945). De la esencia de los sueños, En C. G. Jung, *La dinámica de lo Inconsciente*, OC 8 (pp. 281-297). Madrid: Trotta.

- Knox, J. (1995). Alcohol: A drug of dreams. *Journal of Analytical Psychology*, 40: 161-175.
- Knox, J. (1999). The relevance of attachment theory to a contemporary Jungian view of the internal world: Internal working models, implicit memory, and internal objects. *Journal of Analytical Psychology*, 44: 511-530
- Kron, T. y Avny, N. (2003). Psychotherapists' dreams about their patients. *Journal of Analytical Psychology*, 48: 317–339
- Kuhn, T. (1962). *The structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lizarbe, V. (2009). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Extraído de <http://www.msc.es/alcoholJovenes/profSanitarios/docClave.htm>
- Mangrulkar, L., Whitman, C.V. y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1998). *Modelo teórico de prevención de recaídas*. New York: Guildorf Press.
- Mattoon, M. (1980). *El análisis junguiano de los sueños*. Buenos Aires: Paidós.
- Meier-Seethaler, C. (1982). The Child. Erich Neumann's contribution to the psychopathology of child development. *Journal of Analytical Psychology*, 27: 357-379.
- Mensaje de S.E. El Presidente de la República (1971). Cuenta en Sesión 08, Legislatura Ordinaria 1971. En *Historia de la Ley N° 17.934 Reprime tráfico de Estupefacientes* (p. 6). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Diario Oficial de 16 de mayo de 1973.
- Millanao, E. (2009). *El consumo de drogas: Teseo enfrentando al laberinto*. Presentación en el V Congreso Latinoamericano de Psicología Junguiana, Santiago de Chile.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). La atmósfera del cambio. *La entrevista motivacional preparar para el cambio de conductas adictivas* (pp. 10-19). Barcelona: Paidós.

- Ministerio de Salud (MINSAL) (2011). *Estrategia Nacional de Salud*. Gobierno de Chile, Santiago de Chile.
- Morales, R. (2014). *Poder, Gobierno y Subjetividad*. Curso: Bases socioculturales de la psicología clínica y la salud mental. Magíster en Psicología clínica de adultos, línea humanista existencial. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito Viena (ONU). (2003) (p. 73). *Abuso de Drogas: Tratamiento y Rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York: ONU.
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds.) "Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas". Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
- Real Academia Española (RAE) (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: RAE.
- Roberts, B. (2002). *Biographical research*. Buckingham: Open university press.
- Ronberg, A. y Martin, K. (2011). *El libro de los símbolos. Reflexiones sobre las imágenes arquetípicas*. Madrid: Taschen.
- Samuels, A. (1985). Sueños. En *Jung and the Post Jungians* (pp. 230-240). New York: Brunner-Routledge.
- Sánchez, C. (1996). *Drogas, Juventud y Participación: Una Discusión Pendiente*. *Revista Chilena de Ciencia Penitenciaria y Derecho Penal*, 22: 51-71.
- Sánchez, S. (2011a). Contexto histórico del uso y figuración social actual de las drogas. En P. Musalem y S. Sánchez (Com), *Aportes para una nueva política de drogas*. Colegio Médico de Chile A.G.
- Sánchez, S. (2011b). Principales paradigmas preventivos en el mundo hoy. En P. Musalem y S. Sánchez (Com), *Aportes para una nueva política de drogas*. Colegio Médico de Chile A.G.

- Sassenfeld, A. (2015). *Intersubjetividad y Psicología Junguiana: Recorridos ente psicología analítica y psicoanálisis relacional*. Santiago de Chile: Publicación SCPA.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2007). *Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2012). *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2013). *Estrategia Nacional de Alcohol y Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2014). *Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (2015). *Estrategia Nacional de Alcohol, y Drogas*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA-UC) (2015). *Actualización y Profundización en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y consumo problemático de sustancias. Patología dual*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Servicio Nacional para prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA-Complejo Hospitalario San José de Maipo) (2015). *Fundamentos Programa de Rehabilitación unidad residencial masculina*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Stein, M. (2004). *El mapa del alma según C.G. Jung*. Barcelona: Luciérnaga.
- Von Franz, M. (1984). El proceso de individuación. En C. G. Jung, *El hombre y sus símbolos* (pp. 157-228). Barcelona: Caralt.

- Waldron, H.B. (2001) *Prevención del Consumo de Drogas. Una Estrategia Nacional*. SENDA-CONACE. Ministerio del Interior, Santiago de Chile.
- Whitmont, E. (1994). *La persona: la máscara que usamos en el juego de vivir*. En C. Downing (Ed.). *Espejos del Yo: Imágenes arquetípicas que dan forma a nuestras vidas* (pp. 39-44). Barcelona: Kairós.
- WHO-UNDCP-EMCDDA (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*.
Extraído de: <https://www.unodc.org/docs/treatment/guideevaloftreatment.pdf>
- Wyly, J. (1995). Dreams and Jungian Analysis. En M. Stein (Ed.), *Jungian Analysis* (pp. 105-136). Illinois: Open Court.
- Zoja, L. (1985). *Drogas: Adicción e Iniciación*. Barcelona: Paidós.
- Zweig, C y Abrams, J. (1991). *Encuentro con la sombra*. Editorial Kairós: Barcelona.

6. ANEXOS

Tabla Resumen:

A continuación se presentan el resumen de las categorías analizadas, tanto las predeterminadas desde la teoría, como las emergentes en el análisis fenomenológico:

Soñante/Sueño	Categorías Emergentes	Categorías Predeterminadas
Danilo / N°1	<ul style="list-style-type: none"> - Estar enfrentado a la propia historia. Importancia de la figura del niño en la historia personal. - Soledad. - Incapacidad/dificultad para cuidar de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo disminuido. Deflación del ego. - Persona infantil. Surge desde su historia (museo), pero que rápidamente es inundada por el lado sombrío que lo persigue y “no lo deja avanzar”. - Complejo materno marcado por la soledad, emerge el museo como un lugar de mucha estatua, inhóspito. - Niño muy necesitado. - Complejo paterno marcado por límites rigidizados, orden y moralidad contradictoria, discriminación. Rol P hipertrófico. - Lo toman los aspectos

		sombríos y no puede cuidar de sí mismo, corre pero no avanza.
Danilo / N°2	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de relacionarse con otros, de abrir espacios de intimidad. - Sensación de alivio y descanso en la contención/apoyo de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo que se abre a compartir, que se siente acompañado, que descansa y se contacta con otro en incipiente intimidad. - Complejo materno: con posibilidad de reparar/revertir la sensación de soledad asociada al complejo. - Complejo paterno: aparece más distancia en relación al Rol P.
Danilo / N°3	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de la dinámica familiar, problemas severos de comunicación, negación y violencia. - Evidencia el estilo de resolución de conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo enfrentado a su igual sombrío, a su sombra. - Complejo materno: emerge como figura que lo censura y niega la realidad. - Complejo paterno: marcado por rabia, enojo, rechazo de su individualidad. - Persona evitativa, pueril, que se encierra ante lo adverso.
Danilo / N°4	<ul style="list-style-type: none"> - Ambivalencia frente a dejar atrás lo oscuro de su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo en proceso. Sigue enfrentado al lado sombrío. Duda ante el cambio y los

		desafíos, y el lado sombrío lo ataca, se viene contra él.
Danilo / N°5	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuida capacidad para brindarse espacios de satisfacción personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo con dificultades para enfrentar lo cotidiano, las responsabilidades, la rutina. - La sombra como elemento que entretiene, creativo y divertido.
Danilo / N°6	<ul style="list-style-type: none"> - Temáticas de confianza/ desconfianza - No encontrar lo familiar lo desorienta: dificultad para construir identidad propia. - Duda frente a las decisiones de la propia vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo: en proceso, desconcertado. Elementos de la vida que conoce (vicios) necesitan desaparecer. - Integración de Factores Protectores - La sombra aparece de nuevo, no sabe cómo abordarla. Duda, ya que la sombra se manifiesta de distintas maneras, incluida una mujer rubia que le produce desconfianza.
Danilo / N°7	<ul style="list-style-type: none"> - Ceder ante la influencia de otros. - Dificultad/ incapacidad para medir riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentra con lado sombrío y lo acepta, traiciona lo construido hasta ese momento.
Alberto / N°1	<ul style="list-style-type: none"> - Negación, devaluación de sus necesidades infantiles relacionadas con afecto y 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo (sobrevalorado) rigidizado, selectivo. - Barreras altas que hacen mirar

	<p>protección, por ejemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidización de los afectos y pérdida de la capacidad de divertirse o disfrutar. - Soledad. - Abandono. Apreciación de los vínculos desde lo mercantil. 	<p>al entorno como recurso para un fin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complejo materno: apoyo inexistente. Marcado por soledad, y necesidad de cuidarse solo. - Complejo paterno: estructura comercial/ganancial, donde el afecto se entrega por obtener algo a cambio. - Necesidades infantiles no valoradas, ni acogidas. Niño interior lo persigue, y aunque lucha contra él, lo arrasa. Su lado sombrío lo persigue.
Alberto / N°2	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de ser “llevado” o “conducido”, y solo ser observador de los hechos. - Necesidad de nutrirse, en diferentes aspectos, de compartir, estar con otros y disfrutar. - Esfuerzo por salir de estados indeseados, por construir una vida diferente para sí mismo. - Impotencia asociada al fracaso. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Yo no se involucra, mantiene distancia, no es consciente de cómo llega a diferentes estados, vinculados a lo sombrío. - Complejo materno: aparece mostrando afectos no diferenciados ni específicos a las necesidades individuales. Figura materna ausente. Atrapado en el complejo materno. - Complejo paterno: aparece dirigiendo la vida, imponiendo un recorrido o dirección. - Lucha interna con la sombra.

<p>Alberto / N°3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida frente al conflicto interno, que necesita contactar y hacer consciente. - Necesidad de autenticidad frente a sus emociones y necesidades más profundas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfrentamiento con la sombra, no la reconoce, no es consciente de sus aspectos y la sombra lo golpea, destruyendo su imagen ante los demás. Su máscara se cae.
<p>Alberto / N°4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para relacionarse con sus aspectos lúdicos, y de disfrutar de lo simple y cotidiano. - Necesidad oculta de evadir y dejar responsabilidades. - Angustia frente a la posibilidad de perder lo construido. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Yo cumpliendo, sin disfrutar. Ajeno a sus necesidades infantiles. - Aparece la sombra, como fantasía que lo lleva a evadir responsabilidades. - Los carabineros como símbolos de autoridad y castigo, en relación con el complejo paterno. - Complejo materno: marcado por la tendencia de delegar responsabilidades en él, la obligación de hacerse cargo de los otros.
<p>Alberto / N°5</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de mirar su vida y quién es desde un nuevo enfoque. - Dejarse cegar, perderse y aceptar las carencias como rito necesario para salvar su vida. Aceptar que no tiene el control y que puede perderlo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Yo enfrentando las vicisitudes de la vida y las emociones que el vivir conlleva. Está desorientado al no tener una estructura definida. Deja caer la máscara, y reconoce que tiene necesidades profundas insatisfechas. - Perderse y estar cegado como

	<ul style="list-style-type: none">- Enfrenta la soledad, el vacío y la muerte, como parte del duelo necesario ante la vida que no tuvo.	<ul style="list-style-type: none">proceso necesario para ser rescatado.- Complejo materno: potencial de confianza y reparación.
--	---	--