



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

UN MODELO DE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL DESDE UNA PERSPECTIVA JUNGUIANA

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora: Luna Serra Cruz

Profesor Tutor: Pablo Herrera
Profesora Guía: Madeleine Porre

Santiago, Chile
2021

Resumen

La presente es una revisión bibliográfica, que tiene por objetivo elaborar un programa de rehabilitación de drogas y alcohol desde una perspectiva Junguiana. Para ello, a modo de contexto, presento una breve reseña histórica del uso de drogas, las características de la población adicta en Chile, y su diagnóstico y tratamiento.

A continuación se revisan los conceptos más relevantes de la teoría Junguiana, como algunas explicaciones del cuadro desde esta perspectiva. Luego se desarrollan los elementos más relevantes de cualquier programa desde este enfoque, como el vínculo terapéutico, la atención en grupos y familiar, a la vez que se rescata la forma en que el terapeuta debe cuidar de sí mismo para un tratamiento exitoso.

Por último, se destaca la importancia del respeto a los ritmos personales de los pacientes y se proponen algunos talleres optativos orientados a la movilización positiva de los complejos principales de la psique.

Índice:

I.	Introducción	01
	a) Metodología	02
II.	Contexto sobre el consumo problemático de sustancias	03
	a) Historia del consumo de drogas	03
	b) Formas de diagnóstico	05
	- DSM-V: Trastorno por consumo de sustancias	05
	- CIE-10: Uso nocivo/ Síndrome de Dependencia	05
	c) Población con consumo problemático en Chile	06
	d) Tratamiento Cognitivo-Conductual	08
III.	Comprensión Junguiana: Concepciones relevantes de la teoría.....	09
	a) Complejos.....	12
	- Máscara: adaptativa o sombría.....	12
	- Sombra: rechazada y creativa.....	13
	- Complejo Materno: Rol de Madre y de Hijo de Madre	15
	- Complejo Paterno: Rol de Padre y de Hijo de Padre	16
	- Ánima/Ánimus: lo totalmente otro	17
	- El Self: la búsqueda de la integración	19
	b) Perspectivas Junguianas sobre la drogadicción.....	19
	- Proceso de Individuación.....	20
	- Función Trascendente	21
	- El Mito de Teseo y el camino de individuación en el consumo de drogas.....	22
IV.	Elementos de un programa.....	23
	a) Rol del Terapeuta	23
	- Mirada Junguiana, encuentro amoroso y auténtico	23
	- El sanador herido: Disposición a la auto-observación, sanar en uno primero.....	25
	- Importancia del autocuidado	26
	b) Relación Terapéutica	27
	- Campo transformativo	27
	- Complejos en la relación.....	29

- Sadismo en el terapeuta	30
c) Estrategias para el programa.....	31
- Los sueños como herramienta terapéutica, mirada simbólica.	31
- Abordaje del historial relacional del paciente.....	33
- Intervenciones grupales	34
V. Talleres	35
a) La importancia de los ritmos personales... ..	35
b) Contacto físico	37
- Yoga.....	38
- Danza Terapia, o Terapia del movimiento.....	38
c) Arte terapia	40
d) Huerto terapéutico.....	41
e) Sexualidad consciente	43
f) Comunicación Asertiva	45
VI. Proceso de Alta Terapéutica	46
VII. Diagrama de Flujo: Programa de Rehabilitación	48
VIII. Conclusiones.....	50
Referencias	54

I. Introducción:

El consumo problemático de sustancias es considerado en la actualidad un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. La población que presenta esta problemática ha ido en aumento en las últimas décadas, y si bien su porcentaje se ve progresivamente estabilizado, no deja de ser un inconveniente para la sociedad actual, puesto que la sintomatología que desencadena conlleva gran sufrimiento tanto para el paciente¹ como para su círculo más íntimo, así como una disminución de la funcionalidad e independencia, que inhabilita a las personas en una sociedad neoliberal.

El abordaje terapéutico de este fenómeno ha llegado a un punto más o menos estandarizado en Chile, en donde los centros de rehabilitación se dividen en centros ambulatorios y residenciales. En ambos casos los equipos clínicos cuentan con técnicos en rehabilitación, psicólogos, psiquiatras y en ocasiones asistentes sociales. Este abordaje interdisciplinario nos da luces de lo complejo y multifactorial que es esta problemática.

La mayor parte de los tratamientos de rehabilitación tanto en Chile, como en el mundo, están estructurados bajo una mirada Cognitivo Conductual (CONACE, 2011, p.5), la que si bien ha sido ampliamente aceptada por sus resultados, en la realidad actual no supera el 25% de altas terapéuticas exitosas (SENDA- MINSAL, 2017, p.25) de las cuales solo el 26,8% fueron logradas con un nivel alto (SENDA-MINSAL, 2017, p.27), lo que nos habla de un fracaso terapéutico en casi un 75% de los casos, en donde los pacientes hacen abandono de tratamiento, recaen o son derivados por el equipo clínico. Por ello se hace necesario plantearnos nuevas formas de comprender y tratar este cuadro clínico.

La presente investigación pretende proponer un programa de rehabilitación basado en una mirada Junguiana, lo que tiene por objetivo buscar nuevos factores relevantes dentro de la terapia, que complejice su abordaje, tomando en consideración no solo aspectos conductuales y comportamentales de los pacientes, sino un vínculo terapéutico fortalecido

¹ Es importante tener en consideración que a partir de este momento y durante todo este trabajo cada vez que se haga mención a las categorías “el paciente”, “los pacientes”, “el terapeuta” o cualquier afín, se utiliza para referirse al rol que utilizan las personas mencionadas y no tiene relación con el género o sexo que los identifica, a menos que se explicita lo contrario.

y aspectos psicológicos profundos, lo que nos podría llevar a mejorar la adhesión al tratamiento así como una comprensión más profunda de la experiencia de pacientes con problemas de consumo de sustancias.

Esto conlleva la posibilidad de abrir temas más profundos en terapia, de reconocer el camino de individuación que ha seguido el paciente y vislumbrar aspectos inconscientes que puedan representar un potencial de cambio en sus vidas.

a) Metodología:

La presente memoria es una investigación de orden teórica en forma de una revisión bibliográfica, la que tiene por objetivo estructurar un programa de rehabilitación desde una perspectiva Junguiana.

Si bien actualmente existe literatura, aunque escasa, sobre la comprensión del fenómeno de la adicción, tanto a sustancias como a otras conductas (ej. juegos de video, de azar, entre otros) desde una mirada Junguiana, no hay una mirada unificada al respecto, lo que hace sentido con esta teoría, que propone que el camino de individuación de cada uno es profundamente personal y único. Tampoco existen disponibles estructuras de programas desde este enfoque.

Buscando aportar herramientas a este campo es que me planteé la pregunta:

¿De qué modo podemos estructurar un programa de tratamiento de adicciones a drogas y alcohol desde una perspectiva Junguiana que integre aspectos psicológicos más profundos, buscando así una mayor adhesión al programa, cómo una comprensión más profunda del cuadro?

Para lograr proponer un programa que haga sentido desde esta perspectiva, la investigación se realizó en torno a papers, libros, artículos científicos, y tesis disponibles que se correspondan al tema abordado, encontradas en las bases de datos EBSCO, PROquest, Google Scholar y Scielo, como también revistas científicas disponibles en internet, seleccionados de los resultados arrojados de búsquedas de palabras claves (en inglés y español):

- Analytical psychology & drugs; drugs & Jung.
- Psicología Analítica & Consumo Problemático; abuso de Sustancias.
- Complejos Junguianos; sombra; complejo materno; complejo paterno; ánima/animus.
- Arquetipos; sueños y drogodependencia.
- Arte-terapia; danza-terapia; terapia hortícola; sexualidad de riesgo y abuso de sustancias; comunicación asertiva.
- Entre las más relevantes.

Para facilitar la comprensión de la investigación realizada, la información estará organizada en 5 grandes capítulos. Comenzando por el contexto general de uso de drogas, en donde hablaremos del uso histórico de las sustancias. También abordaremos características generales de la población con consumo problemático, así como los criterios diagnósticos de diferentes entidades que lo clasifican como tal. Por último, las características del enfoque Cognitivo Conductual, con el que históricamente se ha tratado este cuadro.

En el segundo capítulo se presentan algunos elementos básicos para la comprensión de la teoría de Jung, así como algunas funciones dinámicas relevantes para la comprensión del enfoque, luego se presentan algunas formas de comprender el abuso de sustancias desde esta mirada.

En el tercer capítulo se analizan elementos básicos presentes en cualquier programa de rehabilitación desde una mirada junguiana, como aspectos relevantes para el rol del terapeuta, la relación terapéutica y se proponen algunas estrategias desde este enfoque para el abordaje clínico del cuadro.

En el cuarto capítulo se incluye un diagnóstico general sobre el funcionamiento de cada paciente, para así poder generar un plan de intervención específico, que permita ofrecer talleres que complementen sus caminos de individuación. Por último, el quinto capítulo ofrece un diagrama de flujo que grafica el funcionamiento del programa propuesto. Finalizando la memoria con las Conclusiones.

II. Contexto sobre el consumo problemático de sustancias:

a) Historia del consumo de drogas:

El consumo de drogas de diversos tipos está presente en la historia humana desde sus comienzos. Las tribus ancestrales hacían uso de diversos alucinógenos que, según sus creencias, les ponían en contacto con el mundo sobrenatural y divino (Hofmann y Schultes, 2000), eran plantas sagradas y en muchos casos, medicinales.

Su control y prohibición comienza predominantemente por razones políticas. En la antigüedad, el uso de las drogas se relacionaba a la brujería y la adivinación, los alucinógenos eran considerados canales espirituales. Sin embargo, en occidente, en la época medieval, con la llegada del cristianismo y el poder de la Iglesia, los saberes que no provenían de ésta, eran condenados, excluyendo la ciencia y la brujería, ámbitos en donde se utilizaban las drogas. Con la ilustración vino la institucionalización de los gremios que utilizaban la botánica, y con ello las medicinas y las drogas salen de las manos de brujas y embaucadores, y pasan a ser de uso común (Sánchez, 2005).

En Oriente, el consumo de Opio en China era popular, y legal. No se vuelve un problema, hasta que en el comercio con Inglaterra, China comienza a perder grandes acumulaciones de metales preciosos, té y otras especies por el gran consumo de su población. Por ello se prohíbe la compra de opio en el extranjero. Cuando China retoma su producción de opio y se vuelve una amenaza como potencial proveedor de gran parte de Asia, Inglaterra condena moralmente el uso de drogas y las prohíbe (Sánchez, 2005).

El comienzo del control al uso de las drogas se relaciona a un poder político que intenta excluir minorías que amenazan su poder. Primero lo vemos en la Iglesia, luego Australia prohíbe el opio como forma de rechazo simbólico a la comunidad China, a la que demonizan. En Estados Unidos, se prohíbe el opio, como también la cocaína, relacionándola a la raza negra, y la marihuana a los mexicanos; la droga, por tanto, es un símbolo de las comunidades a las que buscan marginar (Manderson, 1999).

De la misma forma, nos referimos en la actualidad a Manuales Diagnósticos de Organizaciones Internacionales de la Salud, que se refieren al trastorno por consumo de sustancias desde una voz autorizada que representa lo que parece funcional a un sistema político societal establecido.

b) Formas de diagnóstico:

Según lo mencionado en la sección anterior, es relevante comprender cómo se ha construido el diagnóstico de los trastornos relacionados al consumo de sustancias. Diferentes organismos relacionados a la salud mental han propuesto criterios para su diagnóstico, así como para definir la gravedad de los síntomas. Comentaremos aquí los criterios principales del DSM V, Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición, publicado por la asociación de psiquiatría americana (APA), y el CIE 10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión, publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ambos manuales ampliamente usados en el ámbito de la Salud Mental.

- DSM-V: Trastorno por consumo de sustancias.

En su última edición, el DSM actualizó la comprensión del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, presentándolo desde una perspectiva dimensional, en donde el abuso, la dependencia y la adicción son parte del continuum del mismo trastorno. Para realizar el diagnóstico, se debe realizar una evaluación de la presencia de los síntomas descritos en el manual, que se contabilizan para definir la gravedad del cuadro que va de leve a grave: leve en caso de dos o tres síntomas cumplidos, moderado en caso de cumplirse cuatro o cinco, y grave en el caso de hallarse seis o más síntomas presentes (Portero Lazcano, 2015). En total, son 11 síntomas organizados en torno a cuatro categorías: control deficitario, referidos a la falta de control en la ingesta de sustancia; deterioro social, que detecta la pérdida o disminución de las capacidades normales del sujeto para adaptarse a su entorno; consumo de riesgo, síntomas que evalúan el riesgo al que se expone el consumidor producto de su uso de sustancias; y criterio farmacológico, el cual se utiliza cuando hay síntomas físicos provocados por el consumo, como tolerancia a la sustancia y síntomas de abstinencia (Portero Lazcano, 2015).

- CIE-10: Uso nocivo/ Síndrome de Dependencia.

El CIE-10 utiliza los términos “Uso Nocivo de sustancias” y “Síndrome de Dependencia” para referirse al cuadro definido por el DSM-V como trastorno por consumo de sustancias.

El primero se entiende como el abuso o uso dañino de una sustancia, es decir, cuando el patrón de consumo ha dañado la salud física y/o mental del consumidor. Para el Síndrome de Dependencia el CIE-10 define los síntomas más característicos del cuadro como: la presencia de ansiedad de consumo; incapacidad para controlar éste; insistir en él, aun cuando hayan consecuencias negativas o graves; se le da más relevancia a la droga que a otras cosas; existe tolerancia a la droga y se produce síndrome de abstinencia en ausencia de ésta (CIE- 10, 1992).

c) Población con consumo problemático en Chile:

Para una mejor comprensión y abordaje del cuadro se hace necesario referirnos brevemente a la población con trastornos por uso de sustancias en Chile. Tres aspectos característicos de esta población son particularmente interesantes para la presente tesis. Primero, referirnos al rango etario de los usuarios y la edad en que comienza su consumo, segundo el porcentaje y las vías de salida de los programas y, por último, el tiempo de permanencia en ellos, y su relación con lo anterior.

A fecha de 2017, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y el Ministerio de Salud (MINSAL), principales organismos gubernamentales a cargo de la respuesta al trastorno por consumo, reportan que en el año 2016 existían dentro de sus programas, públicos y privados para adultos, 18.110 pacientes, lo que muestra un incremento relevante desde el estudio que habían publicado con anterioridad en donde se había atendido durante el 2010 a 8.706 personas (SENDA-MINSAL, 2017). Esto sin contemplar personas con consumo problemático que no tienen tratamiento o que están en tratamientos que no son pertenecientes a SENDA. De ellos, el 72% de los usuarios eran hombres, y 28% mujeres, los que asistieron a programas ambulatorios intensivos (49,3%), básicos (39%) y residenciales (11,7%) (SENDA-MINSAL, 2017).

El mismo año, SENDA publica otro estudio en conjunto con SENAME, Servicio Nacional de Menores, en donde la población que tratan son menores de edad, y reportan que los usuarios tratados durante el 2016 fueron 4.475 personas (SENDA, 2017).

En cuanto al rango etario, el total de los usuarios de SENDA con SENAME son menores de edad (4.475 personas), en caso de los adultos, la mayor parte se concentra en usuarios entre 30 y 39 años, con un 33,7% (6.103 personas aproximadamente), seguido por un 25,9% de los usuarios, encontrados en el tramo de 20 a 29 años (4.690 personas aproximadamente) (SENDA-MINSAL, 2017).

Las edades de inicio de consumo reportadas en el primer informe son de 17,7 años en promedio para el inicio de consumo de alcohol, a los 22,4 años tanto para la cocaína como para la pasta base y 16 años para la marihuana (SENDA-MINSAL, 2017). A diferencia de esto, el informe llevado a cabo por SENAME y SENDA, nos muestran una realidad de mayor riesgo (población con transgresión a la norma) en donde para todos, la edad de inicio de consumo de sustancias se da entre los 12 y 13 años (SENDA, 2017).

Durante el año 2016, del total de la población adulta atendida, hace egreso de los programas un total del 59% de ésta. De ellos, solo el 25% con alta terapéutica, en su gran mayoría (44,3%) sólo con un nivel mínimo de logro, mientras el 49% hace abandono de tratamiento (SENDA-MINSAL, 2017). En cuanto a la población juvenil las altas terapéuticas alcanzan solo un 16%, con un 24% de abandono y un 39% de derivaciones a otro centro en convenio (SENAME SENDA, 2017). El logro terapéutico alcanzado al momento del egreso es en su gran mayoría mínimo, con un 50% y solo el 19% alcanza un nivel de logro alto (SENDA, 2017).

Si relacionamos esto con el tiempo de permanencia en tratamiento, los usuarios adultos con logro alto al momento de egresar permanecieron, en promedio, 12,1 meses en tratamiento, disminuyendo en logro Intermedio con un promedio de 7,8 meses de permanencia, y con un logro mínimo solo alcanzaban 4,8 meses en promedio (SENDA-MINSAL, 2017). En cuanto a la permanencia en población menor, el 65% duró 3 o más meses en tratamiento, siendo el promedio de quienes lograron un alta terapéutica de 17,5 meses (SENDA, 2017).

Sin importar a qué estudio nos referimos, es relevante rescatar que en su mayoría, las altas terapéuticas exitosas son logradas a mayor tiempo de permanencia en el programa. De la misma forma, esta permanencia se ve negativamente afectada mientras más joven es la

población. Se hace relevante así buscar métodos que mejoren la adhesión a los programas de rehabilitación, dado que es sin duda un factor relevante para lograr altas terapéuticas y disminuir el abandono prematuro.

d) Tratamiento Cognitivo-Conductual:

En general, tanto en Chile como en otros países, los tratamientos diseñados para adicciones están basados en modelos de terapia cognitivo-conductuales (CONACE, 2011), y la investigación disponible, apunta en su mayoría a los resultados que este enfoque tiene sobre la problemática del consumo.

El enfoque cognitivo-conductual es una forma de psicoterapia centrada en la cognición y las conductas humanas. Se basa en la idea de que la forma de pensar de un individuo lo lleva a sentir y actuar de manera indeseada, por un esquema de pensamiento erróneo que lo justifica. Por ello, la terapia cognitivo-conductual busca sustituir estos pensamientos por otros que desencadenen conductas positivas (Naciones Unidas, 2003). Su énfasis está en la modificación conductual y comportamental.

Aplicando el enfoque cognitivo-conductual al consumo de sustancias, se puede afirmar que tanto las conductas adictivas desadaptativas como las conductas no-adictivas adaptativas involucran el mismo proceso cognitivo: el aprendizaje (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002). Éste está involucrado en los trastornos por consumo de dos formas: uno es el aprendizaje por asociación, llamado también “Condicionamiento Clásico”, y otro es el aprendizaje por consecuencias, conocido como “Condicionamiento Operante”.

El aprendizaje por asociación se da cuando dos estímulos se asocian por proximidad temporal, en donde el primero que era inicialmente neutro se vuelve un “desencadenante” del segundo (p.e. en el caso de trastornos por consumo, la droga). El aprendizaje por consecuencias se da cuando el consumo es reforzado por consecuencias positivas para el individuo, como placer o reducción del displacer (Kadden, 2001).

Muchos de los tratamientos desde el enfoque cognitivo-conductual se basan en los modelos de aprendizaje antes mencionados. Algunos de ellos son:

1.- Tratamiento de exposición a estímulos: pretende que el paciente entre en contacto con los estímulos que están más asociados a su consumo, hasta que desaparezca la conexión con la droga. A pesar de lo atractiva que puede sonar la idea de utilizar este método, el estudio de su uso no ha sido consistente en demostrar su eficacia (Kadden, 2001).

2.- Entrenamiento basado en estrategias de afrontamiento: busca entregar nuevas formas de enfrentarse a los estímulos que desencadenan la búsqueda de droga, dado que la consecuencia buscada es el alivio o el placer, se busca que el sujeto aprenda nuevos métodos para conseguirlos, así tendrá otras opciones conductuales cuando se vea enfrentado a las ansias de consumo. (Marlatt, Parks y Witkiewitz, 2002). Si bien se han hecho múltiples estudios que afirman la utilidad del entrenamiento en formas de afrontamiento, aún se cuestiona si es suficiente para concluir que este tipo de tratamiento es superior a otros (Kadden, 2001).

3.- Prevención de recaídas: Otro tratamiento relacionado al anterior es la Prevención de Recaídas que se centra en observar todos los antecedentes y consecuencias derivadas del consumo (Kadden, 2001). Se han levantado cuestionamientos sobre el tratamiento basado en la prevención de recaídas. Se ha encontrado que es útil la implementación de esta técnica para disminuir la gravedad de las recaídas y mantener los efectos del tratamiento en los períodos de tiempo que siguen a éste. Sin embargo, se ha encontrado que sus beneficios se reducen mientras el tiempo desde que el tratamiento ha acabado aumenta (Kadden, 2001).

III. Comprensión Junguiana: Concepciones relevantes de la teoría

Para poder hacer una propuesta de un programa de rehabilitación desde una perspectiva Junguiana se hace necesario comprender, al menos, algunos elementos fundamentales de su teoría. Por ello explicaremos brevemente qué son los complejos, arquetipos y qué rol tienen en nuestra psique, profundizando posteriormente en algunos de ellos que nos parecen principales para el desarrollo de esta tesis.

Este capítulo estará dividido en dos subsecciones, en primer lugar, elementos estructurales fundamentales y, en segundo lugar, formas dinámicas del funcionamiento de la psique, en donde profundizaremos en algunas formas de comprender cómo puede operar el trastorno por consumo de sustancias desde esta teoría.

La psique está compuesta, en primer lugar, por el inconsciente, definido por Jung “como un vasto océano de una continuidad perfecta” (Jung, 2013, p.49). Existente de forma pretérita al consciente, en donde existen todos los contenidos de nuestra mente. La conciencia, por otra parte, nace como un órgano de alcance limitado y superficial, “no puede abarcar simultáneamente sino un pequeño número de representaciones” (Jung, 2013, p.49). Su función es principalmente focal, y su limitación viene de esta función.

Por otra parte, nuestro inconsciente cuenta con métodos de organización interna: los complejos son “grupos de representaciones emocionalmente cargadas en lo inconsciente” (Jacobi, 1983, p.15). Es decir, son vivencias afectivas individuales que se disponen en torno a categorías en el inconsciente. Estos complejos no son estáticos, sino experiencias afectivas vivas, que cuando se activan, muestran altos niveles de autonomía, comportándose como verdaderos *corpus alienum* (Jung, 2004). Son “unidades vivas”, que se reorganizan constantemente en el transcurso de la vida, actualizándose con nuevos contenidos y modificándose (Bovensiepen, 2006).

Como contenidos inconscientes, los complejos no son de acceso directo a la conciencia. El individuo se puede percatar de su existencia por una reacción corporal, afectiva que no “encaja” con la experiencia común. Es un afecto acentuado, que reacciona a una situación particular con una carga emocional diferente, interfiriendo con la vida común, este fenómeno es denominado “constelación” (Jung, 2004). Los complejos, cargados energéticamente, liberarán carga mediante este proceso. Sin embargo, no es suficiente con saber que existe para que se disuelva un complejo. Para que se “descargue”, o se libere, lo que asociamos en el lenguaje común con la problemática de estar “acomplejado”, sólo se les despoja de su poder de autómatas, de su influencia totalizadora en nuestras vidas conscientes cuando los confrontamos, cuando los elaboramos emocionalmente, procesando los contenidos, memorias y vivencias que los componen, y sólo así les arrebatamos, al menos en algún

grado, el poder de interferir con la conciencia, dominandola fuera de su voluntad (Jacobi, 1983).

No se debe entender de lo anterior que los complejos son psicopatológicos de por sí. Toda experiencia afectiva, será parte de un complejo (Bovensiepen, 2006), y serán patológicos en el que caso de que la experiencia se estructure de forma traumática o disfuncional.

El centro organizador de la conciencia es el Ego/Yo. Es un complejo que contiene las experiencias del individuo ligadas a la función de Identidad (“yo soy...” y “he sido...”) manteniendo una continuidad temporal de lo que hemos vivido, y en donde hemos estado como un ser completo, y a la función de Voluntad (“yo deseo...”), la dirección o proyección en la que nos movemos. El Ego es, como habíamos dicho, un complejo. Contiene experiencias, es dinámico, pero a la vez, mantiene la unicidad de la conciencia, la coherencia con uno mismo, la capacidad de experienciarnos como un ser que contiene una historia, una identidad y una proyección. Es el complejo que se mantiene en contacto con la conciencia de forma más directa. Cuando otro complejo, uno que se encuentra en el inconsciente, constela la conciencia, lo que hace es usar el lugar del Ego como mediador entre consciente e inconsciente, moviéndose con autonomía, con carga afectiva, y haciéndonos perder, parcialmente, esta sensación de coherencia, de unidad con uno mismo, se transforma en nuestra vida en un momento de “impulsos”, expresiones como “no sé qué me pasó”, “me afectó mucho”, “no lo entiendo” o “no lo recuerdo bien” podrían ser formas de representar una constelación.

Las “categorías” o los ejes en torno a los cuales se organizan los complejos no son azarosos, sino más bien se explica incluso evolutivamente por el principio de auto-organización. La mente tenderá a organizarse y si bien los contenidos que la ocupan son profundamente únicos e individuales, definidos por la experiencia personal, existe una cierta forma inherente al humano de funcionamiento psíquico que permitirían esta organización, dando origen a los complejos; este “patrón” son los Arquetipos (Saunders y Skar, 2001).

Los Arquetipos son en el Inconsciente colectivo, lo que son los complejos son en el inconsciente individual. Para Jung, los humanos poseemos un inconsciente individual que “descansa sobre otro más profundo, que no se origina en la experiencia y la adquisición

personal, sino que es innato: lo llamado inconsciente colectivo” (1970, p.10), de este provienen estas categorías que compartimos sólo por el hecho de ser humanos.

a) Complejos:

- *Máscara: Adaptativa o Sombría*

El complejo de la máscara, así como el de la sombra, son los más cercanos a la conciencia, y por ello, suelen ser los primeros que se ponen en juego en el análisis (Alonso, 2004), por su temprana participación en éste. En nuestra primera infancia traemos con nosotros toda la riqueza del instinto, el cuerpo, las sensaciones y un amplio repertorio emocional. Sin embargo, nuestros cuidadores principales poseen ya un aprendizaje que los hace adecuarse a la cultura en que están insertos y, tal como sus instintos fueron “educados”, lo serán los nuestros (Jung, 1996). Aprenderemos a clasificar lo que nos rodea, y también nuestro actuar y sentir en torno a las distinciones de “bueno o malo”, “correcto e incorrecto”, “agradable y desagradable”, “educado y descortés”, entre muchas otras.

La conciencia de nuestro yo, en estas primeras etapas, se organizará en gran medida en torno a las delimitaciones que recibe (Robertson, 2014). Tomando en consideración los aspectos apreciados por nuestro ambiente, construimos una persona que sea agradable y presentable al mundo, una parte de nosotros que es pública, y que es capaz de adaptarse a nuestra cotidianeidad (Alonso, 2004).

Los “sesgos” que irán moldeando nuestra máscara serán múltiples, y en torno a diferentes niveles de profundidad. En una comunidad o cultura particular, será más o menos común que los miembros de ésta tengan ciertos modales, hábitos de higiene y conductas específicas (Jung, 1996), roles de género, en donde encontraremos una clasificación y asociación de actitudes, emociones, y conductas que se esperan de un infante según su sexo. En culturas patriarcales, lo esperado será que la identidad de género coincida con el sexo biológico, y que la orientación sexual sea heterosexual. En la esfera más íntima, la individualidad también será influenciada por los valores de los entornos más cercanos (Jung, 1996). Así, las emociones que sean toleradas en los vínculos más relevantes,

conservarán su “utilidad” de mediadoras con el mundo exterior, mientras que las emociones que sean rechazadas, serán censuradas y evitadas.

Nuestra máscara será entonces, una construcción cohesiva de las características del “yo” que nos permite interrelacionarnos con el mundo exterior. Nos evita el rechazo, y una probable muerte en la infancia al no ser excluidos del núcleo familiar (Jung, 1996). La máscara, aunque parcial, es parte auténtica de nosotros, es necesaria como herramienta de adaptación, y útil como tal. Sin embargo, cuando la máscara se unilateraliza de forma exagerada, el inconsciente, a través de la movilización de la sombra, buscará retomar el camino de la persona hacia su ser completo (Robertson, 2014).

Me parecen relevantes para el quehacer psicoterapéutico en drogas, dos conflictos de la máscara que comentaré a continuación. El primero, es el enorme riesgo de identificarnos con esta máscara que hemos construido para mediar con el exterior, y perder contacto con nuestro auténtico yo (Alonso, 2004), quedando atrapados en esta creación fragmentada y perdiendo toda la profundidad que abarca nuestro ser.

El segundo, es la construcción de una máscara sombría. Éstas se presentan cuando aspectos sombríos, peligrosos o amenazantes para la sociedad son aspectos aceptados en el entorno cercano al niño, y como consecuencia, desarrolla una máscara que en vez de rechazar y ocultar estos aspectos, los pone en juego en su interacción con el ambiente. Como ejemplo podemos decir que una máscara mantiene a flote una conducta de delincuencia y consumo de drogas porque eso aporta validación en un grupo de pares en un joven con problemas de consumo de sustancias.

- *Sombra: Rechazada y Creativa*

Mientras nuestra máscara es alabada y reforzada por el entorno, nuestra sombra se esconde en el inconsciente personal, conteniendo aquellos aspectos de nosotros mismos que rechazamos, entrará aquí aquello que no deseamos que otros conozcan. Pero es relevante tener en cuenta que lo que rechazamos desde nuestra infancia no es todo necesariamente negativo, sino sólo tempranamente censurado y, por ello, también quedan relegados a la sombra aspectos creativos que no fueron explorados, afectos infantiles, y

potencialidades que fueron acalladas antes de ser desarrolladas (Jung, 1996). Se va construyendo en nuestro inconsciente un nuevo yo que “encarna” todo lo que no somos, paralelo al ego y su máscara, y queda “almacenado” en el inconsciente personal, ignorado por la conciencia.

Cuando la conciencia se carga demasiado hacia la máscara, nuestro inconsciente se carga energéticamente hacia los aspectos opuestos; al negar y rechazar un deseo intenso o una necesidad que no encaja en nuestra máscara, la sombra se fortalece, y corremos el riesgo de perder el control sobre ella, volviéndose síntoma, o constelando la conciencia, ya sea satisfaciendo estos deseos sin consideración moral, o la persona puede recurrir a intentos de gratificación instantánea sustitutiva, como el consumo de drogas (Jung, 1996).

Para evitar que nos controle, debemos mirar nuestra sombra e identificarla, integrar los aspectos que rechazamos, pero que son parte de nosotros. Cuando comienza el trabajo con la sombra, nos es difícil observarla. Son aspectos que negamos y a los cuales nos resistiremos. Por ello una de las formas de identificar nuestra sombra son las proyecciones, cuando un aspecto del otro nos molesta personalmente, y nos activa afectivamente, rechazándolo y tachándolo de inaceptable, estamos con toda probabilidad frente a un aspecto sombrío. En el día a día, la sombra también se puede observar a través del humor, con la risa que surge de temas que representan tabúes, que reflejan aspectos temidos y ocultos de nuestro ser (Jung, 1996).

Un camino que puede servirnos para el reencuentro con la sombra, además de escuchar e identificar nuestras proyecciones, son los sueños. En ellos la sombra puede aparecer representada por figuras o criaturas temibles, desagradables y despreciables, al comienzo serán a menudo muy alejadas de lo que re-conoceríamos como propio y personal. Sin embargo, a medida que el trabajo con la sombra la integre más, su representación en los sueños puede evolucionar, acercándose cada vez más a la percepción de sí mismo del ego, apareciendo como alguien más cercano al soñante, de a poco compartiendo más características, como color de piel, género/sexo, edad, etc. (Robertson, 2014).

El trabajo con la sombra requiere de fortaleza y claridad, enfrentar todo lo que tememos de nosotros mismo, todo lo que nos avergüenza y perturba requiere valor; pero también gran

compasión y afecto. Es un proceso en el que renunciamos a la idealización de uno mismo (Jung, 1996) y requiere de madurez para enfrentar lo que nos acecha desde la propia oscuridad. Cuando nos enfrentamos a ella, todo el oscuro poder que creemos tiene sobre nosotros, se vuelve energía psíquica, nos podemos reconocer como personas más completas, más complejas, podemos explorar nuestros potenciales y creatividad. Dejamos de ser controlados por impulsos o deseos reprimidos, podemos darles curso en la medida en que los regulamos de manera sana y consciente (Robertson, 2014).

- *Complejo Materno: Rol de Madre y de Hijo de Madre*

El complejo materno se organiza en torno a todas las vivencias afectivas que se relacionan con la experiencia de la madre. Su arquetipo organizador es la Gran Madre, y es el arquetipo de la feminidad, lo maternal, la sabiduría, la comprensión, el cuidado, la protección, el renacimiento, la nutrición, la intimidad, la sensualidad y sexualidad, cuerpo, la fertilidad, la cercanía, lo misterioso, lo lunar, “lo oculto, lo sombrío, el abismo, el mundo de los muertos, lo que devora, seduce y envenena, lo que provoca miedo y no permite evasión” (Robertson, 2014, p.75).

Las experiencias ligadas a este complejo no provienen exclusiva, o necesariamente, de la madre, sino de cuidadores que encarnan aspectos maternos. La experiencia de madre puede ser tan amplia, como personas existan. Jung habló sobre el complejo de madre como positivo y negativo, diferenciando los resultados por el género del hijo, y centrándose muchas veces en las consecuencias para la orientación, conducta sexual y formas de ser en la vida (Robertson, 2014).

Sin embargo, desde un enfoque más actualizado, basándonos en la esquematización de Galiás (2000), podemos entender el complejo de madre desde dos roles que se desarrollarán en la vida, rol de Madre (M), y rol de Hijo de Madre (Hm). El rol de Hijo de Madre surge con las experiencias tempranas de ser cuidado por un otro desde su propio rol de madre, concentra las experiencias de ser capaz de recibir cuidado, afecto, de sentir nuestras necesidades básicas satisfechas, de pedir y recibir ayuda, de a poco uno aprende a escuchar en sí mismo estas necesidades básicas de arropamiento, protección, nutrición y cariño, y comienza a responderse a sí mismo como una madre, aprendiendo el rol de

Madre de uno mismo. De la misma forma, el hecho de ser madre de un otro desarrolla el rol de Madre. En éste, se aprende a escuchar las necesidades del otro, de cuidarle, ser empático, proteger, nutrir, arropar. Estos dos roles pueden desarrollarse de maneras diferentes en cada persona, y en desequilibrio existen los roles hipotróficos (menos desarrollados) e hipertróficos (demasiado desarrollados).

El rol de Hm hipotrófico se asocia con personas que no aprendieron a recibir cuidados de una madre, suelen sentirse desvalidos, no saben pedir ni recibir apoyo o ayuda, se sienten abandonados y esperan que otros den respuesta a sus necesidades sin que las expresen, no son capaces de identificar sus propios deseos y carecen de curiosidad y espontaneidad. El rol Hm hipertrófico nos muestra lo contrario, muy demandantes de su entorno, esperan mucho y se sienten merecedores de todo, narcisistas en muchas ocasiones. Quienes poseen rol de M hipotrófico suelen tener dificultades para cuidar tanto al otro así como de sí mismos, son personas frías, poco afectuosas, pueden hacer sentir al otro rechazo. Mientras que, en el rol de M hipertrófico, son personas sobreprotectoras, castradoras, no permiten la autonomía del otro, son posesivas, infantilizadoras, manipulan emocionalmente y quitan el cariño si se sienten frustradas (Galiás, 2000).

Estos roles se dan en todas las posibles diadas. Parece de especial importancia para el trastorno por consumo la diada de M hipotrófica con Hm hipotrófica, puesto que representa un panorama más bien grave, son personas incapaces de cuidar de sí mismas, pero tampoco piden ni aceptan cuidados de otro, incluso en necesidades básicas como comer, son fríos, parcos, rechazan con facilidad al otro, tiranos. Esta diada no se puede sostener en el tiempo, dado que al llevarse al extremo el descuido de sí, puede amenazar con sus vidas (Galiás, 2000). Es relevante destacar que éste es sólo un ejemplo de diada en la que se puede dar un trastorno por consumo, dado que en todos los desequilibrios del rol de madre existen conflictos con el (auto)cuidado y el afecto.

- *Complejo Paterno: Rol de Padre y Rol de Hijo de Padre*

A la luz de la esquematización anterior, propuesta por Galias (2000), el rol de padre se puede dilucidar en torno a la misma estructura, Rol de Padre e Hijo de Padre. El arquetipo del padre viene a mostrarnos todo lo que es límite y estructura, es el rol de proveer y ser

proveído, obedecer y dar órdenes, mandar, estructurar, ordenar, clasificar, es lo solar, masculino, jerarquizado, la capacidad de abstracción, elaborar un discurso, separar los opuestos, es el que instruye y enseña, dice si o no, autoriza o prohíbe, distingue entre lo bueno y lo malo, otorga claridad, justicia y confiabilidad.

La persona con rol Hp hipotrófico no sabe obedecer, no acata órdenes, tiene problemas con la autoridad, de la misma forma no sabe aprender, ser guiado, instruido, permanece perdido. El Hp hipertrófico es opuesto, sumiso, sin iniciativa, necesita que el otro le diga qué hacer, cómo hacerlo, que lo ordenen, siempre desea aprender, pero no tiene la capacidad de aplicarlo posteriormente. El P hipotrófico tiene dificultad para ejercer el rol de líder, no sabe mandar, poner límites, suele someterse, no tiene autoridad. El P hipertrófico es muy autoritario, siempre tiene la razón, nunca se equivoca, es rígido, no sabe ceder y es competitivo (Galiás, 2000).

Estos roles se dan, también, en todas las posibles diadas. Una combinación que se ha tomado de forma recurrente para el trastorno por consumo, es la diada P hipotrófico e Hp hipertrófico, lo que son personas con dificultad para crecer, no logran ser padres de sí mismos y permanecen siendo hijos de un otro, dependientes, carecen de autoridad y esperan que otros les den autorización, permiso, instrucción, no toman decisiones, se quejan mucho, pero no hacen nada para solucionar el problema (Galiás, 2000), pueden caer en soluciones fáciles o autocomplacientes con el consumo. Aún así, en todos los desequilibrios de rol de padre se puede dar trastorno por consumo de sustancias, dado que siempre existen conflictos con los límites y las estructuras.

- *Ánima y Animus: Lo Totalmente Otro*

El ánima y el ánimus son complejos del desarrollo que se encuentran en niveles más profundos de la psique. Cuando Jung lo propuso, lo hizo ligando este complejo a características sexuales y de género. Los hombres poseían un ánima y las mujeres un ánimus, cada uno representaba un aspecto de Eros y Logos. Logos, el principio masculino, es la racionalidad, lo mental, la lógica y el conocimiento; y Eros, el principio femenino, es la fantasía y la capacidad de relacionarse con un otro (Samuels, 2015).

Esta configuración del complejo ha provocado grandes polémicas en la actualidad, por asumir que el sexo biológico coincide con una identidad de género, así como le atribuye a uno y a otro características definidas. Si bien esto responde a un contexto cultural e histórico, la propuesta de Jung parece revolucionaria, al plantear que ni uno ni otro es más relevante, dado que lo importante es su interacción. Más allá de la identificación de género que hace corresponder con el Logos/Eros (u otros aspectos arquetípicos del complejo Ánima/Ánimus), parece ser que lo relevante del simbolismo del cuerpo contrasexual es la representación de lo totalmente otro, la potencialidad psíquica de algo que “no nos pertenece”, es extraño, misterioso y diferente (Samuels, 2015).

El ánima y el ánimus, son a menudo la imagen de psicopompos o guías arquetípicos, que nos ayudan en un viaje de conocimiento o transformación, son guías del alma, que nos llevan a conectar con niveles más profundos del sí-mismo (Samuels, 2015), movilizándolo al ego para acercarse al self o al “auténtico yo”. En nuestros sueños, pueden tomar la forma de lo que no reconocemos como propio, pero es numinoso, es decir, fascinante, pero a la vez produce temor.

A menudo este complejo se proyecta en personas reales, con las cuales puede surgir una atracción fuerte, siendo el complejo que mayormente influye en la pareja. Para Jung, la proyección era sana, puesto que nos moviliza a relacionarnos. Un ejemplo de carencia de proyección de este complejo podría ser el narcisismo, en donde la energía psíquica se concentra en el sí mismo. La proyección del Ánima/Ánimus sería un “espejo del alma”, en donde en el otro podemos ver partes de nosotros mismos no conscientes pero que necesitamos integrar, así, en la relación estos aspectos podrían iluminarse. El alma sería aquí más profunda que la persona, es el centro auténtico del individuo (Samuels, 2015).

Si la proyección es excesiva, por el contrario, se experimentará decepción al ver que el otro no cumple con la idealización y por ello no puede iluminar estos aspectos inconscientes. También de forma negativa, podemos proyectar nuestra sombra a través de este complejo, dado que es el encargado de comunicar el yo con el inconsciente, si es así, en la pareja podrían encontrarse los aspectos más temidos del sí mismo (Samuels, 2015), cayendo en una relación tóxica o poco sana.

- *El Self: La Búsqueda de la Integración*

A través del desarrollo de los complejos antes mencionados, hemos hablado varias veces de cómo el inconsciente busca movilizarnos a ser nuestro ser auténtico y completo, es decir, busca una forma de cambiar la unilateralización de nuestro ego consciente. Para ello, necesitamos tener en consideración un punto de referencia a lo que consideramos “completo”. A este punto Jung lo llamó Self (Robertson, 2014).

El proceso de desarrollo psicológico es un viaje por nuestro inconsciente, luego de enfrentar a la sombra, e integrar el anima/animus, Jung describió el arquetipo de la trascendencia, de la completitud, el arquetipo del Self, que describe el más auténtico yo del soñante, el proceso de encontrarlo y la meta en sí. En los sueños puede aparecer bajo diferentes formas, siempre reconocidas por el soñante por el gran impacto que provoca en él. Este nivel del inconsciente ya no se rige por la moralidad ni las leyes de nuestro entorno, trasciende el espacio-tiempo (Robertson, 2014).

De la misma forma, nuestra completitud no apunta a normas morales, o adecuaciones sociales, no obedece a las categorías del bien y el mal, sino que busca el encuentro armonioso de cada parte de nuestro ser. Es una búsqueda y un trabajo constante que no termina durante todo el transcurso de nuestra vida, “ninguno de nosotros está alguna vez tan completo que no llegue a negar partes saludables de la personalidad debido a la pereza, el miedo o a miles de otras razones” (Robertson, 2014, p. 234). Nuestro encuentro con el Self no es alcanzable o aprehensible en la vida, sin embargo, es el arquetipo que nos inspira a buscar nuestra totalidad, nuestra armonía.

b) Perspectivas Junguianas sobre la drogadicción:

A continuación me parece relevante un acercamiento a las dinámicas de la psique explicadas desde la perspectiva Junguiana:

- *Proceso de Individuación*

El proceso de individuación es intrínseco al ser humano. Todos, por nacer como tales, recorreremos este camino a través de toda nuestras vidas. Es la forma en la que construimos nuestras personalidades, nuestra individualidad, en que nos desarrollamos y nos convertimos en un “yo” particular, es, a la vez, un proceso que aporta al colectivo y a lo individual, mientras más se enriquece nuestra vida con vivencias personales y únicas, más singular es nuestra experiencia, aportando aspectos al inconsciente colectivo desde nuestra individuación.

De la misma forma, este es un proceso de “maduración y autorrealización de la personalidad, liderado principalmente por el *sí mismo*” (Alonso, 2004, p.62). En él, a lo largo de nuestra existencia, nos confrontamos con diversos aspectos de nuestro inconsciente que nos desafían a cambiar actitudes conscientes, a ampliar nuestra mirada, volviéndonos más complejos, gracias a la tendencia de desarrollo del Self, arquetipo organizador del desarrollo.

Sin embargo, este no es un proceso lineal, no existe una meta clara al final del camino. Nos mantenemos en constante desarrollo, y gracias a los eventos del entorno que nos “desequilibran” y nos hacen sentir que nos falta algo para enfrentar las situaciones de manera exitosa, cambiamos, evolucionamos, tomando las herramientas a nuestro alcance para poder sobrevivir. La individuación no está delimitada por categorías morales como el bien o el mal. El individuo sigue su desarrollo de acuerdo a las situaciones del entorno, su disposición y las herramientas a su alcance. Lo más seguro es que en este camino surjan aspectos sombríos, se implique el *ánima/ánimus*, se reconstruya la máscara, entre otras confrontaciones con el inconsciente. Si la comunicación con éste se estanca, o las situaciones del entorno se complican, las soluciones a las que se puede llegar en este camino puede ser más o menos constructivas. Una salida a una dificultad, puede ser el consumo de drogas, lo que implicaría a largo plazo una salida destructiva para el individuo, pero que en su visión se presenta como la herramienta viable para seguir su camino, cuando otras herramientas no han podido ser desarrolladas óptimamente.

Jung consideró que el proceso de individuación era más visible para algunas personas que buscaban un desarrollo más allá (Alonso, 2004), generalmente luego de la crisis de la mediana edad, que implicaba reconstruirse como personas en su relación con el Self, dejando de lado la relación ego-mundo exterior como su principal orientador del desarrollo. De esta forma, todos estamos en proceso de individuación, algunos sin embargo, tienen procesos más profundos que otros (Jung, 2002).

- *Función trascendente*

Como ya habíamos mencionado antes, la conciencia es focal (y por ende limitada), lo que a su vez la vuelve direccional, concentrándola en un sólo sentido, como consecuencia de ello, no es extraño que se unilateralice en algunos aspectos. Por otra parte, el inconsciente cumple una función compensatoria o complementaria respecto a la conciencia, por lo que su movimiento será contradireccional a ella (Jung, 2004). La función trascendente es la contraposición, choque y posterior unión de estos contenidos conscientes e inconscientes que estuvieron en tensión como opuestos, lo que trae como resultado una nueva actitud consciente.

Enfrentados en la vida a una dificultad, muchas veces nuestra actitud consciente no cuenta con las formas más adecuadas para superar lo que nos aqueja, por lo que se puede volver evidente la unilateralización de nuestra conciencia, haciéndonos notar que hay aspectos inconscientes que aún debemos integrar. Si no lo tomamos en cuenta y la unilateralización de la conciencia se extrema, la tensión entre los opuestos (consciente e inconsciente) aumentará, y la contratendencia del inconsciente puede irrumpir en la conciencia sin mediación de su voluntad (Jung, 2004), con efectos que pueden ir desde la incomodidad de la conciencia hasta consecuencias más destructivas.

La vida es un camino que se puede comprender como un movimiento en espiral, en donde en diferentes ocasiones nos vemos enfrentados a dilemas o experiencias similares, que detonan en nosotros respuestas aprendidas o posibilidades de cambio, por lo que no habrá una ocasión única en la que debamos enfrentarnos a esta tensión, y salir de ella con una nueva actitud, sino más bien será un proceso recurrente a lo largo de nuestra existencia. Las dificultades son oportunidades de aprendizajes y cambios en nuestras vidas.

Si bien una terapia puede ayudar a integrar estos aspectos opuestos que generan tensión en la persona, y guiar en la generación de nuevas actitudes, ya sea reconciliando aspectos sombríos, de complejos no confrontados o cualquier otro aspecto inconsciente, esto no implica una “cura” del paciente, puesto que las dificultades seguirán en su camino exigiendo nuevos cambios en su forma de enfrentar la vida. Por esta razón, los pacientes pueden volver varias veces a terapia enfrentados a tensiones diferentes, aunque con mayor riqueza de herramientas para procesos más acotados y específicos. Es relevante por ello esforzarse en que el paciente adquiera las herramientas en la terapia para poder sostener la tensión entre los opuestos, hasta su conciliación y el nacimiento de una nueva actitud psíquica (Jung, 2004).

- *El Mito de Teseo y el camino de individuación en el consumo de drogas*

El acceso al mundo del inconsciente, y sobre todo al mundo del inconsciente colectivo está rodeado de simbolismos. La puerta de entrada está en los sueños, imaginaciones activas, o imágenes arquetípicas. Una lectura desde una perspectiva Junguiana de la dependencia a las drogas puede encontrarse en el simbolismo del mito de Teseo o el camino del héroe.

En la actualidad, con las múltiples libertades, el individualismo y el ritmo acelerado de la existencia, se han perdido los rituales de iniciación a la vida adulta. El mito de Teseo representa el símbolo del camino del héroe, del ritual de volverse adulto. En este mito se muestra el quiebre del paso a la madurez, representado por tres momentos: el enfrentamiento a una situación inicial, la muerte simbólica del “viejo yo”, y el renacimiento del héroe. En el Mito, Teseo, hijo de Egeo debe enfrentarse al Minotauro que mora en un laberinto, al que cada 9 años se le ofrendan las vidas de 14 jóvenes: 7 mujeres y 7 hombres, símbolo que podría representar la completitud del ciclo matriarcal y patriarcal, o el comienzo de la madurez a los 14 años. Antes de emprender su viaje, Ariadna, figura que representa aspectos divinos, le da un ovillo mágico a Teseo para poder entrar y volver del laberinto si él promete casarse con ella. El padre de Teseo, a su vez, le da velas blancas para izar en su barco a la vuelta de su viaje y así mostrar que aún sigue vivo (Millanao, 2009).

Teseo desciende al laberinto, simbólicamente, a las profundidades de su inconsciente, en donde debe enfrentar sus aspectos sombríos, la sombra o los monstruos que acechan en la oscuridad, es guiado en su camino por Ariadna, símbolo del ánima, guía espiritual, que lo ayuda a regresar al mundo mortal. En su camino de regreso a casa, Teseo abandona a Ariadna en una isla, dejándola en el mundo arquetípico después de haber integrado los aspectos del ánima en el ego consciente, muy probablemente para buscar a una mujer real con la que consolidar su vida. Por último, Teseo olvida cambiar las velas de su barco, volviendo con las velas negras que su padre ve desde la lejanía, y en desesperación al creerlo muerto se arroja al mar, con ello muere simbólicamente el padre, y comienza la independencia del individuo (Millanao, 2009).

Todos estos son símbolos que nos muestran el camino que se emprende para alcanzar la madurez en el proceso de individuación, por eso no es de extrañar la edad en la que se dan los primeros acercamientos a las drogas. Los jóvenes que no tienen guías en este proceso pueden fácilmente perderse en este mundo numinoso, sin llegar a comprender cuál es el objeto de descender a su inconsciente, sin encontrar la forma de confrontar estos aspectos para volver al mundo cotidiano habiendo hecho un cambio en sí mismos. En algunos casos los guías pueden estar presentes, pero no ser apropiados para su tarea por no haber recorrido este camino por sí mismos. El terapeuta cumple entonces, un rol de psicopompo o de guía, que es capaz de acompañar al paciente a comprender por qué está atrapado en ese mundo, cómo hacer sagrado el símbolo de confrontar sus monstruos y guiarlo de vuelta a la realidad (Millanao, 2009).

IV. Elementos de un programa:

a) Rol del Terapeuta:

- *Mirada Junguiana, encuentro amoroso y auténtico*

La base de todo cambio posible en terapia se sustenta en el vínculo o la relación terapéutica, en la medida en que el espacio permite un vínculo profundo y auténtico, se posibilita cualquier interacción, interpretación, y cambio (Gonzalez, 2017). De la misma

forma, el vínculo en sí es un espacio de cambio, en el que se puede experimentar, a veces, por primera vez, la nutrición emocional que requiere el paciente (Sedgwick, 2001).

Para ello, el rol principal del terapeuta, más allá de interpretaciones, reflejos o confrontaciones en momentos relevantes, es abrir un espacio desde una disposición personal, que posibilite el vínculo y la comunicación, el dejarse afectar por un otro, abriendo de esa forma la puerta a la posibilidad de afectar de la misma forma a un paciente (Jung, 2002).

Para ello el terapeuta debe, a la base de su práctica, recibir de forma amorosa al paciente, en el sentido de aceptarlo como es, empatizar con él, y preocuparse de tal manera que forme parte de sus intereses. Sus herramientas terapéuticas implican un desafío enorme, dado que debe compatibilizar una empatía auténtica con un posicionamiento neutral en el relato del otro al que escucha (Sedgwick, 2001).

La empatía toma considerable esfuerzo, ya que es verse en la posición del otro, ver el mundo desde sus ojos, preguntar desde un genuino interés y curiosidad cómo está viviendo su experiencia subjetiva, es sufrir con el otro, o como el otro, el terapeuta debe dejarse afectar por la historia de su paciente, es resonar incluso cuando pareciera que el terapeuta no puede o no quiere hacerlo. Para ello, el terapeuta debe disociarse, en algún sentido, de sí mismo, para poder abrir un espacio que el otro pueda habitar. El paciente debe sentir que el terapeuta lo entiende, y si no es así, al menos el esfuerzo auténtico de que está trabajando en torno a ese objetivo, lo que facilita la confianza y la disposición para que el vínculo siga fortaleciéndose (Sedgwick, 2001).

Sin embargo, el terapeuta no debe perderse en el yo del otro, lo que lo haría simplemente reforzar la construcción de mundo que el paciente ya tiene (Szmulewicz, 2013). El no comprometerse con la realidad del otro, le permite al terapeuta tener una actitud no defensiva cuando los contenidos son referidos a él (Sedgwick, 2001), como también permite flexibilizar los puntos de vista del paciente, y poner atención a lo que es realmente importante y personal, a lo subyacente de su discurso.

A la vez, es relevante recordar que el vínculo terapéutico está dotado de ciertas particularidades dadas por un encuadre temprano, en el cual la relación se va construyendo posteriormente facilitada por la disposición del terapeuta. Es un vínculo de afecto mutuo, pero que lleva su énfasis en el paciente, por lo que el terapeuta debe ser cauteloso al mostrarse, haciéndolo cuando tenga valor terapéutico (Szmulewicz, 2013), dando espacio también al paciente para llevar los contenidos de sus fantasías inconscientes y sus formas de relacionarse a la terapia. No es un vínculo simétrico de contención mutua, sino un vínculo que debe permitir un espacio que sane (Sedgwick, 2001).

- *El sanador herido: Disposición a la auto-observación, sanar en uno primero*

Todo terapeuta, o sanador, debe tener conciencia de que no ha elegido este camino por mera coincidencia. Toda persona carga consigo heridas psíquicas que no ha curado, y al mirarlas y experienciarlas continuamente en su vida, conllevan consigo el gran potencial de sanar a un otro (Groesbeck, 1975).

El arquetipo del sanador herido es una de las formas más utilizadas en psicología analítica para comprender el movimiento inconsciente en la "sanación". Asclepio, hijo de Apolo, fue criado por Quirón, un centauro eternamente herido que se dedicaba a sanar al resto, sin poder cerrar nunca su propia herida. La herida, causada por la divinidad, sólo puede ser remediada por la misma energía divina. Al estar afectado por la herida, conocía su cura, ese era su potencial sanador (Groesbeck, 1975).

Un terapeuta no puede olvidar nunca sus propias heridas, son ellas las que le permiten abrir la puerta a los procesos inconscientes del otro. Quienes emprenden el camino del sanador no deben temer al dolor psíquico, a los procesos que implican muerte, cambio y resurrección.

Cuando un paciente entra en la consulta, trae en su consciente la constelación del herido, mientras el terapeuta se constela como sanador. Sólo al mirar de frente las propias heridas que surgen en la interacción terapéutica, en el terapeuta pueden constelarse contenidos que están en su propio inconsciente, con su yo herido, para así permitir que en la relación el arquetipo altere su posición y constele en el paciente al sanador. Lo más importante en

cualquier cambio terapéutico, es ser capaz de lograr que un paciente encuentre en sí mismo a su propio sanador (Groesbeck, 1975).

Este movimiento se produce entre el consciente e inconsciente de cada uno de los integrantes de la diada. Sin embargo, para lograr un éxito terapéutico, ambos deben constelar con un tercer miembro arquetípico de la relación, en donde ambos fluyan a encarnar el sanador herido, el que es capaz de sanar, aún cargando con heridas abiertas (Groesbeck, 1975).

El terapeuta debe tener gran fortaleza interior, para poder vivir en primera persona sus dolores internos y ser testigo del interminable sufrimiento de quienes llegan a consultar. Abre sus propias heridas una y otra vez, sabiendo siempre que en un siguiente encuentro habrán heridas nuevas que aún no ha revisado en sí mismo. Requiere que esté siempre dispuesto a mirarse y enfrentar a sus demonios, puesto que solo puede esperar ayudar a sanar al otro, cuando él mismo ha hecho un trabajo en sí mismo (Jung, 2002).

Si el terapeuta teme enfrentar sus heridas, si no es capaz de constelarse en el herido de la relación, no puede esperar dinamizar ningún aspecto inconsciente de su contraparte. Su paciente permanecerá eternamente enfermo, puesto que para que el terapeuta permanezca sano, debe mantener y proyectar la enfermedad y el dolor en el otro, llamándolo resistente o incluso incurable (Groesbeck, 1975).

- *Importancia del autocuidado*

Ser terapeuta, como lo hemos tratado ya, es una labor compleja, que implica ponerse a uno mismo en juego en el encuentro con un otro. Para que realmente se produzcan cambios en el paciente, el terapeuta debe estar también, dispuesto a cambiar (Jung, 2002).

Este encuentro auténtico, implica estar con el otro, dejarse afectar y vivir su dolor, sus penas, mostrar un interés auténtico e involucramiento con el paciente (Sedgwick, 2001). En este proceso se reviven heridas propias, se actúan, se sienten los dolores y las pérdidas, las frustraciones del otro (Groesbeck, 1975). En particular en el campo de la rehabilitación, hay un gran porcentaje de abandonos de la terapia, de recaídas, de pacientes con vínculos

enfermos y codependientes (López, 2011). Lidar con ello en la terapia, escuchando al otro, sintiendo al otro, dejándose afectar por él, implica un desgaste emocional, en el que se debe ser capaz de permanecer lo suficientemente compuesto para contener, apoyar y acompañar al otro en su sufrir.

Para ello el autocuidado tiene un rol fundamental en la vida personal del terapeuta. Ser capaz de escucharse, respetando los tiempos y los procesos, refugiarse en vínculos sanos que los rodean, aprender a buscar ayuda y guía en forma de terapia, de supervisores y de colegas con los cuales hablar sobre el caso pueden tener un enorme impacto positivo en el proceso.

A la vez, la necesidad de cuidar de uno mismo en instancias personales, como el estilo de vida, ritmos de sueño, alimentos que aporten bienestar y disfrute, rutinas que otorguen espacios seguros, vínculos saludables, deporte como posibilidad de liberar el estrés, son algunas posibilidades que mejoran la calidad de vida del terapeuta, lo que en términos Junguianos podemos llevar al campo transformativo, transmitiendo en el inconsciente relacional la necesidad de cuidar y velar por uno mismo, haciéndose cargo de los complejos maternos y paternos.

Los límites, en este contexto en particular, son de suma importancia, que el terapeuta sepa cuando es necesario plantear límites, ser compasivo consigo mismo, o incluso respetar aspectos básicos del encuadre como lo son los horarios, pueden aportar pautas de comportamiento que ayuden al paciente a sentirse seguro, respetado y contenido.

b) Relación Terapéutica

- *Campo transformativo*

Todo cambio en terapia se logra a partir del establecimiento de una relación terapéutica en la que ambas partes están involucradas, con la premisa de que para que se efectúen cambios en uno, ambos deben ser afectados. Desde una perspectiva Junguiana el involucramiento afectivo de ambos implica que se vinculen no sólo de forma consciente, sino también inconsciente (Jung, 2002).

La compleja red de conexiones inconscientes y conscientes que se produce en la diada terapéutica es llamado campo transformativo. Como había mencionado antes, en el sanador herido, esta red se compone por comunicación de consciente a consciente de terapeuta y paciente de forma bidireccional, así como entre sus inconscientes, y entre consciente e inconsciente de uno y otro, sin perder de vista el eje ego-self de cada uno (Porre, 2020). Entre dos personas surge “una esfera de inconsciencia extendida” (Jung, 2002, p.74), espacio del inconsciente colectivo que implica aspectos de quienes están en la terapia, conocido como inconsciente relacional, en donde toman lugar complejos que forman parte de la historia de cada uno de sus participantes, pero también que son propios y únicos de la relación (Porre, 2015).

Los procesos transferenciales que se producen en el campo transformativo tienen en sus bases complejos y experiencias que pertenecen a la diada y que hacen sentido con las historias tempranas y actuales de sus participantes. Les llamamos procesos transferenciales puesto que abarcan una complejidad más grande que la transferencia (iniciada desde el paciente) y la contratransferencia (detonada en el terapeuta), como también dado que es difícil diferenciar dónde inician, y entendiendo que el terapeuta puede iniciar de la misma forma procesos transferenciales (Porre, 2020).

Pueden reflejarse de múltiples maneras en la terapia, mostrando el nivel de involucramiento inconsciente de los sujetos. Se pueden presentar sueños tanto en el paciente como en el terapeuta, existir gran impacto afectivo respecto de la experiencia vivida fuera de terapia y enlazarlo con experiencias arquetípicas e incluso llevar a actos complejos de la relación en el setting terapéutico (Porre, 2020).

Para alcanzar su potencial sanador, deben vivenciarse y, si es necesario, interpretarlos para darle cabida a lo que está sucediendo en terapia, pues gran parte del cambio puede depender de la cantidad de información y experiencias que se estén poniendo en juego en este campo transformativo, que no es necesariamente verbal (Sassenfeld, 2010).

- *Complejos en la relación*

Una forma relevante de destacar cómo los procesos transferenciales pueden afectar la relación terapéutica son los enactment o las puestas en escena.

En este proceso transferencial, hay movimientos inconscientes que la diada no alcanza a racionalizar o pensar cuando suceden, lo que puede movilizar la terapia de forma positiva o negativa, produciendo sensación de agrado, comprensión y empatía en el encuentro, o emociones negativas como desagrado, rechazo, rabia o una erotización que no se frene a tiempo. Los procesos transferenciales son posibilidades de intercambio en la relación que pueden abrir puertas a hacerse cargo de fenómenos inconscientes de los que no se está hablando en la terapia (Porre, 2020).

Dado que los complejos de la relación son inconscientes en la puesta en escena, pueden presentarse como actos de la diada agudos y conflictivos, que de no ser abarcados pueden llevar a un impasse o quiebre de la relación (Sassenfeld, 2010).

Una puesta en acto implica en cierto grado una transgresión al encuadre y a la forma habitual en la que un analista se expresa como el hecho de que se trata de un fenómeno relacionado con la negociación inconsciente de intenciones, necesidades, deseos, etc. en el marco de la interacción entre paciente y analista. (Sassenfeld, 2010, p.8)

Sin embargo, al ser aspectos que no han sido (o no pueden ser) hablados, se presenta también la oportunidad de la diada de hacerse cargo de aspectos relevantes que se vienen suscitando en el espacio terapéutico y que finalmente han hecho acto de presencia. “Una puesta en escena puede proporcionar al analista una forma de acceder a lo que no puede ser verbalizado por el paciente, sino sólo expresado disociadamente por medio de acciones. Expresa lo que de otro modo sería inexpresable” (Sassenfeld, 2010, p.11).

- *Sadismo en el terapeuta*

Cuando nos enfocamos en el tratamiento de adicciones, un punto que parece ser de suma importancia respecto a los procesos transferenciales es la transferencia y contratransferencia que supone el estar en rehabilitación.

Knox (1995) habla con detalle sobre la transferencia y contratransferencia en pacientes con consumo problemático de alcohol. Detalla las sensaciones placenteras que pueden experimentar los terapeutas al comienzo de una desintoxicación, en donde el paciente, a veces por primera vez en años, está saliendo de un estado de humillación y pérdida de control absoluto sobre su vida, reencontrándose con su propia dignidad y gratitud, y en donde un terapeuta puede sentir omnipotencia sobre sus habilidades terapéuticas. Sin embargo, posterior a ello, con las recaídas del paciente, el terapeuta puede comenzar a sucumbir ante sensaciones de frustración e impotencia, y ser tomado por la transferencia del paciente de indefensión, deseos de morir y falta de control, de la misma forma puede creer que es él mismo quien está llevando a cabo intervenciones iatrogénicas, que empeoren el cuadro.

El riesgo de que estos procesos transferenciales no sean concientizados y tratados en terapia, o al menos en espacios de supervisión del terapeuta, es que éste intente defenderse de ellos agrediendo al paciente, utilizando estrategias cada vez menos empáticas, y cayendo eventualmente en un sadismo que lleva por supuesto objetivo curar al paciente. Incluso más peligroso, se presenta el caso de que el terapeuta sienta tanta frustración y pérdida de control, que termine tachando al paciente de incurable o “resistente” a terapia, dejando de lado cualquier intento por ayudarlo, para así no sentirse afectado en sus propias habilidades terapéuticas (Knox, 1995).

Cuando estos procesos transferenciales son resueltos de forma exitosa, existe aún la posibilidad de que el paciente, como resistencia a la terapia, recaiga en el alcohol para no tener que hacer frente a las duras experiencias personales que lo llevaron, en primer lugar, a evadirse con el consumo. Por ello la dependencia en el vínculo terapéutico ayuda al paciente a sostener el proceso de aprender a no depender (Szmulewicz, 2013) de una sustancia.

c) Estrategias principales del programa

- *Los sueños como herramienta terapéutica, mirada simbólica*

Desde un enfoque Junguiano la utilización de sueños como herramienta terapéutica es de suma importancia, ya que nos traen información desde el inconsciente (Jung, 2002)². Tanto el terapeuta, como el paciente pueden tener sueños de gran relevancia para el proceso. Cuando los sueños son del terapeuta, estos no deben, necesariamente, ser transmitidos al paciente, pero pueden portar información sobre los conflictos de la relación, sobre los complejos del paciente y del terapeuta, dándole a este último herramientas o una visión de qué es lo que está sucediendo en el campo transformativo (Porre, 2020).

Cuando los sueños son del paciente, se vuelven material que se trabaja de forma explícita en las terapias. Al construir su significado en conjunto, pueden cumplir diversas funciones: pueden transmitir qué está pasando en el espacio de terapia, servir de pronóstico y diagnóstico, pueden traer símbolos sobre conflictos del inconsciente que están comenzando a hacerse figura en el consciente, pueden compensar funciones del consciente, y/o reforzar decisiones que reflejen el cambio del paciente en terapia (Jung, 2002).

A continuación, presentaré un material clínico³ que, me parece, puede mostrar el potencial que representan los sueños en terapia:

² Para más información sobre cómo se trabaja el análisis de sueños desde un enfoque Junguiano, propongo dirigirse a fuentes como: Matton, M. (1980). El análisis junguiano de los sueños. Paidós: Buenos Aires.; Jung, C.G. (1934) La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños. En Jung, C. G. La práctica de la psicoterapia, OC 16 (pp. 139-158). Madrid: Trotta.; Hall, A. (1996). Sueños y Técnicas de representación. En Hall, A. La Experiencia Junguiana: Análisis e Individuación (pp. 105-125). Cuatro vientos.; Jung, C.G. (1916[1948]). De la esencia de los sueños. En C. G. Jung, La dinámica de lo Inconsciente, OC 8 (pp. 281-297). Madrid: Trotta.; Porre, M. (2015). Sueños del paciente y sueños del analista: Procesos y conflictos de inconsciente a inconsciente en el seno del campo transformativo. Revista Temáticas Junguianas, 2: 61-76.

³ Se cuenta con la autorización para la utilización y publicación de este material clínico por parte de la paciente, con fecha 19 de Noviembre, 2020. El nombre utilizado aquí es ficticio.

Margarita, es una paciente de 22 años que llegó al centro de Rehabilitación por policonsumo, con una historia familiar conflictiva, un hermano menor con el que tiene una muy linda relación (en donde ella se configura como cuidadora), una madre presente pero fría, y un padre que consumía desde que ella tenía memoria. Ella comienza su consumo a los 14 años.

Margarita llega con un sueño cuando su proceso terapéutico está llegando a su fin. Es un sueño que ha tenido varias veces en su vida, y que hace algún tiempo no se ha repetido, pero le parece muy relevante en ese momento. El sueño es el siguiente:

El sueño siempre comienza igual. Estoy caminando con mi hermano pequeño por la playa y es un momento de mucha calma y felicidad. De repente el mar se comienza a recoger, y yo agarro a mi hermano y corro hasta un acantilado rocoso que arriba tiene un espacio, casi una cueva. Cuando veo que el mar va a subir me cuesta más y más subir a mi hermanito. El sueño acaba cuando el agua está alcanzando la cueva en la que buscamos refugio.

Margarita, estaba cercana al alta en este punto, y sentía que no habían razones en su vida que la pudiesen hacer recaer en el consumo, en su consciente esa posibilidad estaba descartada. Al profundizar en los símbolos del sueño, Margarita relaciona el mar furioso con un padre emocional y fuera de control que lo arrastra todo a su paso, el acantilado con una madre que ofrece protección, pero apenas refugio. Concluye que a la edad que comenzó el sueño fue cuando su hermano nació y cuando comenzó su consumo (14 años), a la vez, que en el momento del análisis su hermano estaba próximo a cumplir esa edad. La construcción del significado del sueño nos llevó a pensar que un posible motivo de recaída sería que su hermano se viera atrapado en la misma situación en la que ella estuvo, verlo vulnerado por su padre, o en un sentido más proyectivo, que otro de sus lazos en los que ella se significaba a sí misma como cuidadora estuvieran en situaciones difíciles.

A pesar de haber discutido estos escenarios con un equipo clínico, dado el buen pronóstico que presentaba Margarita en ese momento, no se profundizó en estos temas en terapia. Sin embargo, meses después de su alta, Margarita recayó al ver a uno de sus vínculos en una situación en extremo difícil, y sentirse ella misma, vulnerable. Esto nos trae al potencial terapéutico que contienen los sueños, es posible que la razón por la que Margarita llevó

este sueño casi al fin de su terapia sea una forma de expresar que aún no estaba lista para concluir el proceso, o que su vulnerabilidad aún era un factor de riesgo importante. Tanto Margarita como el equipo clínico en ese momento, ignoraron la posibilidad de una recaída, sin embargo, sus sueños, su impulso vital inconsciente, trajeron símbolos que no hablaban de lo mismo. De esta forma, el trabajo con sueños puede significar importante información terapéutica que estemos ignorando.

- *Abordaje del historial relacional del paciente*

Para el comienzo de un tratamiento de rehabilitación, en especial en programas ambulatorios, se hace necesario tener una red de apoyo que permita que el paciente tenga a quien recurrir en casos de crisis, tanto físicas (como lo es el caso de la abstinencia al comienzo del proceso), como emocionales (que lo puedan llevar al consumo en estadios más avanzados del tratamiento).

Por ello, generalmente, se solicita el apoyo de un apoderado (suele ser un familiar). Sin embargo, los vínculos que traen los pacientes muchas veces forman parte de un sistema o circuito vincular enfermo, que ha caído en la codependencia en conjunto con el adicto. Así, se hace relevante incluirlos en las terapias, dando herramientas a quienes apoyan el proceso para cambiar patrones vinculares de codependencia, para no juzgar ni castigar el proceso del paciente, y para ayudarlos a sostener el tratamiento en donde se abrirán heridas y se confrontarán sombras individuales y familiares (López, 2011).

Es importante también poder profundizar en la historia relacional del paciente, en la cual, a través del complejo materno, se suele instaurar una forma de vivenciar los vínculos desde el patriarcado, en donde la competencia, el exitismo, el poder y el control son aspectos centrales vincularmente. En este sistema, predomina la falta de autenticidad en las relaciones, la censura del cuerpo y del placer, la ausencia de encuentros con otros dotados de "alma", de sinceridad y espontaneidad. Se priorizan relaciones en donde los celos, el miedo, la agresión y la necesidad de cumplir con las expectativas de otros abundan (Grecco, 2013).

Es por ello que la forma de vincularse del paciente debe ser siempre un elemento central de la terapia, saber qué vínculos en su historia han potenciado aspectos sanos y creativos, para abrir la puerta a reconectarlos, mientras que otros vínculos es mejor alejarlos durante la terapia, pues pueden representar una regresión o fortalecimiento de juicios negativos, generar en el paciente sentimientos de culpa o debilidad por lo que ha pasado, e incluso pueden ser vínculos que estén relacionados con el consumo o tráfico de sustancias, dificultando la capacidad de generar formas vinculares sanas, nuevas, auténticas y espontáneas.

- *Intervenciones grupales*

Otro espacio vincularmente relevante son las terapias grupales, en donde se presenta la oportunidad de construir nuevas relaciones, enmarcadas en un contexto terapéutico y dedicado especialmente a sanar (Vinogradov & Yalom, 1996). Mientras que en las terapias individuales, la alianza terapéutica se configura como la base para cualquier tratamiento y cambio (Porre, 2020), en los grupos, la posibilidad de generar vínculos también se puede interpretar como alianzas terapéuticas en un sentido algo diferente, ya que pueden generar compromiso con el tratamiento, motivación para el cambio, y abrir un espacio para sostener la experiencia del programa de rehabilitación.

De la misma forma, la interacción grupal abre un nuevo espacio de posibilidades y complejiza el campo transformativo. El inconsciente relacional abarca más personas, y con ello los complejos que se pueden constelar en sala son muchos más (Vinogradov & Yalom, 1996), abriendo espacios de dificultad, pero también posibilidades de abordar aspectos inconscientes que no han podido ser verbalizados (Sassenfeld, 2011). En los grupos, de forma espontánea, las personas tienden a identificarse con roles que pueden mostrar mucha información sobre la historia relacional y sobre los contenidos de sus complejos, por ello es un espacio en donde se pueden constelar aspectos de las historias de sus participantes dando lugar a enactments (Vinogradov & Yalom, 1996), y con ello, material terapéutico para sesiones individuales, o intervenciones grupales que puedan ayudar a procesar esos contenidos.

En el campo transformativo, me parece de suma importancia tener en consideración el símbolo del sanador herido nuevamente (Groesbeck 1975), en donde en contacto con otros que padecen sufrimientos similares, se constela el sanador como el compañero que apoya el proceso del otro. Cuando los pacientes están constelados en la herida, existe también la posibilidad de ver a los compañeros del tratamiento, que están en lugares más amorosos del proceso, como sanadores, guías o incluso como esperanzas (Vinogradov & Yalom, 1996).

Por último, en las terapias grupales suele darse mucho la sincronía (Jung, 2004), en donde al tratar un tema o la experiencia de alguien en particular surge como en cadena una multiplicidad de experiencias que tienen puntos en común que enriquecen la labor terapéutica. Esto trae a favor la posibilidad de facilitar la comunicación para quienes es difícil en muchos casos, perdiendo el temor a compartir(se) en el grupo, o dándoles la oportunidad de obtener respuestas terapéuticas a temas que los involucran, pero sobre los cuales no han sido capaces de abrirse aún. En estos ejercicios se aprende mucho también sobre el respeto, la compasión, empatía y a ser pacientes con el proceso del otro, como con el de uno mismo (Vinogradov & Yalom, 1996).

V. Talleres:

a) La importancia de los ritmos personales

Para elaborar un programa de rehabilitación es relevante tener en cuenta las necesidades de los pacientes. En Chile, dichos programas están organizados en torno al nivel de compromiso biopsicosocial del paciente por lo que, generalmente, encontramos las modalidades ambulatorias y las comunidades terapéuticas. Las primeras se dividen en básicas e intensivas, para tratar pacientes con compromiso leve y medio; en las segundas, los pacientes residen en el lugar de tratamiento, el que se encuentra diseñado para tratar con pacientes con un consumo de mayor gravedad (SENDA-MINSAL, 2012).

Para que el tratamiento sea capaz de apoyar a los pacientes en su proceso, es necesario que el programa sepa para quienes está siendo implementado, reconociendo tanto las capacidades como las limitaciones de cada modalidad, además de la compatibilidad con el

compromiso del paciente. Esto es una forma de respeto de los límites tanto del paciente como de la institución/programa y sus profesionales.

Algunas de las herramientas más utilizadas para lograr diferenciar el lugar en el que se encuentra el paciente al momento de consultar son: la entrevista diagnóstica, que puede incluir el uso de diferentes test que la institución considere adecuados, entrevista motivacional, consultas por comorbilidades, entrevistas familiares, analizar la situación laboral del paciente, entre otras. La evaluación del compromiso biopsicosocial suele realizarse en esta etapa, y se vuelve un buen recurso para determinar qué modalidad de tratamiento puede representar el mayor beneficio para el paciente (SENDA-MINSAL, 2012).

Si parece ser apropiado que el paciente entre en el programa, es relevante que se comience a elaborar un diagnóstico, pronóstico y objetivos de tratamiento desde el enfoque. Este debe incluir las necesidades y perspectivas del paciente, o de sus familiares, si éste se encuentra aún muy comprometido con el consumo de sustancias. (p.ej. si aún no tiene conciencia de enfermedad).

Siempre será relevante mantener una interdisciplinariedad en el tratamiento de drogodependencias. Por ello es muy relevante que hayan consultas, al menos mensualmente, con psiquiatras; semanalmente con psicólogos y, dependiendo del programa, atenciones familiares y grupales variables.

Si bien la psicoterapia es la base y el sostén del tratamiento, y del proceso individual de cada paciente, me parece relevante proponer diferentes modalidades terapéuticas que pueden colaborar a mejorar la experiencia de recuperación del consumo de sustancias. Estas actividades pueden representar una ayuda a vivir nuevas experiencias, mejorar la adhesión al tratamiento y disminuir los niveles de ansiedad. Además, pueden otorgar herramientas y vivencias positivas ligadas a diferentes complejos que puedan estar marcados por experiencias más dolorosas, ayudar al manejo del tiempo libre, ofrecer formas de enfrentar el estrés diferentes a las conocidas, entre muchos más beneficios.

En base a una comprensión más profunda del paciente, el tratamiento psicoterapéutico se puede complementar con múltiples actividades que vayan a hacer su proceso más amable,

llevadero, y que ayuden a que obtenga herramientas necesarias en la práctica. El objetivo de los siguientes apartados es proponer varios talleres que cumplan con este propósito. De la misma forma, es de suma importancia reconocer y respetar los diversos ritmos de quienes participen de ellos, sin obligarlos ni forzarlos a hacer algo que no deseen, dándoles espacio también para experimentar vivir sus límites y un encuentro amoroso con un otro.

b) Contacto físico

Desde una perspectiva Junguiana, los conflictos sólo se diferencian cuando pasan a la conciencia. Mientras permanecen inconscientes son a la vez, indiferenciables “por tanto, mientras la sombra permanezca inconsciente, necesariamente se confunde con los impulsos del cuerpo” (Robertson, 2014, p. 282).

La regulación de estos impulsos puede venir sólo cuando los hemos reconocido, para así determinar nuestros propios límites. No caer en excesos o en conductas dañinas viene de reconocer de donde provienen éstas, dotándolas de humanidad (Jung, 1996). Al negar un deseo intenso que experimentamos, terminamos o bien satisfaciéndolo con actividades hedonistas o a través de conductas destructivas (Jung, 1996).

Es por esto que una de las primeras áreas terapéuticas a tratar desde formas alternativas es la relación con el cuerpo, sus ritmos, impulsos, y deseos. La población adicta pierde poco a poco el contacto con los ritmos de sus cuerpos y sus necesidades. La droga comienza a dominar su tiempo, como sus impulsos, y olvidan pronto como es habitar un cuerpo que no demande consumo (Brito, 2010). Para ello hablaré sobre el yoga y la danza terapia (o terapia del movimiento) como ejemplos que me parecen de especial interés por ser poco invasivos, con objetivos primordialmente terapéuticos, y por estar estudiados en sus resultados con pacientes de diversos diagnósticos (Brito, 2010; Brooks & Stark, 1989; Ferreira-Vorkapic & Rangé, 2010; Fisher, 1990; Kirane, 2018; Mercedes & Mercedes, 2007; Milliken, 1990).

- *Yoga*

“El yoga es un sistema complejo de prácticas espirituales, morales (disciplina) y físicas destinadas a alcanzar la “conciencia de sí mismo” o “auto-realización”.”(Ferreira-Vorkapic & Rangé, 2010, p.212), que incluye asanas o posturas físicas, meditación y relajación. Existen diferentes escuelas de yoga que enfatizan más algunas prácticas que otras, pero todas son aptas para utilizarse como terapia complementaria, resaltando su utilidad para disminuir los índices de ansiedad en quienes lo practican (Ferreira-Vorkapic & Rangé, 2010).

Desde la perspectiva de esta práctica, el ser humano es un ser integral, holístico, en donde es de suma importancia darle espacio tanto al cuerpo, como a la mente, las emociones y el espíritu. El cuerpo físico cuenta un correlato de lo que sucede en todos los otros niveles de la persona, por lo que es un reflejo de sus pensamientos, palabras y emociones (Mercedes & Mercedes, 2007).

En particular, para la población adicta, la práctica del yoga reporta múltiples beneficios, trae conciencia al cuerpo y al momento presente, calmando la mente, lo que es una de las principales razones para el consumo de sustancias, disminuye la ansiedad, y da placer y relajo físico, sensación que se pierde en la adicción por la constante ansiedad de consumo, aporta hábitos saludables, mejora el funcionamiento del organismo, el que generalmente está deteriorado por el descuido de años, otorga sensación de auto-control, y a la larga de auto-eficacia al ver el avance en la práctica, de la misma forma disminuye la necesidad de recompensa inmediata a través del cultivo de la disciplina, ayuda a la relajación, a generar nuevos intereses y da espacio para abordar desde lo físico temáticas en la psicoterapia (Brito, 2010).

- *Danza Terapia o Terapia del Movimiento*

La danza terapia o terapia del movimiento es una forma de retomar el contacto con el cuerpo y las sensaciones que éste transmite. Los pacientes en rehabilitación han perdido el contacto con su cuerpo, ligándolo a experiencias desagradables o de pérdida de control, como la abstinencia. Muchas veces experimentan emociones que los hacen sentir de la

misma forma, y gatillan ansiedad de consumo en un intento de acallar la mente, las emociones y volver a controlar su cuerpo. Esta relación conflictiva con sus emociones hace que sea difícil para ellos, en muchas ocasiones, comunicar verbalmente lo que les ocurre. En este sentido, la terapia del movimiento se presenta como una oportunidad para expresar, experimentar y comunicar lo que están sintiendo de forma no verbal (Kirane, 2018; Brooks & Stark, 1989; Milliken, 1990; Fisher, 1990).

La danza puede mostrar mucha información sobre los pacientes, a la vez que puede ofrecer el espacio para la resignificación de actividades que pueden ser lúdicas, creativas y sanas -como el baile- cuando éstas están asociadas con ambientes de fiesta y consumo, otorgando formas de afrontamiento que ayudan a recuperar la calma, y aprender a tolerar estas sensaciones (Kirane, 2018; Milliken, 1990).

Iniciar el movimiento, sin embargo, con esta población debe ser en extremo cuidadoso, puesto que temen al contacto con sus propias sensaciones corporales (Milliken, 1990) en especial cuando algunos de ellos han pasado por experiencias sumamente traumáticas ligadas al cuerpo, como abuso sexual (Fisher, 1990), intentos de suicidio, violencia y maltrato.

Las emociones están enraizadas en el cuerpo, los movimientos y patrones musculares al ser intencionados o interpretados en terapia pueden darnos mucha información sobre el mundo interno del paciente, de la misma forma, puede entregarle herramientas para habitar, tolerar, controlar y expresar dichas emociones (Brooks & Stark, 1989).

Al ser una terapia que se practica en grupo, el soporte de los compañeros ayudan a alejar al paciente del aislamiento y tendencia a cerrarse al contacto auténtico con otros (Milliken, 1990), ofreciendo un espacio seguro para experimentar diversión de formas sanas en la interacción con más personas (Fisher, 1990).

La terapia del movimiento ha probado tener resultados positivos sobre la depresión y la ansiedad (Brooks & Stark 1989). Más allá de eso, experimentar una sensación de integridad entre cuerpo y mente conduce a una sensación de estar completo y vivo, aumentando la espontaneidad, autenticidad y auto-aceptación a través de vías no verbales (Fisher, 1990).

c) Arte Terapia

Una de las maneras más relevantes por las que el patriarcado se manifiesta en nuestras vidas es a través del complejo materno. El sistema se ha impuesto, en gran parte, gracias a someter a las mujeres, convirtiéndolas en madres y dejando de lado el resto de su identidad como mujeres, censurándolas y obligándolas a que su rol en la vida sea transmitir una visión de mundo patriarcal, en la que predomina el pudor, la censura, la sensación de deuda a la madre. Cuando la madre nutricia se vuelve devoradora, quedamos en una esclavitud psíquica y espiritual, que censura nuestros deseos más creativos de exploración y placer, aspectos que el patriarcado rechaza y condena por no responder a la moral que nos mantiene en dinámicas violentas, de competencia y producción (Grecco, 2013).

Alcanzar la madurez implica independizarnos de esta forma de vincularnos, lo que conlleva siempre un quiebre en la identidad (Grecco, 2013). Cuando el complejo materno está afectado de forma negativa, nuestra capacidad de ser creadores, creativos, parir y gestar proyectos, vínculos y relaciones puede verse severamente coartada (Galiás, 2000).

Una forma de poder ser capaces de construir vínculos sanos y creativos es relacionándose, en un nivel básico, con la capacidad de crear y no sentir vergüenza de hacerlo. En este apartado, el arte-terapia propone una vía para despejar este camino.

Esta terapia complementaria ayuda a habitar la pérdida de control y a dejar de lado la vergüenza en crear, dado que lo importante nunca es el valor estético de la obra, sino la expresión y la vivencia personal de sensaciones y emociones que se reflejan en la creación (Jung, 2002; Eulefi, 2015; Horay, 2006).

A la vez, el conectar con aspectos creativos que pueden haber sido tempranamente censurados en la infancia, puede abrir las puertas a reconectarse con aspectos sombríos del paciente, como conceptos, estrategias y emociones que puede percibir como amenazantes o negativas, pero que cuando son reconocidas como parte de sí, y son integradas, representan un gran potencial creativo y sanador (Jung, 1996).

La acción de hacer arte en sí misma tiene un poder sanador. Sin embargo, lo relevante de la terapia es la posibilidad de crear un espacio seguro, una interacción contenida por el terapeuta que aporte la sensación de vincularse de forma sana, de confiar y poder poner la obra como un medio para comunicar y expresar lo que sea difícil de verbalizar. Incluso, puede mostrar lo que a veces el paciente ni siquiera entiende que está experimentando (Eulefi, 2015; Ojeda Díaz, 2017).

La obra facilita el diálogo (Ojeda Díaz, 2017), y mediante el intencionar la utilización de diferentes materiales, se puede trabajar con el aprender a fluir, a experimentar emociones, a la pérdida de control, o a la exploración sensorial (Eulefi, 2015), entre otras. Muchas veces, estas obras pueden ayudar a contener contradicciones que el paciente no es capaz de conciliar, como “cielo-infierno, negro-blanco, virgen-puta” (Horay, 2006, p. 15), ambivalencias que pueden estar contenidas dentro de él/ella como aspectos sombríos, o sensaciones que guarda respecto al proceso, dándoles herramientas para observarlas e integrarlas dentro de sí, haciendo más amable y llevable la recuperación.

c) Huerto terapéutico

Si bien hoy en día el crecimiento de la ciudad y la industrialización de la producción de alimentos nos ha alejado de la naturaleza, es innegable que existe una conexión innata con ella. Pareciera ser que hay algo en el contacto con la tierra y las plantas que ayuda a mejorar espontáneamente la salud del ser humano (Peña Fuciños, 2011; Herrero, 2018).

Basado en ello surge el concepto de la horticultura terapéutica, la que utiliza el contacto con las plantas y cualquier actividad relacionada a un jardín o huerto para atraer mejoras en la calidad de vida del/la paciente. Existe también la terapia hortícola, la que cuenta con un especialista que dirige las actividades en el huerto/jardín según las necesidades del/la paciente para ayudarlo/a a alcanzar sus objetivos de tratamiento (Peña Fuciños, 2011; Herrero, 2018).

Pareciera ser que en rehabilitación la horticultura tiene mucho que aportar. Ha reportado muchísimos efectos positivos en todas las poblaciones en que se ha estudiado, tanto a nivel físico, como mental y social. A nivel físico, se ha observado una mejoría en las

sintomatologías que implican dolor y fatiga, aumenta la actividad física de sus participantes, suele mejorar sus hábitos alimenticios, entre otras. A nivel social, cuando se practica en grupo mejora las interacciones sociales. Y por último, a nivel psíquico ha probado tener múltiples efectos beneficiosos (Peña Fuciños, 2011; Herrero, 2018).

La horticultura ha mostrado mejoras en ansiedad, depresión y estrés, pues tiene un efecto calmante para quienes la practican. Ayuda a los pacientes a encontrar un sentido de productividad y logro al estar realizando una actividad que cuenta con un propósito único, más allá de la terapia en sí misma. En particular en rehabilitación, los pacientes mejoran en paciencia, al vivir experiencias que no tienen gratificaciones inmediatas, sino más bien, recompensas que tardan en llegar y que conllevan más esfuerzos, lidiando en el proceso con sentimientos de rabia y frustración. Estos sentimientos mejoran cuando, al florecer una planta por ejemplo, se dan cuenta de que han concretado logros, aumentando su autoestima y percepción de autoeficacia. Muchas veces este proceso los conecta con un sentido espiritual, poder meditar en el jardín, observar los ciclos de vida y muerte, conectándose con una sensación de propósito y sentido, incluso sintiendo esperanzas en su día a día por lograr ver a sus plantas crecer y florecer (Peña Fuciños, 2011; Herrero, 2018).

Una experiencia reestructurante para los pacientes al estar en contacto con las plantas, es que éstas no juzgan a sus cuidadores, no les importa de dónde vienen o qué han hecho, sino que responden al cuidado y afecto, floreciendo y entregando sus frutos (Peña Fuciños, 2011). En este sentido, la horticultura trae consigo todo el potencial de reestructurar experiencias en los roles materno y paterno, gestando, nutriendo, acompañando y cuidando el crecimiento de una vida, sin perder de vista la estructura, fijando plazos para las siembras, comprendiendo el espacio y ritmo que necesitan. Estas experiencias pueden reflejarse en la necesidad de cuidar(se), como de recibir cuidados de otros, aprender a pedir ayuda, recibir afecto a la vez que se cuidan las estructuras, no ahogar la planta, no dejar que se seque, respetar sus espacios y tiempos, aprendiendo a escuchar los propios ritmos, las propias necesidades, y cómo cubrirlas (Galiás, 2000).

e) Sexualidad y vínculos conscientes

En un estudio en España en donde participaron 440 jóvenes entre 17 y 25 años, la mayor parte de ellos ha comentado que han tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol y drogas. De ellos, más de la mitad reconocen que el consumo puede afectar el control que ejercen sobre su sexualidad, y un poco más que un cuarto de ellos ha reconocido haber mantenido relaciones sin protección por haber estado “demasiado pasado debido al consumo de drogas” (Calafat et al., 2009, p. 231). Esto solo en población sin consumo problemático de sustancias.

En los pacientes con consumo problemático de sustancias el panorama parece ser mucho más amenazante. Entre los riesgos más visibles de la sexualidad asociada a la adicción se ha visto que es una población que suele presentar más riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, en especial el VIH (Castaño et al., 2012). También existe con particular énfasis en las mujeres adictas una mayor probabilidad de caer en conductas como prostitución, ser víctimas de violencia física y abusos sexuales. Esto se debe tanto por el riesgo de abuso mientras se encuentran inconscientes, como por situaciones en donde hay violencia y disminución de la capacidad de control de impulsos por el consumo en el entorno. Además, se presentan mayor victimización, embarazos no deseados, abortos espontáneos o inducidos, y embarazos y partos de alto riesgo por el consumo de sustancias que afectan la viabilidad y salud del feto (Orte Socías, 1998).

En la cara menos visible del conflicto, las relaciones que se mantienen entre personas drogodependientes suelen estar marcadas por el consumo, carencias afectivas, codependencia emocional y violencia, por mencionar algunas. Para las mujeres, y disidencias, esto puede ser más difícil aún, sumando capas de vulnerabilidad, el estigma social suele ser más duro y punitivo con las mujeres, siendo más rechazadas y aisladas, aumentando problemas como la dependencia a sus parejas. El consumo prolongado suele afectar también las esferas más íntimas, disminuyendo la satisfacción en la sexualidad, aumentando dificultades afectivas, y cuando hay pocas formas de afrontar los conflictos (como suele ocurrir en esta población) el consumo de fármacos y alcohol suele aumentar. El abuso sexual temprano en la infancia suele ser también un determinante en el consumo problemático de sustancias en la adultez (Orte Socías, 1998).

Por ello en un tratamiento de rehabilitación se hace imprescindible abordar esta temática, tanto en la dimensión sexual, en estrategias de autocuidado y de resignificación de los espacios; como de aspectos más profundos. Se deben tomar en cuenta las formas de relación de pareja, sus implicancias, responsabilidad afectiva, consentimiento, y cómo lograr vínculos más sanos y auténticos.

Para ello abrir un espacio de reflexión y acompañamiento para repensar las relaciones y los vínculos, no solo en la terapia individual, puede tener un gran potencial. Hablar y cuestionar las dinámicas impuestas por el patriarcado, basadas en competencia, dominación, lógica, represión del deseo, culpa, pudor y vergüenza, es una herramienta para transitar a vivir vínculos desde nuestra naturaleza más auténtica, desde la espontaneidad, el disfrute, la libertad, el amor, los afectos y la creatividad, permitiendo que el cuerpo libere corazas de dolor y represión (Grecco, 2013).

Grecco propone muy acertadamente sobre este punto: “Hay personas que dicen consumir drogas, cuando lo cierto es que las drogas los consumen a ellos. Lo mismo sucede con los vínculos cargados de ayer y constelados por el complejo materno: no los vivimos, nos viven.” (2013, p. 64). Vivir en escenificaciones de relaciones anteriores, en esta población, predominantemente traumáticas y cargadas de dolor, evasión e incompreensión del deseo auténtico del cuerpo (sobrevivir por ejemplo), coarta la capacidad de abrirse a relaciones nuevas, en donde se vive con espontaneidad y amor el vínculo, pero sobre todo, a uno mismo (Grecco, 2013).

Las relaciones representan la posibilidad de salir del complejo materno, entrando a navegar el complejo del *Ánima/Animus*, encontrando la atracción del otro en el que vemos proyectados aspectos inconscientes que no hemos integrado. Y si bien podemos conducir nuestras relaciones a iluminar estos aspectos en el vínculo con el otro, podemos tropezar con proyecciones de aspectos sombríos de nuestro inconsciente, encontrándonos en el otro con todo aquello que nos produce temor (Samuels, 2015). El espacio de compartir(se) en experiencias puede facilitar observar en uno y en otros qué implicancias tiene esto, cómo vivimos nuestras relaciones, y cómo podemos construir nuevas pautas, en un espacio libre de juicios, que respondan a nuestra propia individualidad sana.

f) Comunicación asertiva

Por último, me parece de gran relevancia integrar talleres que apunten a mejorar las estrategias comunicacionales de los pacientes. Cuando trabajamos con población con consumo problemático de sustancias, estos presentan problemas para identificar sus propias necesidades, nubladas muchas veces por el consumo y la alienación que experimentan de su cuerpo, sus emociones y su entorno. El consumo suele llevar al cuerpo a un estado permanente de anticipación al consumo, abstinencia, ansiedad, y gratificación detonada por los químicos, olvidando hasta las necesidades más básicas de éste (Brito, 2010). Esto se encuentra motivado en un principio por la evasión o la falta de herramientas para enfrentar los conflictos de su medio y de su experiencia personal.

Cuando aprenden a relacionarse con su cuerpo, a sentirse, percibir sus ritmos y necesidades, los pacientes deben aprender también a comunicarlas y ser capaces de relacionarse con el entorno y personas que los rodean. Aquí se hace necesario desarrollar estrategias de comunicación asertiva, que permitan expresar, pedir o negarse frente a un otro lo que es necesario para el paciente.

La persona asertiva es la que conoce sus derechos, los defiende y respeta las ideas y opiniones de los otros intentando llegar a un acuerdo ante los conflictos, tal y cómo define Olga Castanyer⁴. Ser asertivo implica hablar con seguridad y fluidez, saber expresar las propias emociones, tanto positivas como negativas, conocer y creer en los propios derechos y en los de los otros, tener creencias racionales, buena autoestima y control emocional. La asertividad es el estilo de comunicación que permite evitar más conflictos y rebajar la frustración, el dolor o la ansiedad en las relaciones sociales. (Montagud Pla & Allepús Encinas, 2018, p.11)

Así, los pacientes pueden aprender a regular distintos tipos de respuestas, identificando sus formas principales, y porqué llegaron a ellas. Como lo describe Aguilar, las personas solemos tener tres tipos de comunicación, respuestas de huida, que consisten en dejarse

⁴ Para más información respecto a los planteamientos de esta autora dirigirse a: Castanyer Mayer-Spiess, O. (2014). La Asertividad: Expresión de una sana autoestima. Madrid, España: Desclee de Brouwer.

pasar a llevar, ser incapaces de demostrar nuestros puntos y conquistar el expresar y exigir nuestros derechos y necesidades; la respuesta agresiva, que consiste en pasar a llevar a otros si es necesario para hacer valer el punto de vista personal, incluyendo conductas que humillan o violentan al otro; y la respuesta asertiva, que implica no perder de vista las necesidades y emociones del otro, pero tampoco omitir las propias, alcanzando un equilibrio en que se respeten ambas posturas, sin detrimento de ninguna (Aguilar-Morales, 2019).

Entrenar esta habilidad resulta de suma importancia como un factor protector en el caso de la población con drogodependencias, es una estrategia de afrontamiento de conflictos que puede disminuir la ansiedad, y mejorar los resultados en las interacciones con el entorno (Montagud Pla & Allepús Encinas, 2018). Es una forma de aprender a establecer y comunicar los límites personales, mientras que se reconocen y respetan los límites de otros, potenciando los aspectos positivos, que muchas veces, están disminuidos en el complejo paterno (Galiás, 2000).

VI. Proceso de Alta Terapéutica:

Muchas veces los procesos terapéuticos son terminados de forma temprana, ya sea por abandono, derivación o suspensión del tratamiento. Si bien estos son procesos truncados, su fin no es menos relevante, aunque por las circunstancias muchas veces se ven invisibilizados en los centros de tratamiento. Si existe la oportunidad de cerrar de forma simbólica el proceso, es importante aprovechar la instancia tanto para el paciente que se retira, como para lo que siguen en tratamiento, verbalizando las sensaciones de incomodidad, rabia, pena, abandono, ansiedad u otras que se puedan producir, transparentando también lo que se mueve cuando las salidas son producto de actos disruptivos o violentos.

Cuando, por el contrario, un paciente con altos logros terapéuticos recibe el alta por parte del equipo clínico, se hace relevante elaborar con tiempo una ceremonia de final de tratamiento. Retomando algunas de las ideas del apartado “El Mito de Teseo y el camino de individuación en el consumo de drogas”, concebir el alta como un ritual de paso a la madurez, como la salida del mundo numinoso en el que el paciente estuvo una vez perdido, otorga una oportunidad para que el paciente viva tan ansiado paso, con amor y entrega.

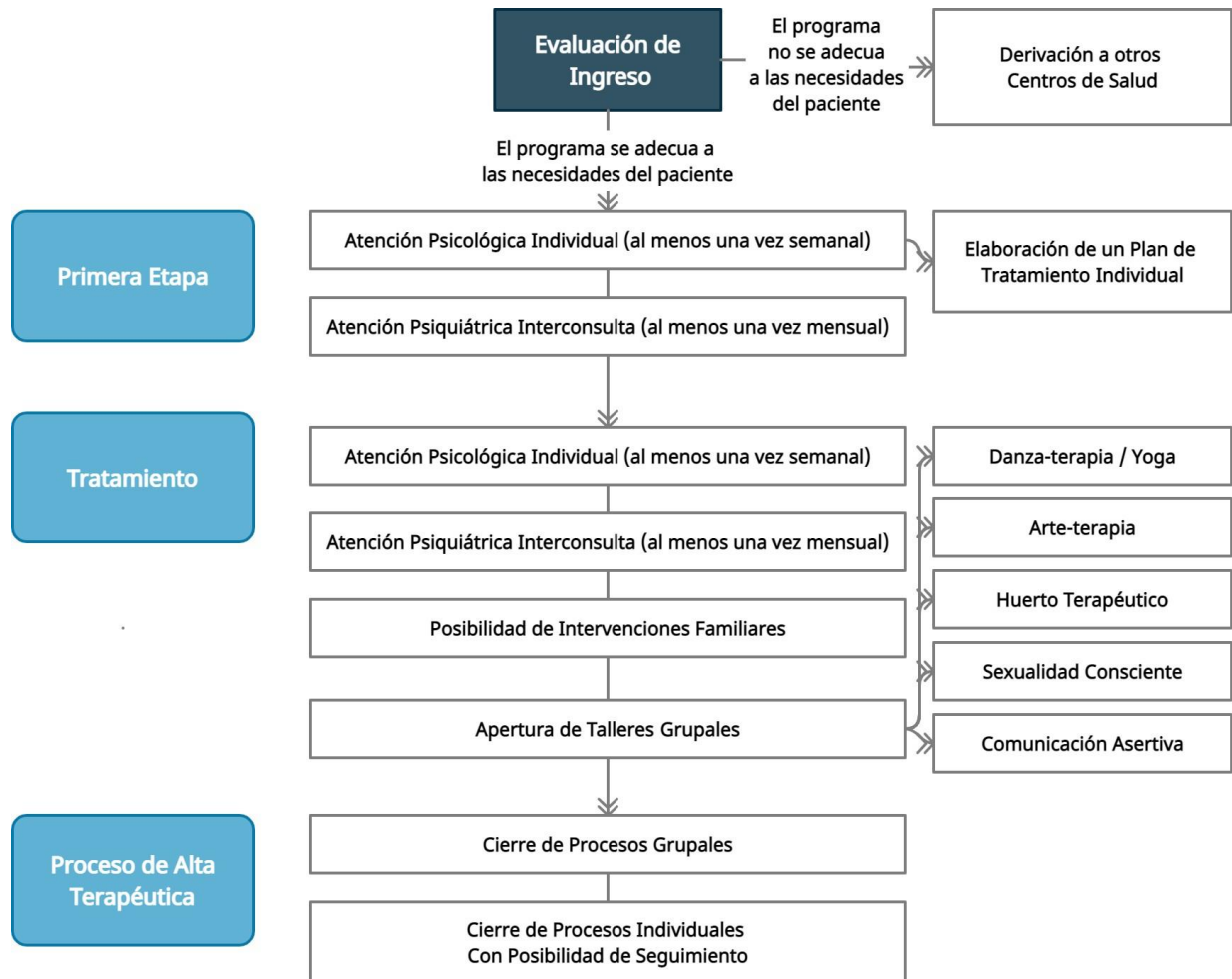
El paciente ha vivido una lucha interna, y muchas veces externa en este camino, por ello, rescatar símbolos que le hayan entregado sentido a la persona para terminar de transitarlo puede tener gran valor terapéutico. Congregar a quienes fueron parte de su proceso, con una celebración puede ser en occidente un ritual común y especial. Sin embargo, creo que deben conjugarse aspectos psicológicos más profundos para diseñar un ritual significativo y particular a cada paciente. Si bien es un espacio de celebración, también conmemora un periodo de luchas y sufrimientos internos del paciente, un espacio marcado por la poca funcionalidad y falta de guía terrenal o espiritual.

El paciente pasa a un estadio en el que el sí mismo o el Self se vuelve su principal guía, dejando de ser un niño perdido, y es por esto que los símbolos que han sido relevantes en su propio tratamiento deben tener un espacio para ser llamados.

Por ejemplificar, en el caso de una paciente joven que ha requerido gran trabajo con aspectos femeninos y maternos en su tratamiento, centrado en lo vincular, puede requerir símbolos en su paso ritual, como la noche de Luna, entidad maternal y femenina, en un lugar natural, puede regalar (desde sí misma como madre) palabras o cualidades a quienes la siguen en el tratamiento, o recibir de sus vínculos (desde el sí misma como hija de madre) objetos o símbolos que representen nuevas cualidades en su camino de adulta. En el trabajo con máscara o sombra, otro paciente puede diseñar o elaborar una máscara o traje que simbolice su antiguo yo, entregándolo al fuego para simbolizar la transformación o enterrándolo para simbolizar el renacimiento.

Cada proceso particular lleva una carga emocional, afectiva y simbólica única, por ende el ritual de paso puede recoger estos aspectos únicos y utilizarlos para marcar el paso de una etapa a otra.

VII. Diagrama de Flujo: Programa de Rehabilitación:



En el organigrama anterior se explica de forma breve cómo debiera funcionar el flujo del ingreso de pacientes al programa de rehabilitación. En un primer momento, es siempre relevante realizar una evaluación de ingreso en donde se defina si el programa se adecua a las necesidades del paciente, pues de no ser así, éste debe ser derivado a otros servicios de salud que puedan ser capaces de entregarle las herramientas necesarias para mejorar y salir del consumo problemático de sustancias.

Si el programa se adecua a las necesidades del paciente, éste ingresa formalmente, y en la primera etapa de tratamiento se elabora un programa de tratamiento orientado a las necesidades individuales de éste, con participación de un psicólogo y un psiquiatra.

En Tratamiento se abren las posibilidades de realizar intervenciones familiares en caso de que se hayan encontrado vínculos significativos que puedan apoyar al paciente en el proceso, de la misma forma, el psicólogo, en base al programa de tratamiento y a la disposición del paciente, puede definir a qué talleres grupales se puede integrar éste, sujeto a una constante evaluación por parte del equipo clínico, puesto que pueden variar las necesidades del paciente durante el proceso.

En todo momento, el equipo clínico debe abrir un diálogo fluido sobre las apreciaciones, avances o dificultades del/la paciente, lo que facilita una visión integral de él/ella, discutiendo percepciones de varios integrantes sobre cómo abordar el caso. Para ello las reuniones clínicas constantes son de vital importancia.

Cercanos al final del tratamiento, los procesos de alta suelen conllevar cargas emocionales intensas, y pueden ser muy complejos de llevar en esta población, la pérdida de un espacio de contención, el final de los vínculos que se han creado, y enfrentarse de nuevo a una vida que los había llevado al consumo sin una estructura de sostén detrás puede detonar una recaída, por ello es relevante tomar el proceso con calma, dando el espacio necesario para hacer los cierres correspondientes y proporcionando la contención para la angustia que pueden producir, abrir la puerta a un seguimiento del/la paciente, o a consultas esporádicas que le ayuden a sobrellevar el cambio son algunos métodos que pueden ayudar al/la paciente a salir de este proceso victoriosos.

VII. Conclusiones:

En la presente tesis he intentado esquematizar aspectos relevantes para poder llevar a cabo e implementar un programa de Rehabilitación de Drogas y Alcohol desde una perspectiva Junguiana.

En la actualidad, el consumo problemático de sustancias se ha transformado en un problema de interés de salud pública, el consumo comienza cada vez a edades más tempranas, y se extiende a más población. Los problemas de salud y conducta asociados a la adicción son graves, y en algunos casos mortales, generan gran sufrimiento tanto en el paciente como en sus vínculos cercanos, y conllevan una gran pérdida de autonomía en esferas laborales y sociales. Si bien existen múltiples tratamientos y centros asistenciales que abordan esta problemática, parece ser necesario buscar nuevas estrategias que mejoren la adherencia a los programas, dado que casi el 75% de los pacientes hacen abandono del tratamiento sin llegar a altos grados de logro (SENDA-MINSAL, 2017), a la vez la profundidad que alcance el tratamiento podría disminuir la cantidad de recaídas después de lograda el alta terapéutica.

La comprensión del cuadro desde este enfoque se nutre de diferentes fuentes, si bien presento algunas lecturas del proceso psicológico que puede implicar caer en la dependencia de una sustancia, lo más relevante es comprender el mundo interno del paciente, y su dinámica inconsciente individual, las experiencias contenidas en sus complejos únicos y su propia organización, los sueños resaltan aquí por la importancia que pueden tener para observar lo que se está moviendo en la relación y en el paciente, sin nunca perder de vista que lo más relevante es descubrir fenomenológicamente quien está frente al terapeuta, pues el paciente siempre excede la teoría.

La mejor herramienta para ello es el vínculo terapéutico, es la relación auténtica, en donde el terapeuta y el paciente se dejan afectar por el otro, abriendo un espacio en donde ninguno queda inmune al inconsciente del otro. Para Jung (2002), la terapia es como una reacción química, en donde ambos entran de una forma, y al reaccionar entre sí, se crea algo nuevo, por lo que ambos están cambiados después del proceso. Es este punto, a mi parecer, el gran potencial que encierra la perspectiva de Jung, renunciando a una supuesta objetividad,

e involucrándonos como terapeutas en el proceso del paciente, demostrando auténtico interés, y brindándoles un espacio para vivir, a veces por primera vez, un vínculo sano y nutritivo, del que pueden aprender lo que necesitan cultivar en sus vidas.

Para ello, la vida personal del terapeuta es un aspecto que no se debe descuidar, si pensamos en la terapia como una influencia mutua de inconsciente a inconsciente, la capacidad del terapeuta de cuidar de sí mismo, de poner límites, respetarse, y tratar sus heridas en su propia terapia, dándose el espacio para mirarse y sanar, es fundamental para mejorar los resultados del tratamiento, y también para poder sostener el vínculo.

Otra consecuencia que se desprende de tratar este cuadro desde una perspectiva Junguiana, es mirar al paciente como un ser integral, en donde su conducta no es el único síntoma tratable, sino la comprensión de toda su experiencia de mundo. Así, los refuerzos positivos y negativos, se cambian por un trato amoroso y amable hacia su proceso, apoyándolo y acompañándolo en la toma de decisiones, constructivas o no, partiendo de la base de que ha sido lo mejor que ha podido hacer para llevar adelante su impulso vital, buscando ayudarlo a encontrar herramientas más constructivas para su proceso.

Por lo demás, esto nos permite profundizar en otras estrategias para apoyar el tratamiento individual, como la terapia grupal, en donde se potencian aspectos de la esfera social, la empatía, el acompañamiento, el cultivar vínculos en un ambiente dedicado exclusivamente a sanar, el respeto y la paciencia; y las intervenciones familiares, las cuales pueden fomentar el apoyo de los vínculos cercanos al paciente, dándoles herramientas para estar presentes, si es que se presenta un vínculo que rescate aspectos sanos de sus relaciones.

Llegados casi al final de esta memoria, presento múltiples talleres que buscan complementar las bases de un tratamiento de rehabilitación. El tiempo que se utiliza en terapias individuales es acotado, dado que se potencian los aspectos reflexivos de los pacientes y se les permite procesar lo que han estado trabajando, sin embargo, eso no implica que no hayan otras formas de apoyar el proceso por medio de talleres que no se enfoquen de manera directa en la psicoterapia. Existen diferentes terapias, que además de sus beneficios directos, mejoran la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo la ansiedad, el estrés, y aumentando la sensación de bienestar.

Dentro de ellos, he incluido talleres que implican el movimiento y conciencia del cuerpo como uno de los primeros puntos, los que permiten romper corazas de resistencia, vivenciar el presente, y habitar con mayor comodidad el espacio del presente y las sensaciones que viven los pacientes, ayudando a controlar la ansiedad de consumo, conectándolos con el complejo de la sombra, integrando nuevos aspectos de la personalidad del paciente, actualizándolo. El acercamiento al arte y la naturaleza ayuda a vincularse con facetas más auténticas de nosotros mismos, con aspectos más creativos, y con el cuidado de uno y de otros, son dos formas que los humanos han usado desde tiempos antiquísimos para expresarse y reconectarse, explorando aspectos positivos de la sombra, y de los complejos materno y paterno. La reflexión sobre los vínculos sexuales, o de cualquier tipo, y sobre la forma de comunicarnos con ellos, abre espacios para el cambio de conductas nocivas que están normalizadas en un entorno destructivo, como lo es el consumo problemático de sustancias, potenciando aspectos positivos del complejo materno, paterno y del ánima/animus.

La responsabilidad de los terapeutas en este punto es muy grande, puesto que deben reconocer cuando el programa se adecua a las necesidades del paciente y acogerlo o derivarlo para que ellos tengan mejores resultados. A la vez, deben respetar sus deseos y ritmos, para integrarlos en los talleres que presenten las mejores oportunidades para apoyarlos en su camino a sanar. Para esta población entrar en talleres, como en la misma terapia, es, muchas veces, profundamente desafiante, por ello, el terapeuta debe incluir al paciente lo suficiente como para motivarlo a hacer cosas nuevas, pero sin presionarlo en exceso, lo que puede producir en ellos sensaciones de incomodidad extremas, poniendo en peligro el vínculo, y aumentando las probabilidades de una deserción temprana del programa.

En la actualidad, no hay mucha investigación disponible sobre la respuesta de los pacientes a programas elaborados desde este enfoque, por lo que es de gran relevancia investigar si al aplicarlos existen cambios en la respuesta de los pacientes, si la adherencia es afectada por una forma de vínculo diferente, y si el impacto de la profundidad del proceso ayuda a disminuir la reincidencia de quienes han alcanzado un alta terapéutica exitosa.

Si bien las investigaciones al respecto son acotadas, es relevante mencionar que esta investigación se basó principalmente en fuentes de idiomas español e inglés, lo que excluye una gran cantidad de material bibliográfico que no se encontraba disponible en estos lenguajes. De la misma forma, las bases de datos utilizadas fueron bases proporcionadas por la Universidad de Chile, y también bases de datos o revistas científicas de libre acceso, excluyendo investigaciones y bases de datos de acceso restringido, ya sea por necesitar membresía, pago, o formar parte de otras comunidades académicas.

Por último, me parece de gran importancia profundizar el impacto que puede tener un programa elaborado desde este enfoque que esté dirigido exclusivamente a mujeres y disidencias, quienes en nuestra sociedad se encuentran en un mayor estado de vulnerabilidad, puesto que son más condenados socialmente, y se les presentan mayores dificultades a nivel laboral, económico y vincular como consecuencia de la discriminación.

Referencias:

Aguilar-Morales, J.E. (2019) *Comunicación Asertiva*. Ciudad de México, MX. Recuperado de http://www.direcciondepersonal.com/comunicacion_asertiva.pdf

Alonso, J. C. (2004). La psicología analítica de Jung y sus aportes a la psicoterapia. *Universitas Psychologica*, Bogotá, 3(1): 55-70.

Bovensiepen, G. (2006). Attachment-dissociation network: some thoughts about a modern complex theory. *Journal of Analytical Psychology*, 51(3), 451-466.

Brito, C. (2010). Yoga en el tratamiento de adicciones. La experiencia de dos años de práctica de yoga con pacientes del centro de rehabilitación Takiwasi. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 9(2), 253-278.

Brooks, D., & Stark, A. (1989). The effect of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11(2), 101–112.

Calafat, A., Montse, J., Becoña, E., Mantecón, A. & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2), 227-233.

Castanyer Mayer-Spiess, O. (2014). *La Asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Madrid, España: Desclee de Brouwer.

Castaño, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A. & Montoya, C. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24(4), 347-363.

CONACE. (2011). Prevención de recaídas en el tratamiento del consumo problemático de sustancias. Primera parte: marco teórico. Recuperado de: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONE S/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Nacional/Senda/Prevenci%C3%B3n%20de%20R>

[ecaidas%20en%20el%20Tratamiento%20del%20Consumo%20Problem%C3%A1tico%20de%20Sustancias%20%20\(CONACE%202011\).pdf](#)

Eulefi, A. (2015). *Una experiencia de Arteterapia en Drogodependencia* (Monografía de postítulo). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Ferreira-Vorkapic, C. & Rangé, B. (2010). Mente Alerta, Mente Tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapéutica consistente para los trastornos de ansiedad?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 211-220.

Fisher, B. (1990). Dance/movement therapy: Its use in a 28-day substance abuse program. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 325–331.

Galiás, I. (2000). Psicopatología das Relacoes Assimétricas. *Junguiana*, 18: 113-130.

González, A. (2017). *Relación terapéutica y angustia existencial en un contexto caracterizado por poseer un espíritu moderno* (Memoria para optar al Título de Psicólogo). Universidad de Chile. Chile.

Grecco, E. (2013). *Complejo Materno Sombra y Máscaras del Patriarcado*. Ediciones Continente. Buenos Aires, Argentina.

Groesbeck, C. J. (1975). *The Archetypal Image of the Wounded Healer*. *Journal of Analytical Psychology*, 20(2), 122–145.

Hall, A. (1996). Sueños y Técnicas de representación. En Hall, A. *La Experiencia Junguiana: Análisis e Individuación* (pp. 105-125). Cuatro vientos.

Herrero, V. (2018). *Efectos de la terapia hortícola en la salud física, mental y social de las personas. Una revisión narrativa* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

Hofmann, A. y Schultes, R. (2000). *Plantas de los Dioses*. México: Fondo de Cultura Económica.

Horay, B. J. (2006). Moving Towards Gray: Art Therapy and Ambivalence in Substance Abuse Treatment. *Art Therapy, 23*(1), 14–22.

Jacobi, J. (1983). *Complejo, arquetipo y símbolo*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

Jung, C. G. (1996). *Encuentro con la sombra*. Ed. Kairos, España.

Jung, C. G. (1970). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Jung, C. G. (2002). *La práctica de la psicoterapia*, OC16. Madrid: Trotta.

Jung, C. G. (2004). *La dinámica de lo Inconsciente*. OC8. Madrid: Trotta.

Jung, C. G. (2013). *Los Complejos y el Inconsciente*. Recuperado de: <http://www.raularagon.com.ar/biblioteca/libros/Jung/Carl%20Gustav%20Jung%20-%20Los%20Complejos%20y%20el%20Inconsciente.pdf>

Kadden, R. (2001). Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training. Recuperado de: <https://www.ci2i.research.va.gov/CI2IRESEARCH/docs/Cogbehtprguidelines.pdf>

Kirane, K. (2018). Dance/Movement Therapy: A Unique Response to the Opioid Crisis. *American Journal of Dance Therapy, 40*(1), 12–17.

Knox, J. (1995). Alcohol: A Drug of Dreams. *Journal of Analytical Psychology, 40*, 161-175. Londres.

López, C. (2011). Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*. Año 4. Nº 8. 34-41.

Manderson, D. (1999). Symbolism and racism in drug history and policy. *Drug and alcohol review, 18*, 179-186.

Marlatt, G. A., Parks, G. A., y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy*. Seattle. EEUU: Addictive Behaviors Research Center.

Matton, M. (1980). *El análisis junguiano de los sueños*. Paidós: Buenos Aires.; Jung, C.G. (1934) *La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños*.

Mercedes, S. & Mercedes, S. (2007). El yoga como terapia complementaria en pacientes con estrés en Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, 22, 69-83.

Millanao, E. (2009). El consumo de drogas: Teseo enfrentando al laberinto. Presentación en el V Congreso Latinoamericano de Psicología Junguiana, Santiago de Chile.

Milliken, R. (1990). Dance/movement therapy with the substance abuser. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 309–317.

Montagud Pla, M. & Allepús Encinas, R. (2018). Asertividad en personas dependientes al consumo de alcohol. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 233, 9-21.

Naciones Unidas. (2003). Manual sobre tratamiento del abuso de drogas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Recuperado de: [http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Internacional/Manuales%20sobre%20Tratamiento%20del%20Abuso%20de%20Drogas%20ONU/Abuso%20de%20Drogas%20Tratamiento%20y%20Rehabilitaci%C3%B3n%20\(Naciones%20Unidas%20-%202003\).pdf](http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/Documentos/ESTRATEGIAS%20NORMAS%20ORIENTACIONES/1%20Orientaciones%20y%20Normas/Internacional/Manuales%20sobre%20Tratamiento%20del%20Abuso%20de%20Drogas%20ONU/Abuso%20de%20Drogas%20Tratamiento%20y%20Rehabilitaci%C3%B3n%20(Naciones%20Unidas%20-%202003).pdf)

Ojeda Díaz, S. (2017). *Arte Terapia como apoyo para drogodependencia. Transformando el dolor en amor: un camino de aceptación y reencuentro* (Monografía de postítulo). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Orte Socías, C. (1998). Sexualidad, Mujer y Drogodependencias. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 1, 25-50.

Peña Fuciños, I. (2011). Terapia Hortícola-Horticultura Educativa Social y Terapéutica. *Autonomía Personal*, 4, 32-41.

Porre, M. (2015). Sueños del paciente y sueños del analista: Procesos y conflictos de inconsciente a inconsciente en el seno del campo transformativo. *Revista Temáticas Junguianas*, 2: 61-76.

Porre, M. (2020). Relación terapéutica, campo transformativo y fenómenos relacionales inconscientes. *Revista Temáticas Junguianas*, 3: 15-38.

Portero Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuaderno Médico Forense* 2015; 21(3-4) : 96-104. España.

Robertson, R. (2014). *Arquetipos Junguianos*. Barcelona: Ediciones Obelisco.

Samuels, A. (2015). Jung y los post-junguianos. Madrid: Manuscritos.

Sánchez, S. (2005) *Hacia el diseño de mensajes culturalmente relevantes para la prevención del consumo de drogas ilícitas en jóvenes de 19 a 25 años de distintas universidades de Santiago*. Universidad de Chile, Santiago.

Sassenfeld J., A. (2010). Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 142-181.

Saunders, P. y Skar, P. (2001). Archetypes, complexes and self-organization. *Journal of Analytical Psychology*, 46(2), 305-323.

Sedgwick, D. (2001). *Introduction to Jungian Psychotherapy: The therapeutic relationship*. New York: Brunner-Routledge.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol-SENDA y Ministerio de Salud-MINSAL. (2012). *Norma y Orientaciones Técnicas de los*

Planes de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol-SENDA y Ministerio de Salud-MINSAL. (2017). Informe de evaluación técnica: programa planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes o psicotrópicas. Informe anual 2016.

Recuperado de: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/informes%20web/evaluaciones2016/Informe%20%20Anual%20%202016%20SENDA%20MINSAL.pdf>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2017). Informe de evaluación técnica: programa de tratamiento integral de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por ley N°20.084 con consumo problemático de alcohol-drogas y otros trastornos de salud mental. Informe anual 2016. Recuperado de:

<http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/files/informes%20web/evaluaciones2016/Informe%20Anual%202016%20SENDA%20SENAME%20MINSAL%20GENCHI.pdf>

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51 (1), 61-69.

Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós.