

AGRADECIMIENTOS.

En primera instancia quisiera agradecer a la vida por darme la oportunidad de estar en este camino de múltiples aprendizajes.

Agradecer a mi familia (mamá, Gerardo, Alejandra, Sebastián, Viviana, mis sobrinos Santiago, Sebastián y Catalina), por todo el amor, comprensión, aceptación y apoyo incondicional que me han entregado durante todos estos años.

A mi querida Andrea, uno de los mayores regalos que me hizo la Gestalt, gracias por todo.

Estoy infinitamente agradecida de la Escuela Gestalt, a cada uno de sus profesores por todo el conocimiento entregado y por permitirme estar en un espacio de en qué pude verme y conocerme desde otro lugar de mi existencia. Agradecimiento especial a mi querido Pepe, no sólo en el apoyo en esta tesis, sino que en su gran acompañamiento y enseñanzas en la terapia grupal. También darle las gracias a Jaime, mi tutor, que siempre tuvo la disposición para pacientemente revisar cada uno de los trabajos y entregar palabras de aliento en los momentos en que pensé que ya abandonararía este trabajo. Dentro de los agradecimientos a la Escuela, también incluir a mis queridos compañeros de Tribu, gracias cada uno de ellos por estar ahí, y especialmente a un grupo especial de amigos/as para la vida.

A mis queridas amigas del alma, también agradecerles su cariño y apoyo para concluir esta tarea, desde las que me recibían en su casa en Santiago para que pudiera ir a clases, hasta las que me escuchaban cuando llegaba del fin de semana de clases con muchas cosas para contar, agradecer por cada espacio de conversación y la aceptación.

Finalmente agradecer al Centro de Tratamiento Gandhi, a mis compañeros de trabajo, pero principalmente a los usuarios, quienes no sólo me dieron la oportunidad de conocer más acerca del trabajo con adicciones, sino que me entregaron aprendizajes invaluable en mi formación como terapeuta y como persona.

ÍNDICE.

AGRADECIMIENTOS.....	2
1. RESUMEN.	6
2. OBJETIVOS.	11
3. METODOLOGÍA:.....	12
4. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.	13
4.1. CONCEPTOS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA GESTALT.	13
4.1.1. ORÍGEN Y SIGNIFICADO.....	13
4.1.1.1. Bases filosóficas: Fenomenología, Existencialismo.....	14
4.1.2. CONCEPTOS TEÓRICOS.	21
4.1.3. CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA PSICOTERAPIA GESTALT.	33
4.1.4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PSICOTERAPIA GESTALT.....	37
4.2. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ADICCIÓN.....	41
4.2.1. Aspectos generales del fenómeno de la Adicción.	41
4.2.2. Antecedentes Epidemiológicos.....	57
4.2.3. Comprensión del suceso de la adicción desde otros modelos.	61
5. PROPUESTA DEL TESISISTA. Recomendaciones para el tratamiento de adicciones, desde la mirada gestáltica.	74

5.1. Comprensión de la adicción desde la Psicoterapia Gestalt.	74
5.2. Objetivos de la Psicoterapia de Rehabilitación de Adicciones.	89
5.3. Proceso y relación terapéutica en el trabajo con pacientes adictos.	98
5.4. Técnicas gestálticas en una terapia de rehabilitación de adicción.	105
7. REFERENCIAS.....	126
8. ANEXO.....	128

1. RESUMEN.

Este trabajo nace a partir de la idea de poder conocer y comprender la forma de abordar el tratamiento de adicciones desde la Psicoterapia Gestáltica. A través de la revisión de textos, apuntes de clases y entrevista, se muestra el planteamiento teórico sobre las adicciones, desde la mirada Gestáltica, donde se establece una visión del fenómeno de la adicción desde tres puntos de vista, la conducta adictiva como un medio de evitación de contacto, como una forma de poder estar en el mundo y una forma de expresar aspectos negados de sí mismo. Además, se identifican objetivos a trabajar e ir comprendiendo de qué forma puede darse el proceso y relación terapéutica con este tipo de paciente, para finalmente efectuar sugerencias técnicas con respecto al abordaje del tratamiento de las adicciones, con el fin de posicionar a la Psicoterapia Gestáltica, como una forma válida y óptima de hacer terapia de rehabilitación de adicciones.

Palabras Clave: Gestalt, Psicoterapia, Adicción, Tratamiento.

El presente proyecto de investigación surge de la inquietud de conocer cuál sería la mirada desde la teoría Gestáltica para comprender el fenómeno de las adicciones. El interés por este tema, aparece gracias a la experiencia clínica con este tipo de usuarios y darme cuenta que los conceptos que propone la terapia gestáltica tiene un aporte importante para la rehabilitación de este tipo de pacientes. El trabajo con el paciente adicto es complejo, siendo la poca conciencia de enfermedad uno de los puntos centrales y difíciles de abordar al inicio del tratamiento.

Desde el punto de vista de la salud a nivel mundial, el tema de la adicción genera mucho interés de abordarlo, principalmente porque es una enfermedad que no solo está en aumento, sino que también han ido apareciendo nuevas formas de presentar una adicción, como puede ser internet, videojuego, celular, ludopatía, entre otros. Lo que plantea el manual de diagnósticos, de los trastornos mentales es que el elemento esencial de todos los trastornos adictivos es la falta de control, es decir, el descontrol de la persona afectada sobre determinada conducta, que al comienzo le es placentera pero que luego va ganando terreno entre sus preferencias hasta llegar a dominar su vida. Algunas conductas normales – incluso saludables – se pueden convertir en anormales según la frecuencia, intensidad o tiempo y dinero invertidos. Vale decir que una adicción sin droga es toda aquella conducta repetitiva que produce placer y alivio tensional, sobre todo en sus primeras etapas, y que lleva a una pérdida de control de la misma, perturbando severamente la vida cotidiana, a nivel familiar, laboral o social, a medida que transcurre el tiempo. Las adicciones no relacionadas a sustancias. (Revista Neuropsiquiatría 76 (4), 2013).

Es importante mencionar que a través de este trabajo se pretende disminuir la estigmatización hacia este tipo de usuario, ampliar la mirada de cómo la sociedad ve a esta persona,

ya que la visión general que tienen las personas es basada en dos modelos: por una parte, sería un modelo moralista/criminalista, donde esta persona debe ser castigada por presentar una adicción, y por otro lado el modelo de enfermedad el cual requiere tratamiento y rehabilitación. Al proponer la idea de ampliar la mirada me refiero a que se logre ver a esta persona más allá de su adicción, quien es esta persona, verla en su totalidad y no se estigmatice en relación a un conflicto que se está manifestando en su vida.

Para contextualizar la temática de las adicciones es necesario mencionar que es un comportamiento que ha acompañado al ser humano desde que existe como tal. Al revisar la historia de las adicciones, nos podemos dar cuenta que está unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia y sigue utilizando. Más actualmente, junto a las anteriores, y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, a los juegos de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas. (Becoña Iglesias, 2008)

Desde la visión antropológica existen estudios que respaldan la afirmación que la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, “a través de los trabajos históricos y antropológicos, vemos cómo los diferentes lugares reservados al consumo de sustancias psicoactivas han sido tributarios del pensamiento de cada época y cultura. Los tipos de emplazamientos destinados a ello quedan, por tanto, definidos a partir de una particular

problematización y gestión del uso de los placeres y los peligros del exceso. A lo largo de la historia, la experiencia sensible (analgésica, sedante, alucinógena, excitante) asociada al uso de algunas plantas, hongos o brebajes, y su representación acorde al pensamiento de cada cultura, les ha conferido un estatus de poder que oscila entre lo profano y lo sagrado, que ha servido para justificar distintos sistemas y grados de regulación. Incluso algunos autores han observado una relación entre estos y el tipo de estructura social. Las investigaciones arqueológicas han aportado numerosas pruebas que apoyan la hipótesis del consumo de sustancias psicoactivas en la Prehistoria”. MASSO, Paloma. Cartografía de heterotopías psicoactivas: una mirada a los discursos médicos, jurídicos y sociales sobre los usos de drogas. *Salud colect.* [online]. 2015, vol.11, n.3

Al revisar información con respecto a que ha ido pasando con el uso de drogas en la sociedad estudios recientes señalan que, “en el último período, el uso y el abuso de drogas, así como el tipo de consumo, se ha convertido en un problema social que afecta la estabilidad de todas las instituciones que conforman una sociedad, en especial las sociales y políticas. El problema de drogadicción y sus consecuencias en el mundo y en particular en nuestro país, está lejos de ser algo resuelto, siendo esto avalado por todos los trabajos científicos desarrollados, tanto para drogas ilícitas como lícitas. Por ejemplo, en un estudio reciente llevado a cabo con adolescentes en Bangkok, se encontró que 5,4% consume cigarrillos, 37,3% consume alcohol y 37,8% consume drogas ilícitas. La prevalencia del consumo de drogas en estudiantes universitarios de medicina, en países desarrollados, muestra una baja del consumo de cigarrillos (de 28,8% a 9,2%), en contraste a una fuerte alza del consumo de alcohol. Asimismo, investigaciones recientes del consumo de drogas en universitarios de Sao Paulo, muestran que el consumo de drogas lícitas ha aumentado en mujeres, mientras que el consumo excesivo tiende a ser mayor en el sexo masculino (86,5% para

el tabaco y 65% para el alcohol). Por otro lado, se ha encontrado una fuerte relación explicativa, en un plazo de cinco años, entre el consumo de drogas, violencia y victimización. Dentro del consumo de drogas en nuestro país, el alcoholismo es una de las mayores preocupaciones, que está atacando cada vez con mayor fuerza a la población de jóvenes”. Rodríguez T, Jorge, Hernández A, Enrique, & Fernández, Ana María. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e ilícitas por género a través de la metodología de pares. *Revista médica de Chile*, 135(4), 449-456.

Los aportes, en el ámbito de las adicciones, desde la terapia gestáltica no han sido estudiados y/o sistematizados de una manera significativa para el área de la salud, sin embargo los planteamientos que efectúa este modelo, con respecto a este tema en particular, se focaliza en destacar cada uno de los aspectos que tienden a expresar o intensificar la experiencia de estar en la vida, donde el individuo puede optar por realizar actividades que lo alejan intencionalmente de situaciones de la realidad que le resultan desagradables. Plantea la adicción como una interrupción, donde el individuo evita contactarse con lo que siente, con lo que vive en el presente; se rompe o interrumpe el ciclo de la necesidad orgánica.

2. OBJETIVOS.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la forma de comprender y abordar el tratamiento de las adicciones desde la Gestalt?

2.2. OBJETIVO GENERAL:

- Proponer una forma de comprender y abordar el tratamiento de las adicciones desde la Psicoterapia Gestalt.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer una comprensión teórica sobre las adicciones desde la psicoterapia Gestalt.
- Determinar objetivos terapéuticos al trabajar la adicción desde la psicoterapia Gestalt.
- Comprender el proceso y la relación terapéutica en el tratamiento de las adicciones desde la psicoterapia Gestalt.
- Sugerir técnicas terapéuticas, grupales e individuales, en el abordaje del tratamiento de las adicciones.

3. METODOLOGÍA:

Se trata de una tesis teórica-aplicada. En la parte teórica, se presentarán antecedentes bibliográficos, donde se darán a conocer algunos conceptos generales de la psicoterapia gestáltica y los aspectos básicos implicados en el fenómeno de la adicción.

En lo que corresponde a la parte aplicada, se muestra la comprensión del fenómeno de la adicción, la pregunta de investigación se analizará, se reflexionará y se discutirá a partir de la bibliografía existente. También se realizarán sugerencias en la forma de realizar tratamiento y uso de técnicas desde la psicoterapia gestáltica.

La investigación utilizará para citar y referenciar las normas APA.

4. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

4.1. CONCEPTOS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA GESTALT.

4.1.1. ORIGEN Y SIGNIFICADO.

La palabra *Gestalt*, proviene del idioma alemán y se traduce como “forma”, “figura “o “configuración” y se refiere a los fenómenos de percepción, estudiados por investigadores alemanes, Lewin, Köhler, Koffka y Wertheimer, de la “Escuela de la Forma” o “psicología de la Gestalt”, la cual nace en Berlín en 1912. Ellos amplían el estudio de la percepción que consideran un proceso holístico y se dedican a estudiar las configuraciones y patrones naturales que aparecen en la experiencia directa, demostraron el carácter global de la percepción como una totalidad que integra figura y fondo.

La psicología de la Gestalt, describió leyes perceptuales (relación figura-fondo, agrupamiento o proximidad, ley de cierre o clausura, ley de semejanza, ley de buena continuidad y ley de membresía) y, como se mencionó anteriormente, le interesaba estudiar las percepciones, sensaciones y de qué forma esto lo aplicamos a nuestra vida. Manifiesta que toda experiencia del ser humano es subjetiva, como por ejemplo la forma en que se completa una figura.

En relación al origen de la terapia gestáltica, esta aparece de la mano de Fritz y Laura Perls alrededor de los años 1940, en plena segunda guerra mundial en Alemania. Sin embargo, Fritz Perls rechazaba el ser considerado creador de ésta: "si me llaman el descubridor o redescubridor de la terapia gestáltica, bien" (Perls, 2002).

Frederick S. Perls (1893-1970), Neuropsiquiatra y Psicoanalista, nació en 1893 y comenzó su carrera psicoanalítica en Berlín y Viena, donde se relacionó con la escuela freudiana y con la Psicología de la Gestalt. (Varas, 2011, pág. 5)

Durante la segunda guerra mundial emigra a Sudáfrica, donde funda la Escuela Psicoanalítica de Johannesburgo. En 1942 publica su libro “Ego, Hunger y Agressión”, como un aporte al psicoanálisis y en él aparece la primera aplicación de los principios de la psicología de la Gestalt al desarrollo y crecimiento de la persona. (Varas, 2011, pág. 5). En 1946 emigra a Estados Unidos, lugar en que se radica y crea los primeros institutos de psicoterapia gestáltica.

La terapia gestáltica fue inaugurada en la era de la reacción contra el autoritarismo después de la Segunda Guerra Mundial. La crearon personas que tenían una actitud agresiva y una ideología revolucionaria. Intentaron desarrollar toda una teoría sociopolítica. El grupo se caracterizaba por la confrontación personal, política e intelectual. Nadie estaba exento de esto, por ejemplo, Perls fue confrontado y criticado porque no se inclinaba a hablar acerca de la teoría o a entrar en un diálogo personal. (Yontef, 1995, pág. 9).

Acorde a lo aprendido en la formación de magíster, la Gestalt es la capacidad de contactar y no contactar del organismo con su entorno (Campo).

4.1.1.1. Bases filosóficas: Fenomenología, Existencialismo.

Dos posturas fundamentales que utiliza el planteamiento gestáltico son la Fenomenología y el Existencialismo, las cuáles son cruciales no sólo para comprender la teoría, sino que también sustentan el trabajo terapéutico de cada sesión. “En el nuevo modelo, tanto paciente como terapeuta crecen estando activamente presentes y comprometidos durante las sesiones terapéuticas y en el mundo en general”. (Yontef, 1995, pág. 6).

La fenomenología es una disciplina que ayuda a las personas a distanciarse de su forma usual de pensar, para que puedan apreciar la diferencia entre lo que se está percibiendo y sintiendo

realmente en el momento, y lo que es residuo del pasado (Idhe, 1977). Una exploración gestáltica respeta, usa y clarifica la percepción inmediata, “ingenua”, “no corrompida por el aprendizaje” (Wertheimer, 1945, p.331). Para la terapia gestáltica, tanto lo que se siente “subjetivamente” en el presente como lo que se observa “objetivamente” constituyen información real e importante (Yontef, 1995, pág. 120).

La fenomenología estudia no sólo el darse cuenta personal, sino también el proceso mismo de darse cuenta. El paciente deberá aprender a darse cuenta del darse cuenta. (Yontef, 1995, pág. 120).

La fenomenología es una búsqueda de comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación, más que en la interpretación del observador. Los fenomenólogos se refieren a esto como lo “dado”. La fenomenología trabaja entrando vivencialmente en la situación y permitiendo al Darse Cuenta sensorial descubrir lo que es obvio/dado. Esto exige disciplina, especialmente para percibir lo que está presente, lo que ES, sin excluir información en forma anticipada. (Yontef, 1995, pág. 173).

La actitud fenomenológica es reconocer y poner entre paréntesis (dejar de lado) los conceptos preconcebidos acerca de lo relevante. (Yontef, 1995, pág. 173).

Una de las influencias básicas del existencialismo en el modelo de Perls, es el sentido de la responsabilidad, que la persona sea responsable de su propia existencia, señala que cuando se pierde este sentido se puede caer en hacer responsables a los otros de lo que realiza el individuo, o sentirse responsable por lo que hacen los otros.

La terapia gestáltica es libertad para hacer terapia con espontaneidad, vivacidad y creatividad. Pero también impone responsabilidad. Responsabilidad de saber qué estamos

haciendo. La responsabilidad de especificar lo que hacemos y compartirlo para que los efectos puedan ser estudiados. Responsabilidad de saber qué sirve, e interés por las mejores opciones. Responsabilidad de mejorar la terapia. (Yontef, 1995, pág. 19).

Le entrega importancia a lo único de cada individuo, “cada persona es única, pero sólo en el compromiso humano se puede confirmar, mantener y desarrollar el sí mismo único. Sólo en el contacto del encuentro yo-tú, se desarrolla la unicidad de cada persona. Sólo sabiendo cómo somos con los otros y cómo son los otros con uno, nos conocemos y nos convertimos verdaderamente en nosotros mismos”. (Yontef, 1995, pág. 37).

El existencialismo se basa en el método fenomenológico. Los fenomenólogos existenciales se centran en la existencia de las personas, las relaciones entre ellas, sus alegrías, sufrimientos, etc., vivenciados directamente. (Yontef, 1995, pág. 121).

La visión existencial sostiene que las personas están interminablemente re-haciéndose o descubriéndose a sí mismas. No existe una esencia en la naturaleza humana que pueda ser descubierta “de una vez por todas”. Siempre hay nuevos horizontes, nuevos problemas y nuevas oportunidades. (Yontef, 1995, pág. 122).

4.1.1.2. Teoría de Campo.

Desde lo aprendido por la tesista en la formación de magister, el campo se define como la totalidad entre organismo y entorno. En un determinado contexto, existen elementos comunes con distintos significados para cada uno, el campo es subjetivo y se puede configurar por todo lo que está presente y lo no presente. Dentro de las características del campo se puede mencionar que es dinámico, es un proceso continuo, de movimiento, es una red de relaciones. (donde el todo cobra sentido, donde todo está en todo).

La teoría de campo es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte, en vez de analizarlo en términos de la categoría a la que pertenece por su “naturaleza” (por ejemplo, la clasificación aristotélica), o de una secuencia causa-efecto, unilineal, histórica (por ejemplo, la mecánica newtoniana). (Yontef, 1995, pág. 121).

El campo es un todo en el cual las partes están en relación y correspondencia inmediata unas con otras, y ninguna parte queda al margen de la influencia de lo que ocurre en otro lugar del campo. El campo reemplaza la noción de partículas separadas, aisladas. La persona en su espacio de vida constituye un campo. (Yontef, 1995, pág. 121).

En Gestalt, el campo siempre está cambiando, pues se trata de un campo fenomenológico y, por lo tanto, es definido por el observador, y es significativo sólo si se conoce el marco de referencia de éste. De este modo, el campo siempre está en movimiento y es un proceso continuo de cambio. (Varas, 2011, pág. 11).

Límite de Contacto:

El individuo es, inevitablemente en todo momento, parte de algún campo. Su comportamiento es función del campo total que lo incluye tanto a él como a su ambiente. La naturaleza de la relación entre él y su ambiente determina su conducta. Si la relación es mutuamente satisfactoria, el comportamiento del individuo es lo que llamamos normal. Si la relación es conflictual, el comportamiento del individuo es descrito como anormal. El ambiente no crea al individuo, como tampoco el individuo crea al ambiente. Cada uno es lo que es: cada cual tiene su carácter particular debido a su relación consigo mismo, con el otro y con el todo. (Perls, 1976, pág. 29).

El organismo y el ambiente se diferencian dentro de un todo unificado, creándose entre ellos un límite, que al mismo tiempo será un lugar de encuentro. Este “límite de contacto” es fundamental para la mantención del organismo como tal; si desaparece el límite no existe organismo, pues se confunde con el campo, es decir, el organismo muere. (Varas, 2011, pág. 11).

Con este nuevo enfoque, el ambiente y el organismo están en una relación de reciprocidad. Ninguno es víctima del otro. Su relación es de hecho una relación de opuestos dialécticos. Para satisfacer sus necesidades el organismo tiene que encontrar sus suplementos necesarios para su sobrevivencia en el ambiente. El sistema de orientación descubre lo que es requerido; todos los organismos vivos son notoriamente capaces de percibir cuáles son los objetos externos que les satisfarán sus necesidades. (Perls, 1976, pág. 31).

El contacto y el retiro son opuestos dialécticos. Son descripciones de los modos como enfrentamos eventos psicológicos, son los modos que tenemos para tratar en el límite de contacto con objetos en el campo. (Perls, 1976, pág. 34).

Este “contactarse con” y “retirarse del” ambiente, esta aceptación y rechazo del ambiente, son las funciones más importantes de la personalidad integral. Son los aspectos positivos y negativos de los procesos psicológicos mediante los cuales vivimos. Son opuestos dialécticos, forman parte de lo mismo, de la personalidad integral. Aquellos psicólogos que sostienen un concepto dualístico del hombre ven a estos opuestos naturales como fuerzas antagónicas que hacen pedazos al individuo. Nosotros, por el contrario, los vemos como aspectos diferentes de la misma cosa: la capacidad de discriminar. Esta capacidad puede confundirse como también puede funcionar malamente. Al ocurrir esto el individuo se hace incapaz de reaccionar adecuadamente y por ende lo describimos como neurótico. Pero cuando la capacidad de discriminar funciona en buena forma, los componentes de aceptación y rechazo, de contacto y de retiro están siempre presentes y activos. (Perls, 1976, pág. 35).

4.1.1.3. Perspectiva Holística.

Es una perspectiva que durante la formación de magíster se realiza bastante hincapié, siempre considerar al ser humano como una totalidad, no existiendo una parte más importante que otra, sino que todo es igualmente valeroso.

Uno de los hechos más notorios del hombre es que es un organismo unificado. (Perls, 1976, pág. 23).

Para Perls, holismo (concepto de campo) significa que el todo es más que la suma de sus partes, es la unidad del organismo humano y la unidad de la totalidad del campo organismo/ambiente. (Yontef, 1995, pág. 79).

Esta concepción de la vida humana y de la conducta que se considera compuesta de niveles de actividad, barre de una vez por todas con el paralelismo sico-físico, perturbador e insatisfactorio

con que la psicología se ha estado enfrentando desde su nacimiento. Nos permite ver el lado mental y físico del comportamiento humano, no como dos entidades independientes que podrían existir aparte de los seres humanos o de uno y otro, conclusión por lo demás inevitable y lógica de las psicologías más antiguas, sino que contempla al ser humano tal cual es, como un todo, un entero y examina su comportamiento tal cual se manifiesta en el nivel aparente de la actividad física y en el nivel inaparente de la actividad mental. Una vez reconocidos que los pensamientos y las acciones son hechos del mismo material, podemos traducirlos y transponerlos de un nivel a otro. (Perls, 1976, pág. 28).

Así, finalmente llegamos a introducir en la psicología el concepto de campo unificado – concepto holístico – que los científicos han esperado por largo tiempo y que los psicólogos han buscado a tientas. (Perls, 1976, pág. 28).

Si la actividad física y la actividad mental son del mismo orden podemos observarlas ambas como manifestaciones de lo mismo: el ser humano. Ni el paciente ni el terapeuta están limitados exclusivamente a lo que se dice o piensa el paciente, ambos pueden tomar en cuenta lo que de hecho hace. Lo que hace es una clave de lo que piensa y lo que piensa da claves de lo que hace y lo que le gusta hacer. Entre los niveles de pensar y hacer hay una etapa intermedia, la etapa de “jugar a” y en terapia, si observamos cuidadosamente, veremos que el paciente “juega a” muchas cosas. Con tan sólo conseguir que preste atención a sus acciones, a sus fantasías y a su representar roles, él mismo llegará a saber su significado. El mismo proveerá sus propias interpretaciones. (Perls, 1976, pág. 29).

4.1.2. CONCEPTOS TEÓRICOS.

4.1.2.1. Self, sí mismo.

El concepto de Self, es uno de los planteamientos más significativos de la teoría gestáltica, se caracteriza, entre otras cosas, por ser un proceso, algo que se da en movimiento, es cambiante, el sí mismo es algo que se da en el encuentro, en el contacto. Una de sus funciones es que configura el campo, reconoce y da prioridad a los elementos, les da sentido y se configura una figura. (somos si estamos en contacto con el mundo).

Según lo planteado en el libro “Gestalt Therapy”, de Perls, Hefferline y Goodman (1951), se considera el Self como la función de contactar, que tiene como proceso diferentes etapas de contacto, pre contacto, toma de contacto, contacto final y pos contacto. Es de vital importancia ya que el proceso de contacto es el crecimiento del organismo.

El Self es el sistema de contactos necesarios para el ajuste en un campo difícil, para la tarea de la adaptación. Se sitúa en la frontera del organismo, pero no está aislada del entorno, contacta con el entorno, pertenece a ambos, entorno y organismo, por lo tanto, El Self existe cuando hay interacción.

El Self integra funciones perceptivas y musculares y las necesidades orgánicas. Es consciente, orienta, manipula, siente emocionalmente. El organismo en su totalidad frente a un estímulo es quien manipula o siente. Esta integración es el ajuste creativo.

En donde hay conflicto, contacto, formación de figura y fondo hay mucho Self, donde hay confluencia, aislamiento o equilibrio, hay un Self reducido.

La inhibición del Self en la neurosis, es la incapacidad de concebir una situación como cambiante, o la neurosis es la fijación sobre un pasado inmutable.

El Self no es consciente de sí mismo, toma consciencia del él cuando contacta algo. Su “yo” es polar respecto de un “tu” y un “ello”. El ello es el sentido de los materiales, los deseos y el fondo, el tu representa la dirección del interés y el yo avanza haciendo las identificaciones y las alineaciones necesarias.

Los aspectos del Self son, el Yo, el Ello y la Personalidad, los cuales representan las etapas principales del ajuste creativo. El ello es el segundo plano dado, que se disuelve en posibilidades, incluyendo excitaciones orgánicas y los incipientes sentimientos que conectan al organismo con el entorno. El yo es la identificación y la alineación progresiva de las posibilidades, la limitación o el acrecentamiento del contacto en curso, incluye comportamiento motor, la agresión, la orientación y la manipulación. La personalidad es la figura creada en la que el Self se convierte y asimila al organismo, uniéndola con los resultados del crecimiento anterior.

En la función Yo, los sentidos están alertas, al acecho, más que ocupados en encontrar o responder. El Yo es el actor, de la orientación, el objetivo, los medios, el control. Son mecanismos activos, producen la sensación de estar en el hacer, ya que el Self se identifica con el interés elegido.

El Ello es principalmente inconsciente. Para poder descansar el Self suspende su alerta sensorial y afloja sus músculos del tono habitual, el ello aparece entonces como algo pasivo, disperso e irracional, sus contenidos son alucinatorios y el cuerpo toma mucha importancia.

La personalidad es el sistema de actitudes asumido en las relaciones interpersonales, es la asunción de lo que uno es y de lo que sirve de base a partir de la cual se podría explicar el propio comportamiento. La personalidad es una especie de muchas actitudes con el que se comprende uno

mismo y que se puede utilizar para cualquier comportamiento interpersonal. La personalidad es responsable, funciona en base a acuerdos, manteniendo un comportamiento coherente en el marco acordado. La Personalidad es la estructura responsable del Self.

Según lo propuesto por M. Spagnuolo, (2002), el Self en Psicoterapia Gestalt se relaciona con la palabra “experiencia”, por lo tanto, es difícil llegar a teorizar sobre la experiencia. No podemos comprender nada si no es a través de nuestra experiencia, pero al mismo tiempo nunca somos solo nosotros mismo, somos también el fenómeno en el cual estamos insertados, por lo tanto, el Self es una función del campo organismo/entorno, es la experiencia del campo, organismo/entorno.

El Self está en el campo, no está colocado solamente del lado del organismo, ni tampoco del lado del entorno, nunca solo activo, ni solo pasivo. El campo expresa la percepción del individuo como la del entorno. Podemos decir entonces que el campo es el proceso relacional que se da en el aquí y ahora. Este proceso es holístico y gestáltico, no solo incluye la figura, sino también todo lo opuesto, el fondo.

El Self de la psicoterapia de la Gestalt expresa la capacidad del organismo de contactar con su entorno, espontánea y deliberadamente. El contacto es la finalidad del Self.

Las tres funciones del Self: El ello, el Yo y la Personalidad son solo tres entre muchas estructuras experienciales. Son principios organizadores por medio de los cuales las experiencias de un organismo asumen sus formas y sus significados característicos. Responde a nuestra necesidad de definir y abstraer, para orientarnos en la comprensión de la experiencia humana.

Las tres funciones del Self se entienden como capacidades de la persona de relacionarse con el mundo. Estas son:

El Ello: Es la capacidad del organismo de entrar en contacto con el entorno a través de, las necesidades fisiológicas: constituyen la excitación del Self proveniente del organismo, puede activarse como consecuencia de una excitación interna. La vivencia corpórea le da sentido a la integración, entre el sentido de plenitud interna y el sentido de poder entregarse al entorno por otro. Es la experiencia dentro de la piel en su plenitud.

La función de personalidad expresa la capacidad del Self de contactar con el entorno basándose en lo que es, ósea en lo que uno se ha convertido. La personalidad es el sistema de actitudes asumidas en las relaciones interpersonales, es esencialmente la respuesta verbal sobre el Self. En la psicoterapia de la Gestalt la función Personalidad expresa la capacidad del organismo de contactar con el entorno sobre la base de la definición que da de sí mismo. Entra en relación sobre la base de lo que se piensa de uno mismo.

La función Yo expresa una capacidad distinta del Self en contacto, es la capacidad de identificarse con partes del campo o alienarse de ellas. Es la potencia volitiva y decisional que caracteriza las elecciones individuales. No representa un impulso biológico ni una pulsión social, constituye la expresión creativa de la persona en su totalidad. El Yo interviene en el proceso de ajuste creativo realizando elecciones, identificándose con partes del campo y alienándose de otras.

La función Yo es alerta, deliberada, activa, sensorial y dinámicamente agresiva, es consciente de sí misma y puede aislarse de la situación, por eso se dice que es agente de experiencia, como sujeto fuera del campo.

4.1.2.2. Darse Cuenta.

Acorde a lo planteado en el libro de Muller y Granzoto (2009), el Awareness es un proceso de apertura hacia lo que se presenta materialmente, en donde se genera la experiencia de ser una

unidad en constante cambio, transformación. Este proceso se da en el contacto, a partir de la sensación, en forma de excitación, generando gestalts. Para comprenderlo mejor, es necesario comprender estos cuatro términos: 1. Contacto: es cuando el organismo se vincula con algo diferente y esto genera una transformación en él, en su identidad en el tiempo. Pero no todos los contactos van a producir awareness, eso sí para que se produzca awareness el contacto tiene que estar obligatoriamente. 2. Sensación: en este concepto los autores se centran en la idea de "historia impersonal" que por lo que entiendo tiene que ver con una intencionalidad anónima que está por sobre mis actos voluntarios y que sólo puedo conocer a posteriori. Es esta historia impersonal quien elige activamente qué de las "ocurrencias materiales actuales " escogerá. Esta elección tiene directa relación con el pasado y permite abrir nuevas posibilidades de repetición o emancipación. Va a ser la sensación la que determine la naturaleza del awareness. 3. Excitaciones espontáneas: son fuerzas constantes que no tienen un claro inicio ni tampoco se eliminan, sólo migran de nuestra historia hacia otros campos descubiertos por el sentir. 4. Formación de Gestalts: frente a cada trascendencia o migración que hacemos hacia lo percibido se vivencia una unidad histórica, se experimenta una totalidad.

El darse cuenta es más difuso que la atención, implica una percepción relajada en lugar de una percepción tensa, llevada a efecto por la persona total. (Perls, 1976, pág. 25).

El darse cuenta es una propiedad gestáltica que consiste en una integración creativa del problema. Sólo una Gestalt percibida (darse cuenta) conduce al cambio. Darse cuenta sólo del contenido sin darse cuenta de la estructura no lleva a un contacto energizado organismo/ambiente. (Yontef, 1995, pág. 49).

Con el darse cuenta, el organismo puede movilizar su agresión, de modo que el estímulo ambiental pueda ser contactado (probado) y rechazado, o masticado y asimilado. Este proceso contacto-asimilación funciona mediante la fuerza biológica natural de la agresión. Cuando el darse cuenta no se desarrolla (figura y fondo no forman una Gestalt clara) en esta transacción, o cuando los impulsos no son expresados, se forman gestalten incompletas y se desarrolla la psicopatología (Enright, 1970^a). Esta figura-fondo cambiante del darse cuenta reemplaza el concepto psicoanalítico de inconsciente; el inconsciente son los fenómenos del campo que el organismo no contacta debido a una alteración en la formación de figura-fondo, o porque está en contacto con otros fenómenos (Polster, 1967; Simkin). (Yontef, 1995, pág. 48).

Según John Stevens, (Stevens, 1976), se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta o zonas del darse cuenta:

1. *El darse cuenta del mundo exterior. Esto es, contacto sensorial actual con objetos y eventos del presente:* lo que en este momento veo, palpo, toco, escucho, degusto, huelo.

2. *El darse cuenta del mundo interior. Esto es, contacto sensorial actual con eventos internos en el presente:* lo que ahora siento desde debajo de mi piel, escozor, tensiones musculares y movimientos, manifestaciones físicas de los sentimientos y emociones, sensaciones de molestia, agrado, etc.

Estos dos tipos de darse cuenta engloban todo lo que puedo saber acerca de la realidad presente como yo la vivencio. Este es el terreno sólido de mi experiencia.

3. *El darse cuenta de la fantasía. Esto incluye toda la actividad mental que abarca más allá de lo que transcurre en el presente:* todo el explicar, imaginar, adivinar, pensar, planificar, recordar el pasado, anticipar el futuro, etc.

Tanto nuestra idea del futuro como nuestra concepción del pasado se basan en nuestra comprensión del presente. El pasado y el futuro son nuestras conjeturas acerca de lo que precedió al momento presente y lo que presagiamos que seguirá. Y todo este adivinar ocurre *ahora*.

La terapia gestáltica, proclama la capacidad de darse cuenta como el agente curativo más importante. Es una propiedad que todos tenemos, desde que nacemos.

4.1.2.3. Aquí y Ahora.

La terapia gestáltica se fundamenta en que es una terapia del “aquí y ahora”, lo cual significa que es una terapia que promueve el que la persona esté consciente de la experiencia sensorial generada en ese preciso momento. Tomar conciencia de las sensaciones del momento presente, incluso si está relacionado con eventos pasados o futuros.

Desde el punto de vista gestáltico, el neurótico no es meramente una persona que una vez tuvo un problema, es una persona que tiene un problema continuado, aquí y ahora, en el presente. Aunque tal vez hoy se comporta de este modo “porque” algunas cosas le ocurrieron en el pasado, sus dificultades de hoy se relacionan con el modo como se comporta hoy. No se lleva bien, en el presente y, a menos que aprenda a resolver los problemas a medida que surgen, tampoco será capaz de llevarse bien en el futuro. (Perls, 1976, pág. 69).

La terapia gestáltica antes que una terapia verbal o interpretativa, es una terapia vivencial (experiential). Le pedimos a nuestros pacientes que no hablen de sus traumas y sus problemas en las remotas áreas del pretérito y los recuerdos, sino que revivencien sus problemas y sus traumas – que son sus asuntos inconclusos en el presente- en el aquí y ahora. (Perls, 1976, pág. 70).

Además, como terapia vivencial, la técnica gestáltica exige del paciente que se vivencie a sí mismo lo más posible y que se vivencie tan plenamente como pueda en el aquí ahora. Le pedimos

que se dé cuenta de sus gestos, de su respiración, de sus emociones, de su voz y de su expresión facial, tanto como de sus pensamientos más apremiantes. Sabemos que mientras más se dé cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él mismo. A medida que vivencia los modos en que se evita el “ser” ahora –los modos diversos como se interrumpe- también comenzará a vivenciar el sí mismo que ha interrumpido. (Perls, 1976, pág. 70).

4.1.2.4. Ciclo de la Experiencia.

También conocido como el proceso Contacto-Retirada, según la teoría gestáltica, de este proceso depende el organismo. Un organismo sano es capaz de autorregularse, reconocer la figura (necesidad) relevante, tomar un contacto adecuado para resolver esa figura y poder retirarme y luego viene otra figura, y así se va dando un continuo de darse cuenta.

El ciclo de la experiencia o proceso contacto- retirada, consta de siete momentos, siendo la Sensación (percibir a través de los sentidos), el primero de ellos. El segundo es la Conciencia, reconocer que existe esta sensación. El tercero es la Energetización, en donde esta sensación que tengo conciencia se hace grande y llama mi atención. Cuarto momento es la Acción, que es generar una acción mental o real para hacer contacto, el cual es el quinto momento y significa entrar en contacto con el objeto catexial (elemento del campo, positivo: debo introducirlo para saciar mi necesidad; negativo: apartarlo). El sexto es la Consumación, en que el contacto debe ser en calidad y cantidad suficiente. El séptimo y último momento es la Retirada, existe la celebración, ya se dio.

El individuo satisface esta necesidad contactando el ambiente con alguna conducta sensorio-motora. El contacto lo organiza la figura de interés contra un fondo del campo organismo/ambiente (Perls et al., 1951). Nótese que, en terapia gestáltica, tanto la sensación del

ambiente como el movimiento motor en el ambiente son funciones activas, contactantes. (Yontef, 1995, pág. 48).

Cuando una necesidad ha sido satisfecha, la Gestalt que organizó se completa y deja de ejercer influencia –el organismo está libre para formar nuevas gestalten. Cuando la formación y destrucción de una Gestalt se bloquea o rigidiza en alguna etapa, cuando las necesidades no son reconocidas y expresadas, se alteran la armonía flexible y el flujo del campo organismo/ambiente. Necesidades no satisfechas forman gestalten incompletas que claman por atención y, por lo tanto, interfieren con la formación de nuevas gestalten. (Yontef, 1995, pág. 48).

4.1.2.5. Interrupción.

Una interrupción, es la aparición de una figura más relevante o energizada. La interrupción neurótica se refiere a que la figura que interrumpe es una figura que me está pidiendo no ser contactada y para esto aparece el medio de evitación de contacto.

Puede suceder que en alguna parte de este proceso contacto-retirada, ocurra una interrupción en el ciclo (en cualquier parte), lo cual tiene como consecuencia que no se satisface la necesidad. Esta interrupción aparece porque hay una figura más importante, más energizada, en la terapia es considerada un aspecto importante, se señala incluso como su hilo conductor.

4.1.2.6. Mecanismos de Evitación de Contacto: Confluencia, Introyección, Proyección, Retroflexión, Deflexión y Egotismo.

Cuando el individuo se hace incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la neurosis. Cuando el individuo está congelado en su modo caduco de actuar, está aún en peores condiciones para enfrentar cualquiera de sus necesidades de sobrevivencia, incluyendo sus necesidades sociales. (Perls, 1976, pág. 37).

Cuando, por el contrario, la búsqueda del equilibrio lo lleva a hacerse cada vez más a un lado, permitiendo que la sociedad obre con demasiado peso sobre él, que lo sobrecargue con sus exigencias alejándolo al mismo tiempo del vivir social, a empujarlo y moldearlo pasivamente, lo denominamos neurótico. El neurótico no puede ver claramente sus propias necesidades y por lo tanto no las puede satisfacer. No puede distinguir adecuadamente entre él mismo y el resto del mundo y tiende a ver a la sociedad más grande que la vida y a sí mismo más pequeño. El criminal no puede ver las necesidades de los demás – y por lo tanto las pisotea – porque él tampoco puede distinguir adecuadamente entre él mismo y el resto del mundo. En contraste con el neurótico, tiende a verse a sí mismo más grande que la vida y a la sociedad más pequeña. (Perls, 1976, pág. 39).

Todas las perturbaciones neuróticas surgen de la incapacidad del individuo por encontrar y mantener el balance adecuado entre él mismo y el resto del mundo. Tienen en común el hecho de que, en la neurosis, el límite social y ambiental se siente extendiéndose demasiado por sobre el individuo. El neurótico es el hombre sobre el cual la sociedad actúa con demasiada fuerza. Su neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí-mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador. La neurosis es su técnica más efectiva para mantener su balance y su sentido de auto-regulación en una situación en la cual siente que la suerte no le favorece. (Perls, 1976, pág. 42).

Introyección: Sirve para aprender normas sociales, límite de contacto se agranda, tomamos algo de afuera y lo vivimos como propio.

Tales actitudes, modos de actuar, de sentir y evaluar sin digerir en psicología se les denomina introyectos y el mecanismo mediante el cual estos cuerpos extraños son agregados a la personalidad nosotros lo denominamos introyección. (Perls, 1976, pág. 44).

Por lo tanto, el peligro de la introyección es doble. En primer lugar, el hombre que introyecta nunca tiene la oportunidad de desarrollar su propia personalidad porque está tan ocupado asegurando los cuerpos extraños alojados dentro de su sistema. Mientras mayor es el número de introyectos con que se ha aparejado, menos lugar hay para que él se exprese e incluso descubra lo que él mismo es. Y, en segundo lugar, la introyección contribuye a la desintegración de la personalidad. (Perls, 1976, pág. 44).

La introyección es entonces el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son verdaderamente nuestros. En la introyección hemos corrido el límite entre nosotros y el resto del mundo tan demasiado hacia dentro de nosotros mismos que casi no queda nada de nosotros. (Perls, 1976, pág. 45).

Proyección: Suponer lo que el otro está sintiendo. Algo que es mío, lo pongo afuera y no lo reconozco como mío. Permite reconocer aspectos polares. Proyecciones positivas, enamoramiento, admiración. Es útil cuando te empieza hablar de los otros.

El reverso de la introyección es la proyección. Tal como la introyección es la tendencia a hacer de sí mismo (Self) responsable de lo que de hecho es parte del ambiente, así también la proyección es la tendencia de hacer responsable al ambiente de lo que se origina en el sí mismo (Self). (Perls, 1976, pág. 45).

Entonces en la proyección trasladamos el límite entre nosotros y el resto del mundo un poco demasiado a nuestro favor, de un modo que nos hace posible desposeer y renunciar a aquellos aspectos de nuestra personalidad que encontramos difíciles y ofensivas o poco atractivas. Y, además, por lo general son nuestros introyectos los que nos llevan a los sentimientos de poca

aceptación del sí-mismo y de auto-alienación que producen las proyecciones. (Perls, 1976, pág. 47).

Confluencia: Es el “nosotros” nos hace sentirnos menos solos. No soy rechazable porque los 2 “somos”. Ayuda el contactarse con la sensación corporal.

Cuando el individuo no siente ningún límite entre él mismo y el ambiente que lo rodea, cuando siente que es uno con él, se dice que está en confluencia con el ambiente. Las partes y el todo se hacen indistinguibles entre sí. (Perls, 1976, pág. 48).

La persona en la cual la confluencia es un estado patológico no nos puede decir qué es ella ni puede decirnos lo que son los demás. No sabe hasta dónde llega ella misma y dónde comienzan los demás. No se da cuenta del límite entre sí mismo y los demás, no puede hacer un buen contacto con ellos. Tampoco puede retirarse de ellos. De verdad, ni siquiera puede contactarse consigo mismo. (Perls, 1976, pág. 48).

Retroflexión: No modifico límite de contacto sino la acción vuelve hacia mí.

El cuarto mecanismo neurótico puede llamarse retroflexión, que literalmente significa “volverse atrás intensamente en contra”. El retroreflector sabe cómo trazar una línea demarcatoria entre él y el ambiente y dibuja una línea clara y nítida por la mitad, pero la traza por el medio de sí mismo. El introyector hace lo que los demás quieren que haga, el proyector le hace a los demás lo que él acusa a los demás de hacerle a él, el hombre en confluencia patológica no sabe quién le está haciendo qué cosa a quién, y el retroreflector se hace a sí mismo lo que le gustaría hacer a otros. (Perls, 1976, pág. 50).

Deflexión: es una evitación, una desviación de mi deseo o necesidad. “Retroflexiono” mi ira contra un superior jerárquico y, más tarde, la “deflexiono” conduciendo a demasiada velocidad o gritándoles a mis hijos sin causa justificada... Cuando me hacen una pregunta personal molesta, “deflexiono” con una broma que me libra de responder, o puede que lo haga con un discurso lleno de generalidades. Pero, una vez más, la deflexión puede resultar útil a menudo para no tener que abordar un conflicto: cambio de tema o “me acuerdo” repentinamente de que tengo que hacer una llamada telefónica urgente para eludir un problema delicado (que prefiero abordar más adelante, en mejores condiciones). (Ginger, 2005, pág. 70).

4.1.3. CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA PSICOTERAPIA GESTALT.

4.1.3.1. Homeostasis y Autorregulación.

Homeostasis: Es la capacidad de reconocer elementos del organismo y del entorno para mantenerlo estable.

El proceso homeostático es el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y por lo tanto su salud, en medio de condiciones que varían. Por lo tanto, homeostasis es el proceso mediante el cual el organismo satisface sus necesidades. (Perls, 1976, pág. 20).

Cuando el proceso homeostático falla en alguna medida, cuando el organismo permanece en un estado de desequilibrio durante demasiado tiempo y es incapaz de satisfacer sus necesidades, está enfermo. Cuando el proceso homeostático falla, el organismo muere. El proceso homeostático exige cierta capacidad de darse cuenta y cierta acción deliberada por parte del organismo.

Por lo tanto, bien podemos llamar al proceso homeostásico el proceso de la Autorregulación, el proceso mediante el cual el organismo interactúa con su ambiente. (Perls, 1976, pág. 21).

Autorregulación: capacidad de un organismo de reconocer los movimientos del campo. Configurar necesidades, elementos. Un organismo sano es capaz de autorregularse.

La autorregulación orgánica es el proceso mediante el cual el organismo hace intercambios con el ambiente para mantener su equilibrio tanto físico como psíquico y social. Es, pues, el principal mecanismo del organismo para mantener la homeostasis y, por tanto, para diferenciarse del resto del campo y mantener la vida. (Varas, 2011)

Enfermedad: Organismo pierde la capacidad de autorregularse y su homeostasis. Es un proceso. No existe una sola causa. Organismo puede enfermarse, pero también puede salir de ella. Mensaje de reconciliación de la enfermedad.

4.1.3.2. Neurosis.

La neurosis es considerada como el esfuerzo por evitar que un elemento tome conciencia. Por ejemplo, expresión de la pena. La interrupción neurótica se considera que la figura que interrumpe es una figura que me está pidiendo no ser. Aparece medio de evitación de contacto.

Para Perls, la neurosis aparece como una solución a un conflicto, entre mi necesidad y la necesidad del otro, las necesidades del otro acerca de mí y viceversa. Entonces la neurosis vista como solución neurótica implica eliminar algunos elementos que forman parte del conflicto. Elimino lo que me puede llevar a no ser querido. Reduce mi posibilidad de ser, pierdo libertad.

El neurótico es por definición una persona cuyas dificultades hacen que su vida presente sea un fracaso. Además, para nosotros, es una persona que está crónicamente dedicada a auto interrumpirse, que tiene un sentido de la identidad inadecuado (y por lo tanto no logra distinguirse a sí mismo del resto del mundo), que tiene medios inadecuados de autoapoyo, cuya homeostasis psicológica está descompuesta y cuyo comportamiento es el resultado de esfuerzos mal dirigidos orientados a lograr el balance. (Perls, 1976, pág. 70).

El ego es el sistema de identificación y alienación del organismo, en una neurosis, el ego aliena algunos de los procesos del sí mismo, es decir, no logra identificarse con el sí mismo tal como es. En vez de permitir que el sí mismo proceda con la organización de las respuestas en nuevas gestalten, el sí mismo es mutilado. El neurótico pierde su darse cuenta (aliena) el sentido de “soy el que piensa, siente, hace” (Perls et al., 1951, p. 235), el neurótico está dividido, no se da cuenta y se rechaza a sí mismo. (Yontef, 1995, pág. 49).

El neurótico encuentra difícil participar plenamente en el presente, le interfieren sus asuntos inconclusos del pasado. Sus problemas existen en el aquí y ahora, y sin embargo muy frecuentemente hay sólo una parte de él aquí como para encararlos. (Perls, 1976, pág. 70).

4.1.2.3. Polaridades.

Las polaridades, dos aspectos de una misma realidad.

Según Pedro de Casso, en su libro “Terapia de la autenticidad” las polaridades, son extremos de identificación, en la medida que uno se identifica con un polo, aliena el otro polo como extraño a sí mismo. La integración requiere admitir ambos como propios, el medio de conseguirlo es la identificación con lo alienado. El resultado esperable es la instalación en ese punto cero de

indiferencia, que permite identificarse hacia uno u otro lado según las exigencias de la situación (De Casso, 2003).

En la polarización, existen características de personalidad que se rigidizan y ya no puedo actuar de otra manera. En la solución neurótica, la persona esconde ciertos recursos para evitar un conflicto y potencia otros para solucionarlo. Tanto lo que la persona esconde y potencia le sirve para sobrevivir. Con esto el organismo pierde la capacidad de autorregulación, la satisfacción de sus necesidades, como, por ejemplo, expresar pena.

Cuando la persona rechaza una de sus formas de vivenciar, la formación de nuevas gestalten es bloqueada por las necesidades no satisfechas que forman gestalten incompletas, y que, por lo tanto, exigen atención. Al no vivenciar necesidades e impulsos, la auto-regulación orgánica se deteriora, necesitando confiar en regulaciones moralistas externas (Perls, 1948).

La solución neurótica implica negar aspectos propios del organismo y así va apareciendo un “yo idealizado” versus un “yo negado” que se manifiesta como una polarización del organismo en su intento neurótico de solucionar el conflicto. Esta polarización implica que hay aspectos (capacidades o características) de este organismo que la persona va a permitirse usar y otros que no (pues los niega). (Varas, 2011, pág. 15).

4.1.2.4. Campo Fértil.

Este concepto fue propuesto por la Dra. Adriana Schnake y se refiere a la posibilidad de favorecer la aparición de una enfermedad. Se relaciona con neurosis, en que niego ciertos aspectos y potencio otros. Aquella situación neurótica que hace que nos peleamos con aspectos de nuestro ser. Es una opción presente en todas las personas. El campo fértil es aquello que posibilita que la enfermedad aparezca en una persona y en otra no, aun teniendo, por ejemplo, la misma bacteria

(Bacilo de Koch). En Gestalt esa noción que parte de la medicina se aplica a las características de personalidad polarizadas y rechazadas que posibilitarían (hipótesis) la aparición de ciertas enfermedades, en las que el órgano representaría estas características negadas que de alguna manera surgen como mensaje de reconciliación en la enfermedad. (Schnake, 2007).

En su libro *Terapia de grupo*, Marina Varas señala lo siguiente “la emoción subyacente y la dificultad de aceptación de algunas características de la personalidad, plantea la hipótesis de que los aspectos negados pueden ser el “campo fértil” para que una determinada enfermedad pudiera tener más posibilidades de presentarse...” “... estamos hablando de una posibilidad de favorecer la aparición de una enfermedad en un órgano determinado. No estamos hablando de una “causa”. Es un elemento más del proceso de salud y enfermedad, que en algunos casos y momentos puede tener una mayor importancia en el proceso de la enfermedad”. (Varas, 2011, pág. 19).

4.1.4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE LA PSICOTERAPIA GESTALT.

4.1.4.1. Objetivos de la Terapia Gestalt.

Los objetivos de la terapia Gestalt, son en función de darle la oportunidad a la persona a que tome conciencia de sí mismo, darse cuenta de aquellos aspectos negados, de sus recursos con el fin de llegar al autoapoyo. En terapia gestáltica, el objetivo es la madurez. Perls define madurez como “la transición del apoyo ambiental al auto-apoyo” (Perls, 1965).

El objetivo de la terapia debe ser entonces darle al paciente los medios con los cuales pueda resolver sus problemas actuales y cualquiera que pudiera surgir mañana o en el futuro. Esa herramienta es el autoapoyo y esto lo logra enfrentándose consigo mismo y con sus problemas con todos los medios a su alcance en el momento, de inmediato. Si logra llegar a darse cuenta plenamente en todo instante de sí mismo y de sus acciones en todos los niveles - fantasía, verbal

o físico – podrá ver cómo se produce sus propias dificultades. Podrá también ver cuáles son sus dificultades del momento y podrá ayudarse a resolverlas en el presente en el aquí y ahora. Cada problema solucionado hace más fácil la resolución del próximo, ya que cada solución aumenta su autoapoyo. (Perls, 1976, pág. 69).

Si la terapia es exitosa, dejará al paciente apoyándose en sí mismo, ya no a merced de fuerzas ajenas que él no puede controlar. (Perls, 1976, pág. 61).

El proceso terapéutico (que es el establecimiento del sí mismo mediante la integración de las partes disociadas de la personalidad) debe llevar al paciente al punto en que ya no se siga interrumpiendo a sí mismo, es decir, hasta el punto en que ya no es neurótico. (Perls, 1976, pág. 75).

La terapia gestáltica se centra más en el proceso (lo que está ocurriendo) que en el contenido (lo que se está discutiendo). El énfasis está en lo que se está haciendo, pensando y sintiendo en el momento, más que en lo que fue, puede ser o debe ser. (Yontef, 1995, pág. 120).

4.1.4.2. Relación Paciente-Terapeuta.

Algo fundamental en la terapia gestáltica es la relación, el encuentro entre paciente y terapeuta, donde existen condiciones básicas que debe respetarse para considerar que se está efectuando una terapia gestáltica.

El terapeuta puede ayudar al paciente en el descubrimiento de sí mismo actuando como un espejo ampliador. El terapeuta no puede hacer descubrimientos para el paciente, sólo puede facilitar el proceso en el paciente. Por medio de sus preguntas puede llevar al paciente a ver su comportamiento con más claridad y puede ayudarle al paciente a determinar por sí mismo lo que su comportamiento representa. (Perls, 1976, pág. 80).

La primera responsabilidad del terapeuta es desafiar cualquier afirmación o conducta de parte del paciente que no es representativa del sí mismo y que es evidencia de su falta de autorresponsabilidad. Esto significa que tiene que vérselas con cada uno de los mecanismos neuróticos a medida que aparecen. Cada uno debe ser integrado por el paciente y debe ser transformado en una expresión de sí mismo, de modo que realmente pueda descubrirse a sí mismo. (Perls, 1976, pág. 84).

Cuando una persona neurótica —con su personalidad dividida, subempleo de las modalidades afectiva y sensitiva, y falta de auto apoyo- pretende que el terapeuta soluciones sus problemas vitales, el terapeuta gestáltico se niega; el terapeuta gestáltico no permite al paciente imponer sobre él la responsabilidad de su conducta. El terapeuta frustra intentos de operar en forma manipuladora en áreas esenciales. (Yontef, 1995, pág. 51).

El paciente es un participante activo y responsable, que aprende a experimentar y a observar, de modo tal que sea capaz de descubrir y lograr sus propios objetivos a través de sus propios esfuerzos. La responsabilidad por la conducta del paciente, por los cambios de conducta y por el trabajo para lograr tales cambios, es dejada al paciente. (Yontef, 1995, pág. 51).

Un terapeuta gestáltico competente debe ser capaz de darse cuenta de sus sentimientos internos y expresarlos espontáneamente cuando lo desee. (Yontef, 1995, pág. 64).

La función principal del terapeuta gestáltico es ayudar al paciente a aprender a discriminar, y para esto quizás sea necesario una exposición directa a los valores del terapeuta. La función del terapeuta es ayudar al paciente a percibir su conducta y las consecuencias e implicaciones de ella. (Yontef, 1995, pág. 66).

El terapeuta está abierto a, responde a y expresa sentimientos que genuinamente siente. Disponibilidad, honestidad y apertura son los conceptos claves. (Yontef, 1995, pág. 67).

El concepto total del rol del terapeuta fue modificado radicalmente por los primeros terapeutas gestálticos. La teoría psicoanalítica del cambio exigía al terapeuta limitar revelaciones personales o cualquier otro aspecto evidente que pudiera dar a conocer la persona del terapeuta. Incluso la oficina debía estar decorada de manera neutra, es decir, sin retratos familiares ni recuerdos personales que pudieran teñir la pantalla en blanco y colorear la transferencia. (Yontef, 1995, pág. 5).

La única contribución de Perls a la metodología psicoterapéutica reside en haber reemplazado la interpretación por la observación conductual y la experimentación. El terapeuta gestáltico no interpreta –observa, presenta experimentos, es una persona viviente en la situación terapéutica, así como en otros contextos. (Yontef, 1995, pág. 58).

Acorde a lo planteado por Claudio Naranjo (2002) (La vieja y novísima Gestalt), existen tres elementos que constituyen la actitud esencial de la terapia gestáltica, los cuáles son, apreciación de la realidad, estar consciente y responsabilidad. Estos tres elementos están relacionados entre sí y adoptar uno de ellos implica necesariamente adoptar los otros.

El ser responsable, es ser capaz de responder e involucra estar presente en el aquí y ahora. Estar verdaderamente presente en el aquí y ahora es estar consciente. Al estar consciente y en el aquí y ahora implica estar en la realidad y por lo tanto lleva a asumir la responsabilidad, ya que no estamos en la ilusión que es el medio por el cual evitamos asumir la responsabilidad.

Estas actitudes se manifiestan en otras más específicas entre ellas está el asumir una actitud de respeto por la enfermedad del otro, más que intentar generar cambios, aceptar a la persona tal como es dando paso a la autoaceptación. Se debe buscar el equilibrio entre el apoyo que se le otorga al paciente y la frustración y apartarse de la posición de dador de amor compulsivo, para poder generar autoapoyo. Rechaza las explicaciones o interpretaciones y justificaciones ya que estos apartan al paciente y al terapeuta de su experiencia directa, el terapeuta entonces debe guiar para lograr asumir su experiencia sin justificarla. Y confianza en la rectitud de nuestra propia naturaleza.

4.2. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ADICCIÓN.

4.2.1. Aspectos generales del fenómeno de la Adicción.

4.2.1.1. Definición de Adicción.

La palabra adicción proviene de la Antigua Roma, época en la que si un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir, como esclavo. De este modo, salía de su condición de deudor entregando su libertad como pago. Las adicciones no empiezan ni terminan solamente en el consumo de drogas: pueden ampliarse a cualquier objeto, persona o conducta. Toda situación que provoque en la persona un tipo de vínculo estereotipado y excluyente corre el riesgo de convertirse en una adicción, entre ellas, el trabajo, la comida, el sexo, la televisión, la obsesión por el orden, la limpieza, el afán excesivo de imponerse o de conseguir éxito profesional a toda costa. Tales adicciones socialmente aceptadas no son más que el deseo enfermizo de encontrar algo que se busca y aún no se ha hallado. Se intenta evitar el enfrentamiento con aquello que nos atemoriza: la incertidumbre por el futuro, el trabajo, la soledad, etc. Surge entonces la drogadicción o drogodependencia, a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como un estado

psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, que se caracteriza por producir modificaciones de la conducta y otras reacciones que incluyen siempre un deseo incontrolable de consumir droga, continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación. En la actualidad, el concepto ha sido remplazado por “consumo problemático de drogas”. Cuando un médico receta una sustancia, se puede hablar de uso de drogas, es decir, consumo de drogas sin las consecuencias negativas antes descritas. <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>

4.2.1.2. Clasificación en DSM- V y CIE 10.

Según la guía de consulta de los criterios diagnósticos, DSM V (2013) existe la clasificación, de “ Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, lo cual abarca diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina (o arilciclohexaminas, de acción similar) y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí, cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales. (Association., 2013).

Cabe destacar, que, en esta última guía de los diagnósticos de los trastornos mentales, se incluye el juego patológico dentro de los trastornos adictivos, como esta comprensión es acerca de la adicción a sustancias, esa definición se dejara fuera.

Muchos de los medicamentos prescritos o tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis del medicamento y normalmente desaparecen al disminuir éstas o al suspender el medicamento. Sin embargo, a veces pueden producirse reacciones idiosincrásicas a una sola dosis. Los medicamentos que ocasionan trastornos relacionados con sustancias incluyen, entre otros, los anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos sin receta médica, antidepresivos y disulfiram. La exposición a una amplia gama de otras sustancias químicas también propicia la aparición de un trastorno relacionado con sustancias. Entre los tóxicos capaces de provocar estos trastornos se incluyen los metales pesados (p. ej., plomo o aluminio), raticidas que contengan estricnina, pesticidas que contengan inhibidores de la acetilcolinesterasa, gases con afinidad por el sistema nervioso, glicoletileno (anticongelante), monóxido de carbono y dióxido de carbono. Las sustancias volátiles (p. ej., gasolina, pintura) se clasifican como «inhalantes» si se usan con el propósito de intoxicarse, o «toxinas» si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado. El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente

inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

Dependencia de sustancias:

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer.

Craving: la «necesidad irresistible» de consumo, aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

La dependencia: se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

1. Tolerancia: es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la

sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.

La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias.

2. La abstinencia: es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas.

3. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida).

4. El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia.

5. Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos.

6. En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia.

7. El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia.

El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Diagnóstico diferencial:

Los trastornos relacionados con sustancias se distinguen del consumo no patológico de sustancias (p. ej., bebedores «sociales») y del consumo apropiado de medicamentos por razones médicas debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, uso compulsivo o problemas relacionados con las sustancias (p. ej., complicaciones médicas, alteraciones de las relaciones familiares o sociales, problemas laborales, económicos o legales). Los síntomas predominantes del abuso o la dependencia de sustancias son de forma invariable los repetidos episodios de intoxicación por sustancias. Sin embargo, uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para establecer el diagnóstico tanto de dependencia como de abuso de sustancias.

Los sujetos con trastornos relacionados con sustancias toman con frecuencia más de una sustancia y pueden estar bajo la intoxicación de una sustancia (p. ej., heroína) y en abstinencia de

otra (p. ej., diazepam). Esta diferenciación se complica más por el hecho de que los signos y síntomas de la abstinencia de algunas sustancias (p. ej., sedantes) pueden parecerse parcialmente a los de la intoxicación por otras (p. ej., anfetaminas). La intoxicación por sustancias debe distinguirse del delirium por intoxicación de sustancias, del trastorno psicótico inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación, del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación, del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación, del trastorno sexual inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación, y del trastorno del sueño inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación, por el hecho de que los síntomas de estos últimos son excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a la intoxicación por sustancias, y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. La abstinencia de sustancias debe distinguirse del delirium por abstinencia de sustancias, del trastorno psicótico inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia, del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia, del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia, del trastorno sexual inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia, y del trastorno del sueño inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia, por el hecho de que los síntomas de estos últimos son excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a la abstinencia de sustancias, y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son similares, pero no idénticos, a los del DSM-V. La CIE-10 condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento de anhelo (craving) por la sustancia. Los

Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren una duración mínima de los síntomas de 1 mes o bien una repetición de los episodios durante un período de 12 meses. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el consumo abusivo de sustancias requieren «pruebas evidentes de que el consumo de la sustancia es responsable de (o contribuye sustancialmente a) daños físicos o psicológicos, incluyendo afectación de la capacidad de juicio o comportamiento disfuncional, que puede conducir a una incapacidad para mantener relaciones interpersonales o a que éstas sean negativas». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de consumo nocivo. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la intoxicación son prácticamente iguales a los del DSM-V. No obstante, a diferencia de la definición del DSM-V de abstinencia, que especifica que los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del individuo, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la abstinencia sólo requieren la presencia de signos y síntomas característicos

4.2.1.3. Mirada desde la Neurociencia.

Dentro de este estado presente es importante mencionar los aportes de la neurociencia en el ámbito de las adicciones, debido a que gracias a los avances en esta área es posible establecer que es lo que le sucede a nivel neurológico a la persona que usa y abusa de las drogas, o también a aquella persona que tiene un comportamiento adictivo. Desde aquí se entiende la adicción como una enfermedad que se caracteriza por una profunda alteración de ciertas vías o circuitos cerebrales. (Sociedad española de neurociencias SENC, diciembre 2012, www.sfn.org). Cuando una persona toma una sustancia adictiva, ya sea nicotina, alcohol, cocaína, heroína o metanfetamina, los compuestos químicos viajan rápidamente por el torrente sanguíneo hasta unas regiones claves del cerebro que conforman el sistema de recompensa, un sistema que regula la capacidad de las

personas para sentir placer. Cuando una persona consume una droga, el circuito que configura este sistema de recompensa queda anegado por dopamina (neurotransmisor o compuesto químico cerebral), que activa unas estructuras específicas de las neuronas denominadas receptores, aumentando con ello la sensación de placer y recompensa. Con el tiempo, el cerebro se adapta al exceso de dopamina reduciendo el número de sus receptores y la cantidad total de dopamina en el cerebro. Por eso los adictos se ven obligados a consumir cada vez mayores cantidades de droga para conseguir el mismo efecto.

Los neurocientíficos también han descubierto que las drogas alteran las conexiones de los circuitos cerebrales responsables del aprendizaje y la memoria, generando fuertes asociaciones entre la sensación placentera que produce la droga y las circunstancias en las que se ha consumido.

Las drogas alteran asimismo los circuitos cerebrales de la corteza prefrontal que se encargan del control de impulsos, haciendo más difícil que los adictos puedan resistirse a las drogas. Y a la inversa, hay estudios que indican que las deficiencias funcionales de la corteza prefrontal aumentan el riesgo de drogadicción. La genética también puede hacer que algunas personas sean más sensibles a las alteraciones de los circuitos cerebrales que causan la adicción. No existe un único gen de la adicción, pero parece ser que hasta un 60% de la vulnerabilidad a la adicción puede deberse a una compleja combinación de factores genéticos.

Los factores ambientales como el estrés también alteran los circuitos cerebrales de forma que los hacen más vulnerables a la drogadicción. Se ha demostrado que durante los períodos de abstinencia aumenta la actividad de un neurotransmisor llamado corticoliberina en la amígdala, una región cerebral que desempeña un papel fundamental en el procesamiento de las emociones, incluidas las de carácter negativo como la ansiedad, la depresión y el miedo. Esto puede explicar

por qué los adictos sienten a menudo ansiedad y depresión cuando están sobrios, y por qué vuelven a caer enseguida en las drogas.

Según la neurociencia, pese a todo lo anterior, los adictos se pueden recuperar. Aunque las recaídas siguen siendo una amenaza constante, el cerebro tiene una notable capacidad para recobrase de la drogadicción. Los estudios de imagen indican, que la dopamina aumenta hasta niveles casi normales después de unos meses de abstinencia.

4.2.1.4. Conceptos Básicos de las Adicciones.

Para diferenciar el uso del abuso de drogas es importante revisar: la cantidad y frecuencia del consumo, las características del consumidor, las circunstancias en que ese consumo se produce. Si la forma en que se da el consumo, las cantidades consumidas o las características personales hacen peligrar la salud de quien consume, ya sea en lo físico, lo psicológico o lo social, se puede hablar de abuso de drogas. El límite entre el uso y el abuso es difícil de precisar. Y a veces las personas que usan una droga no se dan cuenta cuando empiezan a abusar de ella.

Uso (de drogas): Hay personas que consumen alcohol, tabaco, infusiones diversas, medicamentos prescritos o no, y otras sustancias, en forma experimental, ocasional y habitual. A esta modalidad se la denomina uso.

Las drogas socialmente aceptadas no siempre son inofensivas, depende de cuánto y cómo se las consume. Es posible que, bajo ciertas circunstancias, del uso pueda transitarse al abuso.

(Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas, s.f.)

Adicto: Persona que consume sustancias psicoactivas al punto de su vida en diferentes ámbitos. Esta afectación depende de: patrón de consumo (frecuencia, intensidad), tipo de sustancia, características idiosincráticas individuales y el contexto (familiar, social y cultural).

Alcoholismo: El término alcoholismo ya no existe sanitariamente: el Ministerio de Salud chileno lo modificó en 1990, por lo que hoy se usa el concepto de “beber problema”. Éste, a su vez, se divide en beber problema con y sin dependencia.

Bebedor problema sin dependencia: persona que transgrede las condiciones del beber normal. Cualquier forma de ingestión de alcohol que, directa o indirectamente, produce consecuencias negativas para quien consume y/o terceras personas en los ámbitos de la salud, las relaciones familiares, laborales, la seguridad pública, etc.

Bebedor problema con dependencia: concepto homologable a la noción tradicional de alcoholismo y se define de acuerdo a los criterios planteados en el CIE 10.

Anfetaminas: Son drogas estimulantes elaboradas a partir de sustancias químicas y no extraídas de plantas. Entre los numerosos derivados de las amfetaminas se encuentran el sulfato de amfetamina, la dexanfetamina, la metanfetamina y otras drogas como el MDMA (Metilendioximetanfetamina), que es el compuesto principal de la droga llamada éxtasis.

BDZ: Las benzodiazepinas (BZD) son una clase de drogas con efectos hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes (relajantes musculares). Son agentes depresores del sistema nervioso más selectivos que drogas como los barbitúricos, actúan, en particular, sobre el Sistema límbico.

Cocaína: Droga estimulante, se extrae químicamente de las hojas de la coca (Erithroxylon coca), planta que se cultiva en el altiplano andino. Se presenta de variadas formas, siendo la más habitual como clorhidrato, que a la vista es un polvo muy blanco y fino, similar al cristal molido.

La cocaína tiene efectos analgésicos, su uso médico no es reconocido en la actualidad, especialmente por sus efectos secundarios, pasando a ser una droga de abuso. Suele inhalarse y también puede disolverse e inyectarse, sus efectos son similares a los de las anfetaminas. Mezclada químicamente con bicarbonato de sodio se obtiene el crack, y puede consumirse fumándola, esta forma es poco conocida en nuestro país.

Consumo experimental: Corresponde a situaciones de contacto inicial con una o varias sustancias que puede acompañarse de abandono de las mismas o de continuidad en el consumo. Las motivaciones pueden ser varias: curiosidad, presión del grupo, atracción de lo prohibido y del riesgo, búsqueda del placer y de lo desconocido y disponibilidad de drogas, entre otras.

Consumo habitual: Supone una utilización frecuente de la droga. Esta práctica puede conducir a otras formas de consumo dependiendo de la sustancia, la frecuencia con que se emplee, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc. Entre las motivaciones expresadas para mantener el uso de las drogas están intensificar las sensaciones de placer; pertenencia al grupo y necesidad de reconocimiento dentro de éste; mitigar la soledad, el aburrimiento, la ansiedad; reafirmar independencia o aversión hacia la sociedad y reducir el hambre, el frío, la debilidad o el cansancio. Algunos indicadores que denotan consumo habitual: la persona amplía las situaciones en las que recurre a las drogas, usa drogas tanto en grupo como solo, el usuario conoce sus efectos y los busca, suele comprar la sustancia, como no ha perdido el control sobre su conducta, la persona manifiesta poder abandonar el hábito en caso de proponérselo.

Consumo ocasional: Es el uso intermitente de la/s sustancia/s, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia. Entre las motivaciones principales están facilitar la comunicación, la búsqueda de placer, relajación y transgredir las normas, entre otras. Algunas características del consumo ocasional: el individuo continúa utilizando la sustancia en grupo, aunque es capaz de

realizar las mismas actividades sin necesidad de drogas, conoce la acción de la/s droga/s en su organismo y por eso la/s consume. No hay hábito y, generalmente, no compra la sustancia; también la comparte.

Consumo perjudicial: cuando la forma de uso de una sustancia psicoactiva está causando daño a la salud. El daño puede ser físico (hepatitis debido a la administración de sustancias psicotrópicas atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas o mental (trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

Consumo precoz de drogas: se refiere al consumo antes de los 18 años de edad, en donde los riesgos son mucho mayores, haciendo más probable el desarrollo del policonsumo (uso de más de una droga) y de la dependencia.

Consumo problemático de drogas: Se refiere al uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial, para la persona que consume o su entorno, esto es problemas de salud (incluidos los signos y síntomas de dependencia), problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de obligaciones, entre otros. Se han identificado 4 áreas de problemas relacionados con el consumo de drogas: incumplimiento de obligaciones (laborales, académicas, familiares), riesgos de salud o físicos, problemas legales y compromiso en conductas antisociales, problemas sociales o interpersonales.

Crack: Crack es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína, en concreto el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse (por la ebullición del agua que contienen).

Cristal: Se le denomina así al clorhidrato de metanfetamina, esto consiste en pedazos de cristales transparentes parecidos al hielo, que se pueden inhalar fumándolos.

Cultura de drogas: Son todas aquellas representaciones sociales y significados compartidos por las personas insertas en ambientes o espacios sociales donde se consume o trafican drogas. Esto se refleja, por ejemplo, a nivel del lenguaje en el uso de determinados términos o palabras en ciertos contextos de consumo o tráfico.

Dependencia a sustancias psicoactivas: La dependencia de drogas es la situación fisiológica en la que el consumidor ha desarrollado una adaptación o tolerancia al uso de drogas, cuya suspensión brusca puede generar una enfermedad denominada abstinencia.

La dependencia puede afectar al organismo en general denominándose dependencia física o a actividades específicas del sistema nervioso central (cognitivas, conductas repetitivas, etc.) denominándose dependencia psíquica. Los dos tipos de dependencia tienen sustratos biológicos y son estrictamente hablando dependencias físicas.

Drogas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se entiende por drogas ilícitas aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica. Se distinguen según su origen en drogas naturales (provenientes de alguna planta) o sintéticas (elaboradas a partir de sustancias químicas).

Drogas blandas/duras: La clasificación de las drogas en “blandas y duras” ha implicado debates internacionales que no han sido resueltos. Mientras que algunos países la Ley de Drogas considera como drogas blandas a aquellas a las que se les atribuye un menor poder adictivo y menor consumo problemático, como el cannabis; en Italia por ejemplo la Ley contra los

estupefacientes equipara las eventuales drogas blandas como la marihuana a las eventuales drogas duras como la heroína o cocaína y tiene como punto principal la equiparación de las penas, entre 6 y 20 años, por los delitos de importación, exportación, compra o posesión de una sustancia estupefaciente para uso no personal, sea una droga considerada ‘blanda’ o ‘dura’.

Drogas de síntesis: Son drogas elaboradas y sintetizadas, a menudo para el uso ilegal, fabricadas en laboratorios clandestinos por modificación de la estructura de drogas existentes. La mayoría de ellas tienen efectos estimulantes como el éxtasis u otras anfetaminas o metanfetaminas, aunque también las hay con efectos depresógenos y mixtos.

Drogas legales e ilegales: Este es uno de los criterios por los cuales se pueden clasificar o distinguir distintas sustancias para efectos de estudio. Son legales, en cuanto drogas, todas las sustancias cuyo uso no está penalizado por la ley, entre estas, el tabaco y el alcohol; también caben dentro de esta categoría todos los medicamentos y fármacos que tienen efectos sicotrópicos, pero que pueden ser usados ilegalmente, cuando se los emplea fuera de un contexto terapéutico. Existe otro grupo de sustancias legales de uso casero o industrial, que también pueden ser empleados para obtener efectos sicotrópicos, tal es el caso de los solventes volátiles o inhalables, como la acetona, el tolueno.

Ilegales son todas las sustancias que producen efectos sicotrópicos cuya comercialización y uso no está permitido por la ley, tal es el caso de la cocaína y la marihuana entre muchas otras.

Drogas psicodélicas: Denominación popularizada durante le década de los 60, para denominar a las sustancias cuyo consumo produce alucinaciones, principalmente visuales, a partir de las experiencias del Psiquiatra Timothy Leary, con Ácido Lisérgico (LSD).

Drogas psicotrópicas: Son sustancias que actúan sobre el sistema nervioso (estimulantes, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos), cuyo uso puede crear hábito, provocar efectos de dependencia y un síndrome de abstinencia cuando se prescinde de ellas.

Drogodependencias – Causas: La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto. Un análisis superficial puede llevarnos a pensar que el verdadero causante de la toxicomanía hay que buscarlo en las propiedades de la sustancia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la sustancia adquiere importancia en la medida en que cumple una determinada función para el usuario.

En este origen multicausal de las drogodependencias, los factores de riesgo y protección adquieren un rol preponderante en el desarrollo de las mismas. Así en la drogodependencia intervienen factores que tienen que ver con: la droga, el individuo, el ambiente

Estos factores son estudiados a través de diversos modelos explicativos: Biológico: Se basa en aspectos orgánicos, llamado también médico; psicológico: Basado en teorías de aprendizaje (conductistas, cognitivistas u otros); sociológico: Basado en modelos de aprendizaje social u otros.

Estupefacientes: Término usado para denominar genéricamente las drogas ilícitas o drogas de abuso. De acuerdo a las convenciones internacionales se entiende por estupefaciente a cualquiera de las sustancias, naturales o sintéticas, que figuran en la Lista I o la Lista II de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

Éxtasis (MDMA): Droga estimulante de la familia de las anfetaminas (Metanfetamina) que contiene principalmente MDMA (Metilendioximetanfetamina), produce efectos estimulantes y ectonógenos (empatía social), con frecuencia las pastillas de éxtasis contienen otras metanfetaminas y LSD. Estas sustancias se sintetizan en todo o en buena parte en laboratorios. Normalmente se toman por vía oral y su aspecto es variado, ya sea en comprimidos, tabletas o cápsulas de variados colores e ilustraciones. Es de muy fácil adulteración. Su consumo involucra serios riesgos para la salud, especialmente cuando se mezcla con otras sustancias, por ejemplo, el alcohol.

Factores de riesgo y protección: Término acuñado en salud pública, aplicado al fenómeno de las drogas que se refiere a un conjunto de variables y condiciones que facilitan o favorecen la probabilidad de ocurrencia o de mantención de la conducta de consumo de drogas. Se distinguen factores de riesgo en distintos ámbitos y contextos: individual, interpersonal, escolar, comunitarios, social, etc.

4.2.2. Antecedentes Epidemiológicos.

4.3.1. Antecedentes a nivel mundial.

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra –que equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido– no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. Sin embargo, dado que se calcula que más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador.

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable. Las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opioides. El período inmediatamente posterior a la excarcelación se asocia con un aumento considerable del riesgo de muerte por causas relacionadas con drogas (principalmente por sobredosis), cuya tasa de mortalidad es mucho mayor que la mortalidad por todas las causas en la población general.

Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y a mayores probabilidades de muerte prematura. Una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C.

El cannabis, cuyos consumidores sumaron 183 millones en 2014, sigue siendo la droga de consumo más frecuente en el mundo, seguida de las anfetaminas. El uso indebido de opiáceos y opioides sujetos a prescripción médica, cuyos consumidores se estiman en 33 millones de consumidores, es menos habitual, pero los opioides siguen siendo sustancias destacables por sus efectos potencialmente nocivos para la salud. El hecho de que se haya registrado un marcado aumento del consumo de heroína en algunos mercados (en particular de América del Norte) en que los anteriormente había disminuido demuestra que esa droga todavía constituye uno de los grandes problemas de salud pública. A nivel mundial, en los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis. Sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha

aumentado. Tras un período de estabilidad, desde 2010 también ha ido aumentando el consumo de cocaína, debido principalmente al aumento del consumo de esa sustancia en América del Sur. Por otra parte, el consumo de anfetaminas parece mantenerse estable, pero tal vez esto no sea un fiel reflejo de la situación de algunas de las subregiones, concretamente Asia oriental y sudoriental, donde no se dispone de información reciente sobre el alcance del consumo de drogas. El panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente.

En el último decenio el tratamiento relacionado con el consumo de cannabis ha ido en aumento en muchas regiones. En varios países de Europa se ha observado un aumento del número de personas sometidas a tratamiento por ese problema, pese a haber disminuido el de consumidores frecuentes

En promedio, las personas más jóvenes buscan tratamiento por trastornos debidos con mayor frecuencia al consumo de cannabis y anfetaminas que al de otras drogas. Esto refleja la tendencia ascendente del consumo de cannabis y anfetaminas y el consiguiente aumento de las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de dichas sustancias. Las personas en tratamiento por trastornos relacionados con los opioides o la cocaína suelen hallarse en la treintena, lo que en muchas subregiones refleja un envejecimiento de la cohorte de consumidores que reciben tratamiento y una disminución general de la demanda de tratamiento. En general, los hombres tienen una probabilidad de consumir cannabis, cocaína o anfetaminas tres veces mayor que las mujeres, y estas tienden más que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes con fines no médicos. Las disparidades de género en el consumo de drogas pueden atribuirse en mayor medida a las oportunidades de consumirlas en un entorno social

que a la mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad de uno de los géneros al consumo de drogas. Además, si bien la mayoría de los estudios indica que la prevalencia del consumo de drogas es mayor en los jóvenes que en los adultos, las diferencias de género en cuanto al consumo son menores entre los jóvenes que entre los adultos.

4.3.2. Antecedentes en Chile.

Para describir la magnitud del uso de drogas ilícitas, SENDA utiliza como medida de referencia la prevalencia de consumo en el último año (aquellos que declaran haber consumido al menos una vez la droga señalada en los últimos doce meses).

Al observar las principales prevalencias de consumo que se analizan en la serie de estudios, se aprecian aumentos significativos en los reportes de último mes de alcohol, último año de marihuana y último año de cocaína. Por otro lado, en el caso de tabaco (prevalencia de uso diario) y pasta base de último año no se aprecian variaciones respecto a 2012.

La prevalencia diaria de tabaco detiene el descenso mostrado a lo largo de la década pasada, llegando a un 22,7% en esta versión. No obstante, lo anterior, se observa un aumento significativo en mujeres pasando de un 20,1% en 2012 a un 22,2% en 2014, equiparándose las prevalencias de consumo respecto a hombres. En el caso de la marihuana se observa un cambio en nivel independiente del sexo, edad y nivel socioeconómico, pasando de un 7,1% en 2012 a un 11,3% en 2014. La diferencia observada entre hombres y mujeres es estadísticamente significativa para este estudio, al igual que la diferencia entre adolescentes (12 a 18 años) /jóvenes (19 a 25 años) respecto a los otros tramos de edad.

La prevalencia de alcohol aumenta 8,1 puntos porcentuales respecto a 2012, y es el mayor reporte en la serie de estudios desde 2008. La desagregación del consumo por sexo muestra que el

aumento se da en mayor medida en mujeres respecto a hombres (10 frente a 6,1 puntos porcentuales), a pesar de lo anterior el consumo continúa siendo significativamente mayor en hombres. Por edad, no se observan cambios en jóvenes respecto al estudio anterior y el consumo en adultos jóvenes (26 a 34 años) es el más alto reportado en el presente estudio. Para cocaína, el aumento en la prevalencia año se explica por un aumento significativo en hombres (1,3% a 2,2%) y en niveles socioeconómicos medios (0,6% a 1,3%). Por otro lado, la prevalencia de consumo de pasta base se mantiene en un 0,5% variando sólo 0,1 puntos porcentuales respecto a 2012.

4.2.3. Comprensión del suceso de la adicción desde otros modelos.

4.2.3.1. Visión Psicoanalítica.

La teoría Psicoanalítica fue creada por Sigmund Freud, médico austríaco, a inicios del 1900, dentro de sus múltiples aportes a la psicología, es el concepto de inconsciente uno de los más importantes para la terapia, donde uno de sus premisas fundamentales es hacer consciente el inconsciente, lo cual se va logrando a partir de técnicas como la de asociación libre, que consiste que el paciente hable de lo que le surja.

En relación a las adicciones, no se ha estudiado tanto el tema, algunos postulan que puede ser una fijación en la etapa oral y otros lo relacionan a la castración, entendida como pérdida, como falta constituyente del ser humano. El hilo conductor del enfoque psicoanalítico es la idea de que el comportamiento humano es moldeado e impulsado por una serie de diferentes elementos e cada individuo, por tanto, con un significado personal y que la toma de conciencia de estos elementos significativos aumenta nuestras posibilidades de elección y de libertad en nuestras vidas. Freud, propone que existen fuerzas (necesidades, deseos, juicios y creencias) dinámicas que están fuera de nuestra conciencia y motivan nuestro comportamiento. Los tratamientos psicoanalíticos apuntan

a la meta de ayudar a las personas a hacerse más conscientes de estas motivaciones internas y de sus defensas frente a ellas, para comprender mejor cómo funcionan sus mentes a fin de encontrar nuevas posibilidades para resolver o expresar lo que ha estado fuera de la conciencia. (Tatarsky, 2002).

El psicoanálisis ha tenido mala reputación en cuanto al tratamiento de personas con problemas de drogas y alcohol. Mucha gente que ha escuchado algo sobre el rol del psicoanálisis en la historia del tratamiento de estos problemas, ha oído que los enfoques psicoanalíticos fracasaron en las décadas de 1940 y 1959 y que ya no se les considera tratamientos viables para estos problemas. (Tatarsky, 2002).

Dentro de las terapias de base dinámica o analítica existen varias modalidades de tratamiento que Yllá (2005) clasifica en: psicoanálisis clásico, psicoterapia dinámica o analítica (breve, focal o estándar) y psicoterapia analítica de grupo. (Becoña I. E., 2010).

En la actualidad existen algunas terapias publicadas por clínicos con formación analítica, en general focalizadas en la adicción y de tiempo limitado, como la Terapia de Soporte Expresivo de Luborsky (Luborsky, 1984; Mark y Faude, 1995; Mark y Luborsky, 1992). Se basa en que los trastornos psicopatológicos, incluidas las adicciones, están relacionados con trastornos en el funcionamiento interpersonal. Enmarcada en el campo de las terapias dinámicas breves, esta aproximación terapéutica presta especial atención al análisis de la relación entre sentimientos-conducta y drogas. La terapia tiene dos componentes principales: técnicas de apoyo para ayudar a los pacientes a sentirse cómodos cuando hablan de sus experiencias personales y técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identificar y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales (Woody, 2003). Se presta atención especial al papel que desempeñan las drogas

con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas, promoviendo cambios duraderos en el estilo de vida (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995). Se ha mostrado de especial interés en el ámbito del tratamiento de mantenimiento con metadona, singularmente con pacientes que presentan problemas de salud mental combinados con el patrón adictivo. (Becoña I. E., 2010)

La Terapia Interpersonal es un modelo de psicoterapia breve, focalizada y de tiempo limitado, diseñada en su origen para el tratamiento de la depresión (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). Es un enfoque de intervención poco estructurado y más exploratorio. En el tratamiento de trastornos adictivos se centra tanto en estrategias para detener el consumo como en mejorar el funcionamiento personal. (Becoña Iglesias, 2008)

Existen pocos estudios que evalúen la eficacia de estas terapias en personas con trastornos adictivos. Las publicaciones se centran en cuestiones como la retención en tratamiento y la terapia de grupo y sugieren que la terapia psicoanalítica convencional puede ser útil en estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción.

La Asociación Psicoanalítica Internacional publicó en 1999 un trabajo (Fonagy, Kächele, Krause, Jones y Perron, 1999) en el que se revisaron casos clínicos documentados y estudios de eficacia del psicoanálisis. Entre los principales resultados de la revisión destacan: (a) la efectividad es mayor en los pacientes más jóvenes; (b) los tratamientos largos tienen mejores resultados; (c) el psicoanálisis puede reducir el uso de medicación psicotrópica y (d) se asocia con una mejora en la capacidad laboral. En la publicación también se recogen las limitaciones metodológicas de los trabajos de partida, llegando a la conclusión que los estudios no pueden demostrar de manera

inequívoca que el psicoanálisis sea efectivo en relación a un placebo activo u otras formas de terapia. (Becoña Iglesias, 2008)

En revisiones recientes del tratamiento de la dependencia al alcohol, la psicoterapia grupal psicodinámica fue evaluada como comparativamente menos efectiva que otros métodos. Sin embargo, algunos estudios norteamericanos han demostrado efectos diferenciales en los tratamientos de subgrupos de pacientes dependientes del alcohol. (Becoña Iglesias, 2008)

TERAPIA DE SOPORTE EXPRESIVO (TSE) Se ha evaluado poco su eficacia. En el ámbito de los trastornos adictivos se ha utilizado con pacientes en mantenimiento con metadona con consumos de cocaína (Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1995). En este estudio se distribuyó aleatorizadamente a 84 sujetos en dos grupos: counseling + counseling sobre drogas y counseling + terapia expresiva de soporte, ambos durante 24 semanas. El seguimiento se prolongó hasta 6 meses después del alta. Durante el tiempo de tratamiento, ambos grupos no se diferenciaron en la proporción de orinas positivas a opiáceos, pero el grupo de los que recibieron terapia expresiva de soporte mostraron menor consumo de cocaína y requirieron dosis menores de metadona. Ambos grupos mostraron beneficios del tratamiento, pero a los 6 meses los del grupo de sólo counseling mostraron un decaimiento de los logros, mientras que el grupo de los que recibieron terapia expresiva de soporte mantuvieron las ganancias. (Becoña I. E., 2010)

TERAPIA INTERPERSONAL (TIP) La TIP se adaptó al tratamiento de la cocainomanía en los años 80 (Rounsaville et al., 1985) y se ha utilizado mucho en EE.UU. combinada con otros tratamientos, incluidos los psicofarmacológicos. Rounsaville y Carroll (1993) adaptan este procedimiento en los trastornos adictivos a dos poblaciones clínicas: tratamiento ambulatorio de pacientes en mantenimiento con metadona y pacientes que abusan de cocaína. Kaufman (1985)

también utiliza este enfoque con pacientes ambulatorios con abusos de cocaína. La Asociación Americana de Psiquiatría (1997) recomienda la terapia interpersonal con un grado de recomendación C. (Becoña Iglesias, 2008)

Terapias analíticas y psicodinámicas En la actualidad no hay suficientes estudios controlados y aleatorizados para poder concluir que este tipo de tratamientos son eficaces en el abordaje de las conductas adictivas. Las dos terapias que han sido más estudiadas dentro de este grupo son la terapia de soporte expresivo y la terapia interpersonal, pero aplicada a otros trastornos (ej., la terapia interpersonal en la depresión). (Becoña I. E., 2010).

4.2.3.2. Visión Cognitiva-Conductual.

Las terapias cognitivo-conductuales representan la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Suponen el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consisten básicamente en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias. Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales,
- b. establecer metas realistas y consensuadas con el paciente,
- c. buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes,

d. utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas.

Son múltiples las ventajas de los enfoques basados en las teorías del comportamiento. Destacar, por ejemplo:

- a. su flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- b. la facilidad con la que son aceptados por los pacientes debido a su alto b. nivel de implicación en la selección de objetivos y en la planificación del tratamiento.
- c. el permitir a los pacientes hacer su propio cambio de comportamiento.
- d. su conexión con la teoría psicológica establecida.
- e. su derivación del conocimiento científico y aplicación a la práctica clínica.
- f. su estructuración, lo que permite la evaluación de resultados.
- g. su efectividad basada en la evidencia científica.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen: Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, Prevención de recaídas, Entrenamiento en manejo del estrés, Entrenamiento en relajación, Entrenamiento en habilidades sociales, Entrenamiento en habilidades de comunicación, Entrenamiento en habilidades para la vida, Ejercicio aeróbico, Entrenamiento en asertividad, Entrenamiento en manejo de la ira. (Becoña Iglesias, 2008)

4.2.3.3. *Visión Sistémica.*

Los conceptos que hacen referencia a este modelo proceden de ámbitos relativamente independientes. Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; (a) la Pragmática de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jakson, 1967), (b) la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1954) y (c) en conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948). (Becoña I. E., 2010)

A) Conceptos de la Teoría General de Sistemas:

Sistema: Conjunto de unidades interrelacionadas entre sí, cada una de ellas con: diferente nivel de complejidad, límites de permeabilidad variables, sistema de comunicación interno, y medio de comunicación con el exterior, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.

Tipos de sistemas: Pueden ser abiertos cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica; se podría hablar de sistemas cerrados en aquellos casos en los cuales el intercambio sería escaso o prácticamente nulo.

Propiedades de los sistemas abiertos:

1. Totalidad y su corolario no sumatividad. El todo es más que la suma de sus partes; esto es: existen ciertas propiedades del sistema que derivan no sólo de los elementos en sí mismos, sino de la forma en que estos se relacionan. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las demás que un cambio en una de ellas desencadena un cambio en todas y cada una de las demás y, por tanto, en el sistema como un todo.

2. Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido de que una “causa” A provoque un “efecto” B), sino circulares en el sentido de que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.

3. Equifinalidad: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esto no ocurre en los sistemas cerrados.

B) Conceptos de la Cibernética:

Homeostasis: La homeostasis es el estado interno de un sistema que se mantiene relativamente constante mediante la autorregulación.

Feedback: En un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).

Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo.

C) Conceptos Comunicacionales:

Es imposible no comunicar, por lo que, en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.

En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) o semánticos y aspectos relacionales (nivel analógico) entre emisores y receptores. Es el nivel

analógico el que cualifica a cómo ha de entenderse el mensaje, es decir, designa que tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.

La definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro.

Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella, respectivamente. Cuando la intervención simétrica se cronifica hablamos de escalada simétrica. Cuando se cronifica la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida. Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos.

D) Conceptos evolutivos (Haley,1981) La familia como sistema atraviesa una serie de fases más o menos normativas y propias de su ciclo vital (noviazgo, matrimonio, procreación, adolescencia, maduración de los hijos, emancipación, vejez).

La importancia de las nociones evolutivas en TFS no radica sólo en cada fase en sí misma, sino en la crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. En este sentido, el proceso óptimo de superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización.

E) Conceptos Estructurales

Dentro de los sistemas se pueden apreciar pequeños subconjuntos formados por elementos del mismo sistema que se relacionan entre sí. Es lo que conocemos con el nombre de subsistemas. Así, un subsistema es un conjunto de elementos agrupados en torno a una misma función o

cualidad. Básicamente son tres los subsistemas que tendremos que valorar a la hora de realizar un abordaje familiar: el conyugal; el parental (o parento-filial) y el fraternal o filial. (Becoña Iglesias, 2008).

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Las fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares.

Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de límites difusos (familias aglutinadas), por un lado, y de límites rígidos (familias desligadas), por el otro. La mayor parte de familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Los límites pueden separar subsistemas del sistema familiar o a la totalidad del sistema del exterior. En este último caso, los límites exteriores se denominan fronteras.

Dentro del funcionamiento familiar se pueden dar diferentes configuraciones relacionales. Según Minuchin (1974) se pueden encontrar: (a) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (b) Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor. Esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del cónyuge. (c) La desviación de conflictos, que se produce cuando se define a un hijo como malo y los padres, a

pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como enfermo y se unen para cuidarlo y protegerlo. (Becoña Iglesias, 2008)

En sus orígenes, el concepto de Terapia Familiar resultaba ser un sinónimo de Terapia Sistémica. Con el tiempo, las intervenciones psicoterapéuticas que han contado con los familiares del adicto han ido diversificando su metodología, despegándose de la ortodoxia sistémica e incorporando estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, conduciendo a un cambio terminológico, que ha permitido que en el momento actual se hable de “Tratamientos Basados en la Familia”. (Becoña Iglesias, 2008)

De los tres estudios recopilatorios de trabajos y los dos metaanálisis, extrajeron las siguientes conclusiones:

1. La evaluación de la eficacia de las terapias basadas en la familia resulta especialmente difícil por dos razones: (a) dentro de lo que se han denominado abordajes sistémicos relacionales se incluyen diferentes técnicas de intervención que, aunque basados en un paradigma teórico común, enfatizan distintos aspectos del modelo; y (b) en muchas patologías, se utilizan los tratamientos basados en la familia junto a otros recursos terapéuticos, como los farmacológicos, o las terapias individuales, grupales o los grupos de familiares.

2. Aun contando con estas dificultades, los ensayos clínicos efectuados hasta este momento, comparando los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención terapéutica, han demostrado su eficacia al igualar al menos los resultados conseguidos con otros tipos de técnicas. Además, confirman su superioridad al añadirlos a otros tratamientos en las drogodependencias.

3. En drogodependencias, las terapias basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

4. Quedan algunas cuestiones importantes por aclarar dentro de los abordajes familiares: (a) si hay algún tipo de técnica que sea más eficaz que otro; (b) cuando se combinan con otros tipos de intervenciones, cual es la fracción de mejoría atribuible directamente al abordaje familiar; y (c) sobre qué aspectos de la disfunción que supone el trastorno (la conflictividad familiar, estructura o dinámica familiar, la integración socio-escolar-laboral, los trastornos de comportamiento asociados, etc.) ejerce más influencia la intervención familiar.

5. Es importante considerar algunos aspectos relacionados con la forma como se implementan las terapias basadas en la familia (por ejemplo, la cantidad y frecuencia de sesiones familiares; la realización de sesiones de seguimiento; los aspectos concretos en los que se centran, etc.) y con el papel que juega el terapeuta para lograr los objetivos terapéuticos marcados. A este respecto es preciso recordar que la relación terapéutica (la calidad del trato entre el terapeuta y sus clientes), por cierto, escasamente evaluada en todos los trabajos revisados, parece tener gran importancia en determinar la adherencia de los pacientes a los programas terapéuticos, factor este asociado a los resultados a medio-largo plazo cuando hablamos de trastornos o patologías con tendencia a la cronicidad. (Becoña Iglesias, 2008)

En todo caso, y a pesar de la evolución y la incorporación de técnicas procedentes de otros encuadres teóricos, la Teoría Sistémica ha sido el hilo conductor de las diferentes modalidades de

intervención centradas en la familia dentro del ámbito de las adicciones. Por ello, se presentan seguidamente los conceptos claves que subyacen a los diversos enfoques que, en un paso posterior, serán identificados como los más utilizados en el tratamiento de los problemas asociados al abuso de drogas. (Becoña I. E., 2010)

Es en la intervención en adolescentes con problemas con el consumo de drogas donde este tipo de terapias han mostrado mejores resultados. Las que se han investigado más en el campo de las conductas adictivas son la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. En ellas se da un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del consumo por la interrelación que existe entre sus miembros, por ser a veces el consumo una señal del malestar del funcionamiento familiar, por vivir muchos adictos en el seno de una familia, etc. Es especialmente útil en adolescentes o en adultos que viven con sus padres. (Becoña I. E., 2010)

5. PROPUESTA DE LA TESIS. Recomendaciones para el tratamiento de adicciones, desde la mirada gestáltica.

5.1. Comprensión de la adicción desde la Psicoterapia Gestalt.

En los siguientes párrafos, se dará a conocer la propuesta acerca de cómo se entiende la adicción desde la mirada de la psicoterapia Gestáltica. Lo que se muestra en esta visión del fenómeno, está relacionado no sólo con la revisión bibliográfica escrita en torno al tema, sino que también los apuntes de clases del magister, entrevista a docentes y la propia experiencia clínica con este tipo de usuarios, desde la tesista.

Es necesario aclarar que, en esta comprensión, al referirme a la palabra adicción, hago alusión a las conductas adictivas relacionadas al consumo de sustancias, es decir, específicamente del drogodependiente, concepto que fue definido anteriormente en el marco teórico. Realizo esta distinción, debido a que en los últimos años han ido apareciendo, otras conductas adictivas (internet, videojuegos, apuestas, etc.) que no tienen relación con el consumo de sustancias, por lo que se propone como material de otra investigación.

En la primera parte de esta tesis, se mencionan y definen los conceptos esenciales de la teoría gestáltica; dentro de esos planteamientos esenciales, aparecen el ciclo Contacto-Retirada, el concepto de interrupción, sí mismo, polaridades y mecanismo de evitación de contacto. Todos estos conceptos son significativos de mencionar, ya que son la base para mostrar cómo entiende la teoría gestáltica el fenómeno de la adicción, por lo tanto, realizare una revisión de diferentes aspectos los cuales pretenden dar cuenta de la mirada del fenómeno como tal, siendo estos: la adicción comprendida como una evitación de contacto, como una posibilidad de ser el mundo y también

como una forma de expresión de aspectos negados, seguidos de la descripción del Self en la persona adicta y posibles factores que podrían influir en la aparición de la conducta adictiva.

Desde la tesis y con la base de los conceptos teóricos gestálticos, han ido apareciendo tres líneas importantes que ayudan a comprender el fenómeno de la adicción, por un parte está la comprensión de la adicción como una forma de evitación, de evitar darme cuenta de un aspecto y/o elemento importante de la vida, por otra parte, está la visión de la conducta adictiva como una manera de poder estar en el mundo, de poder ser, y finalmente como un medio de expresión de aspectos negados, de permitirse mostrar aquello que sobrio no soy capaz de decir o de ser, esta última se abordara en profundidad en el apartado de polaridades.

5.1.1. La adicción desde la Evitación. Interrupción, Medios de Evitación de contacto.

Voy a dar inicio a la presentación de esta comprensión del fenómeno, dando a conocer la forma de evitar, con esto quiero decir que hay algo que la persona no quiere darse cuenta o que no quiere “ver” de sí mismo y/o de su entorno. Para dar un mejor entendimiento, es necesario mencionar el concepto de contacto-retirada, el cual es un ciclo fundamental para mantener la homeostasis, a través de la cualidad de autorregulación en un organismo sano; dicho ciclo inicia con la aparición de una sensación de la cual la persona va tomando conciencia empieza la formación de una figura y toma contacto con el elemento catexial u objeto que le va a permitir cerrar o llevar a cabo dicha necesidad y una vez satisfecho, pasar a otra figura, así sucesivamente en un proceso llamado continuum de conciencia. Esta necesidad es del organismo y se entra en contacto con ella para así buscar en el entorno y satisfacer. Desde este punto se puede plantear la adicción como una interrupción en el ciclo experiencial de autorregulación orgánica, “Ciclo Contacto-Retirada”. Esto quiere decir que el individuo evita contactarse con una necesidad que

finalmente no se satisface y la figura no es cerrada. En la persona adicta el proceso de autorregulación es interrumpido constantemente, lo cual es similar a cualquier solución neurótica presente en distintas personas, la diferencia estaría dada porque el adicto, utiliza la sustancia como un instrumento o una forma para romper el ciclo, para no darse cuenta o no generar contacto, lo cual se puede evidenciar en los siguientes ejemplos: “tome mucho porque no quería saber nada más de mí, ni de nadie”, “solo quiero morirme, no estar”, “me fumo un pito y me voy a otro mundo”, “cuando estoy borracho, no existen problemas, todo está bien”.

Es importante reconocer que esta interrupción que aparece en la persona con una conducta adictiva, me indica que hay una figura más importante, la cual el adicto no está viendo, entonces aparece el medio de evitación de contacto, que le permite negar una parte de sí mismo y del mundo, lo cual revela la dinámica polar, por ejemplo, si la persona dice que al consumir se siente más seguro, siente menos vergüenza y más capaz frente al mundo, inmediatamente muestra la polaridad, que puede ser la inseguridad, el temor o la inhibición.

Esta interrupción es un bloqueo de la experiencia donde se trata de evitar una realidad y conduce a la alienación, también es considerada un asunto inconcluso. En relación a que es o a que parte de sí mismo “no quieren ver” o “no se permiten ver”, es lo que hay que descubrir en la terapia, no existe algo específico o puntual que sea igual para todas las personas que padecen una adicción; puede ser evitar enfrentarme con aquello que me atemoriza, con mi debilidad, inseguridad, con la incertidumbre por el futuro, trabajo, familia, pareja, soledad, etc.; así la adicción le sirve como escape/evitación de todo esto que la persona no puede o no quiere hacerse cargo, entonces es posible manifestar que la drogadicción es un síntoma de una situación existencial, donde existen múltiples ámbitos, biológicos, intrapsíquico, familiar, social, etc., que van produciendo, no solo,

una dificultad de contacto, sino que también este consumo de sustancias, es la forma que la persona encontró para poder estar en el mundo.

5.1.1.1. Medios de Evitación de contacto.

Los mecanismos o medios de evitación de contacto, son elementos fundamentales de la teoría gestáltica, y se plantean como parte de la solución neurótica, esto significa que la persona evita contactarse con una parte de sí misma y una parte del mundo y así, puede disminuir la angustia. Dentro de mi experiencia clínica, he logrado identificar algunos mecanismos presentes, como la Introyección, la cual consiste en “tomar” algo de afuera y vivirlo como propio, lo cual puede estar representado en los juicios autodestructivos, sentimientos de poca valía, y, por otro lado, la persona introyecta, por diversos motivos, que al consumir la sustancia puede ser querido, valorado, lo cual se puede evidenciar en relatos tales como: “mi vida no vale nada”, “nadie me quiere”, “no sirvo para nada”, “nadie confía en mí”, “con unos copetes agarro confianza”, “unas líneas me dan la fuerza para hacer todo”, “todo lo hago mejor volada”, “con el copete se olvidan todos los problemas”.

En relación al mecanismo de la Proyección, donde la persona “pone afuera” algo propio y no lo reconoce como suyo, por ejemplo, la valoración que se le otorga a otras personas, a su opinión, también se puede visualizar cuando manifiestan aquello que les molesta de los demás, en el caso de un usuario, en su lugar de trabajo, lo que le ha dado rabia, es que no le pregunten su opinión, que no lo vean como una persona con una opinión o un punto de vista válido y valioso. (si él no se valora a sí mismo), otros relatos, por ejemplo: “me da rabia que mi madre no me ponga límites”, “me carga esa gente que no toma, cagan toda la onda del carrete”.

También aparece la confluencia, donde existe una perturbación de los límites de contacto, incluso llegando a validar más la opinión de los demás que la propia. Se ve, además en los “submundos” de los grupos de consumo, donde “todos somos consumidores de sustancias”, no está la persona sola, sino que “somos” en el consumo, “me encanta ese momento de cuándo vamos pasando el pito, me hace sentir que estoy unido al grupo”, “todos lo hacen así que está bien”. Finalmente, agregar que también lo he visto, en los casos cuando existe red de apoyo (familiar, amistad u otro), y se deciden a iniciar un tratamiento, también aparece esta forma del “vamos a iniciar un tratamiento, “vamos a intentarlo”.

Mencionar al medio de la Retroflexión, en donde la acción (de lo que me gustaría hacerle a otro) se vuelve hacia mí. Lo que refleja la utilización de este medio de evitación de contacto, es el consumo perjudicial en sí mismo, esta “pérdida de control” que aparece en el adicto, donde no existe nada más que seguir consumiendo y dañándose a sí mismo. En esta pérdida de control, donde deja de ver todo aquello que no le gusta de sí mismo y la persona se deja llevar por esta sensación anestésica, placentera, donde no se siente dolor, donde no existen los problemas, solo la expresión manifestada por el deseo incontrolable de realizar la conducta adictiva, entonces aparece la destrucción hacia sí mismo, algunos ejemplos posibles son: “yo me odio por eso me maltrato”, “solo quiero seguir destruyéndome”, “como no fui capaz de decirle nada, mejor me fui a tomar para olvidar todo”, “tome hasta quedar botado”, “se me apago la tele de tanto tomar, no me acuerdo de nada”.

Por último, se presenta el medio de la Deflexión, se caracteriza por ser una desviación de mi deseo o necesidad, es esa forma de dirigirme al contacto o al ser consiente de algo y no contactarme sino desviar la atención hacia otro lugar u otra forma. La droga puede ser vista como una herramienta “deflectiva”, como una “cortina de humo” para no ver lo realmente importante.

5.1.2. La adicción como una forma de ser en el mundo.

En la segunda línea de la comprensión de este fenómeno, menciono al consumo de sustancia como una forma de poder estar en el mundo, esto quiere decir que el drogodependiente, en algún momento de la vida, aprendió que, para poder ser aceptado, podía lograrlo bajo los efectos de alguna sustancia; interiorizó que al consumir alguna droga podía, no solo sentirse mejor consigo mismo y sus circunstancias, sino que también moverse con mayor seguridad en el mundo, “cuando estoy con copete, soy feliz”, “me fumo un pito y son vacaciones”, “me siento seguro, me atrevo a hacer cosas que sin consumo no haría”. Al mirar al drogodependiente aparecen sentimientos de poca valía, de poca aceptación hacia sí mismo, por lo que para “poder ser” en la vida, para poder estar, la persona debe realizar la conducta adictiva, de cierta forma “le sirve” para poder sostenerse en el mundo. Es necesario entender la adicción como la búsqueda de un sentido existencial, pues la adicción muchas veces representa la única posibilidad que una persona tiene para sobrevivir, desde una persona que vive en situación de calle y necesita ingerir alcohol para poder dormir, hasta otra persona que quizás puede tener todos los “lujos”, pero necesita ingerir alguna sustancia para poder sobrevivir a su mundo, el cual, al igual que la persona en situación de calle, lo percibe como amenazante. La cancelación o evitación de ciertos sentimientos con la conducta adictiva se convierte en el recurso que encontró la persona para poder ser, algunos pacientes me han dicho “cuando consumo me voy a otro mundo”, “dejo de sentir dolor”, “dejo de sentir hambre”, “no me siento solo”, “todos me quieren”, y relatos similares, entonces la droga no solo sostiene físicamente a la persona en el mundo, sino que además le permite pertenecer, ser aceptado, querido, valorado por un grupo de personas, y en esa medida, puedo ser de una forma, toxica o distorsionada, pero puedo ser, puedo existir, estar y por ende recibido en un grupo, se siente aceptado.

Desde la tesis, esta es una dinámica importante presente en el drogodependiente, por una parte, esta conducta adictiva la realiza porque así puede evadir aquellos elementos que no quiere tomar conciencia de sí mismo y de su entorno, por otra parte, esta conducta, es lo único que tiene para sobrevivir a este mundo que percibe como hostil/amenazante y además, bajo el consumo de alguna sustancia la persona se permite mostrar aquellos aspectos de sí mismo, que no se anima a revelar cuando esta sobrio. Todo esto genera que el individuo interrumpe otras necesidades y sensaciones, y convierte la necesidad de evadir en una figura constante, y así, se dice que la persona se ha vuelto dependiente.

5.1.3. La adicción como forma de expresión de aspectos negados. Polaridades.

En este punto, me extenderé en la tercera línea de esta comprensión, la cual tiene relación , con que los efectos de una sustancia, pueden verse como un medio de expresión de conductas/actitudes que la persona no se permite mostrar cuando esta sobria, pero si se atreve bajo los efectos de una droga, en palabras de un paciente, “cuando carreteo y estoy con amigos aparece el “Charly”, me desordeno, bailo, tiro chistes, soy otra persona”, por lo que se entiende que bajo los efectos de una sustancia, la persona se permite mostrar aspectos de sí mismo, o realizar conductas, que sin la droga no se permitiría. Es posible manifestar que la persona también se va haciendo adicta a esta “expresión”, donde se atreve a decir y comportarse de una forma en la cual sobria no podría hacerlo; la persona es consciente de que aparece “ese otro yo” y en algunos ingieren alguna sustancia con el objetivo de que “aparezca” su otro lado.

El concepto de polaridad, en donde la persona para poder “ser”, siente que tiene que ser de una manera y no de otra, en el drogodependiente se entiende que estando sobrio se comporta de una forma y bajo el consumo de alguna sustancia muestra otras formas de ser, y relacionándolo

con lo enunciado anteriormente en donde se entiende que para la Gestalt la conducta adictiva es una forma de evitar contactarse con una parte de su sí mismo; evitar contactarse con una figura que aparece cada cierto tiempo, es posible mencionar que la postura existencial de la persona adicta, es una persona que de cierta forma se ha abandonado a sí mismo, tiene sentimientos de poca valía, no vivencian su vida como valiosa, no se sienten queridos, baja autoestima, se siente desprotegido (ejemplo textual de pacientes, “a veces me pierdo” “siento que no tengo estabilidad” “mi señora me desprecia”), se encuentra muy desconectado con su organismo y/o con partes esenciales de su ser, entonces, además, tiene una baja capacidad de “mirarse”. En algunos casos, o en la mayoría, es tanto lo desconectados que están de sí mismo que no tienen conciencia de que padecen una “enfermedad”, no logran ver que existe un problema, tienen poca conciencia de sí, y por lo mismo no se hacen cargo de lo que les sucede, responsabilizando “al mundo” acerca de sus sufrimientos/padecimientos.

Estos sentimientos de poca valía o de poca/nula aceptación de sí mismo, pueden aparecer en cualquier momento de la vida, y en cualquier persona, sin embargo, la persona con algún tipo de adicción se fue conectando cada vez más con esta parte o con esa visión de sí mismo y dejó de ver otros aspectos de su sí mismo, relacionados a sus capacidades, herramientas, valores, etc. Al estar conectado con estos sentimientos de poca valoración, socialmente también se ven desde ese lugar, por lo que surge un pensamiento que tiene relación con no poder ser un aporte para la sociedad. Desde este punto es necesario clarificar que existen distintos tipos de personas que padecen una adicción, por lo tanto, hay diferentes formas de que aparezca esta “forma de ser” (más allá de las diferentes adicciones que existen hoy en día), lo que se muestra en esta comprensión es algo general, un “lugar común” que he visto con los distintos usuarios (adolescentes y adultos) en los que ha estado presente este tema.

Desde la experiencia de la tesista, se pueden mencionar como polaridades presentes en este tipo de pacientes:

Rígido/Relajado: personas que adoptan una forma de ser muy estricta con sí misma, de no permitirse hacer algunas cosas, porque lo consideran inadecuado o inapropiado, muy disciplinados en su actuar, y cuando están bajo el consumo de sustancias aparece una forma de ser calmada, donde las cosas que usualmente les preocupan ya no les interesa, por ejemplo, algo tan cotidiano como la comida, y se permiten comer lo que se les antoja, o se salen de la disciplina y se comportan de una forma que desde el otro polo consideran inadecuadas, por ejemplo, decirle una pesadez a alguien, o una grosería, o hacer algo que va contra las normas.

Seguro/Inseguro: como se mencionó anteriormente el drogodependiente está conectado con sentimientos de poca valoración de sí mismo, lo cual cambia al consumir alguna sustancia, donde gracias a los efectos que provoca una determinada droga, la persona se siente segura, cómoda y se mueve de una forma distinta en el mundo, es diferente como camina, su tono de voz y lo que se atreve a expresar de sí mismo o lo que ve de su entorno.

5.1.4. Descripción del Self, en personas adictas.

Dentro de esta comprensión, es necesario incluir otra idea significativa de la teoría Gestáltica, es el planteamiento del “Self”, “sí mismo”, el cual se caracteriza por ser dinámico, es algo que se da, o se están dando, en el encuentro, en el contacto con el mundo; las personas vivimos siempre en la experiencia, el Self se descubre y se realiza en el entorno. Este Sí mismo, le va dando sentido a los elementos del campo (campo es la totalidad entre organismo y entorno, se configura por todo lo que está presente y lo que no está presente), lo realiza configurando el campo, reconociéndolo y otorgándole prioridad a los distintos elementos, finalmente logra darle

significado. Más allá de la función de configurar y darle sentido a la experiencia, el Sí mismo tiene tres funciones puntuales, las cuales son, función Ello, Personalidad y función Yo.

La función Ello, corresponde a la vivencia corporal, representa al organismo y sus necesidades fisiológicas, las cuales las personas requieren para lograr un equilibrio corporal, estas necesidades están trastocadas en el adicto, ya que puede estar tan desconectado que puede dejar de sentir hambre, frío, dolor, cansancio, sed o sueño, y lo que sí existe es una necesidad constante de consumir y además cada vez necesitan mayores cantidades de la sustancia para lograr el efecto deseado, una vez finalizados los efectos, aparece la “exigencia” del organismo para que se vuelva a ingerir la droga, con el único fin de no sentir el vacío, la soledad, la angustia y la desesperación que acompaña el estar con su cuerpo sin los efectos de la droga, lo cual se refleja en relatos como: “mi mente solo piensa en la droga”, “es hermoso como te hace sentir”, “la marihuana me ayuda a relajarme”.

Con respecto a la función Personalidad, es aquella función que le entrega un significado más identitario a la persona, es la capacidad que tiene el organismo de entrar en contacto con el entorno a partir de la concepción e imagen que se tiene de uno mismo. Da cuenta de los roles sociales, le informa acerca de lo que le gusta y desagrada, sobre lo que ha aprendido como dañino o seguro, los valores culturales, éticos y morales a partir del aprendizaje. En este tipo de pacientes adictos, se puede ver en el cómo se comportan bajo los efectos de una determinada droga, y como empiezan a cambiar su pensamiento y su forma de ser, debido a los efectos de la sustancia. Más allá de que el drogodependiente, ha ido aprendiendo que estas sensaciones le agradan, se siente capaz y seguro de relacionarse con su entorno, bajo los efectos de una determinada sustancia. Tiene una imagen negativa de sí mismo, por lo que drogarse, según su propia concepción, es adecuado

bajo sus circunstancias, para así lograr moverse en el mundo, cree que necesita algo externo para satisfacerse.

Teniendo en cuenta que la función Yo del Self, tiene una capacidad particular de contacto, ya que permite identificarse o alienarse con aspectos específicos del campo, interviniendo en el proceso de autorregulación orgánica o ajuste creativo, todo esto impulsado por la voluntad y capacidad de decisión que caracteriza a las elecciones individuales y que a su vez las convierte en únicas, me representa como persona. Para Perls, la función Yo es deliberada, activa, sensorialmente alerta y dinámicamente agresiva. En este tipo de pacientes, esta función también está trastocada, lo cual se manifiesta en las dificultades de poder tomar una decisión adecuada, en el sentido de que pierde su libertad, la droga “decide” por él/ella, evidenciándose como cuando mencionan, “mi adicción se convirtió en mi prioridad”, “el drogarme es mi modo de vida”, “las drogas me ayudan a pasarlo bien”. Para que una persona sea capaz de tomar una decisión, necesita comprender a el entorno y a sí misma, para que así sea una decisión libre, el adicto está lejano a esta comprensión. Cuando una persona presenta una adicción la voluntad está enferma y ya no es posible una decisión libre. Entonces el sentido de la terapia está relacionado también con “recuperar” a la “persona”.

Como se expuso anteriormente el Self siempre es en relación al mundo, cuando dos personas se encuentran, se puede decir que dos Self se encuentran, y surge el límite de contacto, la relación dialógica. En este encuentro dialógico, ambos Self se influyen mutuamente, y es desde este punto donde se manifiesta que el Self de una persona adicta está dañado, porque el adicto falla en lo que es el límite de contacto, tiene alterada la consideración de sí mismo y del otro, porque cuando el drogodependiente piensa y dice que las drogas son buenas porque lo hacen sentir bien, y cuando no consume, aparece la angustia, esto quizás puede ser correcto con respecto a su vivencia de lo que a él le gusta, sin embargo, falla en el límite de contacto, porque no toma en consideración

la forma en que su consumo repercute sobre el mundo, no ve o no problematiza su adicción, por lo que es posible manifestar que el Self está afectado.

En la experiencia del consumo está el Self, ahí está su sí mismo, conectándose con episodios de consumo anterior, con las experiencias de placer, con ese deseo de evadirse del mundo y de sentir que es la única opción que tengo de “ser”, sin ser capaz de ver las consecuencias o las repercusiones que tiene su consumo.

5.1.5. Posibles factores que podrían contribuir a la aparición de una adicción.

Los posibles factores que se presentan a continuación es una aproximación realizada a partir de la experiencia clínica de la tesista con este tipo de usuarios, y no se pretende entregar una mirada causalista, sino que es una sugerencia para mirar varios aspectos de la persona, debido a que puede intervenir factores genéticos/biológicos, sociales y los relativos a la propia sustancia. La intención de este punto es mencionar algunos elementos que, desde la experiencia de la tesista, han favorecido (en los pacientes que he atendido) la aparición de una conducta adictiva, la idea es mostrar algunos elementos con los que me he encontrado a partir del trabajo con este tipo de usuarios.

Con respecto a lo hereditario, al igual que con otras patologías, se puede hablar de una cierta predisposición genética, a desarrollar esta enfermedad, al tener antecedentes mórbidos familiares, lo anterior no quiere decir que todas las personas con antecedentes familiares de adicción van a desarrollar esta patología, sino que es solo un factor a considerar al analizar el origen de este fenómeno. Sin embargo, desde la experiencia clínica existen relatos que evidencian este factor, por ejemplo: “mi padre era bebedor”, “en mi casa siempre estaban consumiendo”, “mi papá siempre

llegaba curado”, “mi mamá prefería estar carreteando que estar conmigo”, “mi papá fue alcohólico hasta que se murió, murió en su ley”. Dentro de este punto, además, es necesario mencionar que existen investigaciones que hablan acerca de la patología dual presente en este tipo de usuarios, en donde se relaciona a la adicción, por un lado, al Trastorno Bipolar y, por otro lado, al Trastorno de Personalidad Limítrofe, existen propuestas que lo relacionan directamente a los antecedentes genéticos, otros mencionan que la condición patológica se agrava al consumir y otros mencionan que personas sin rasgos patológicos, desarrollan estos rasgos por el consumo de alguna sustancia, debido a las diversas hipótesis existentes específicamente en este factor, se propone como material para ser abordado en otra tesis de investigación.

Al mirar la teoría gestáltica aparece un concepto importante denominado campo fértil, planteado por la Dra. Adriana Schnake, esta idea manifiesta que, las personas que desarrollan una enfermedad tienen un rasgo o cualidad que los hace fértiles para favorecer la aparición de una enfermedad; es algo presente en todas las enfermedades y en todas las personas, es una postura que señala que el síntoma o el dolor es un aliado, en el sentido que su aparición es una invitación a que la persona se mire y se observe desde otro lugar. Desde esta comprensión, es posible mencionar que aquellos aspectos negados de una persona, aquello que no quiere ver de sí misma, puede ser el campo fértil para una determinada enfermedad, como la adicción.

Al abordar el aspecto social, es importante distinguir los ámbitos familiar, escolar y cultural, involucrados en la génesis de la conducta adictiva.

Con respecto al ámbito familiar, es posible mencionar que se puede establecer como el lugar de inicio, donde la persona fue adquiriendo una percepción negativa de sí misma relacionados a sentimientos de poca valoración y de no sentirse sostenido y/o protegido por este entorno más

cercano. Esto último no se relaciona con el nivel socioeconómico de la persona, porque no tiene relación con carencias a nivel material, sino que, con carencias a nivel de afecto, de sentirse valorado y digno de ser querido solo por el hecho de ser parte de esta familia. Existe, en el adicto, una sensación de abandono, de no ser “visto” y apreciado por ser la persona que es, lo cual se puede evidenciar en relatos tales como “yo nunca me sentí parte de mi familia”, “mi padre me golpeaba, me dejaba castigado amarrado”, “mi mamá no me quiere, como a mis hermanos”; en estos ejemplos, es posible visualizar las líneas de esta investigación, por una parte, la evitativa, donde la persona, para no darse cuenta de esta situación familiar, consume la droga para evitar, y por otra, la línea del poder ser, en donde para poder estar en este entorno percibido como hostil, puedo hacerlo a través del consumo. Como características generales se puede mencionar, aparte de la falta de aceptación por parte de los padres o figuras significativas, los constantes conflictos familiares, eventos traumáticos como abuso sexual y físico, relaciones tensas o violentas dentro del hogar, estilo de paternidad autoritario o indiferentes, bajas expectativas de los padres, con respecto a los logros, intelectuales, materiales, laborales, familiares, interpersonales, que pueda tener la persona, entre otros. Esta falta de aceptación de personas significativas, genera una dificultad de vivenciar la propia vida como valiosa, lo que genera un alejamiento de las propias emociones y de sí mismo.

A nivel escolar, también surgen aspectos importantes de tomar en cuenta, puede ser que la persona, al igual que en su entorno familiar, se sienta poco valorado, apreciado, un autoconcepto académico bajo, desde ahí pueden brotar conductas de riesgo, tales como, consumo de sustancias, conductas sexuales sin protección, con una o más parejas, mayor agresividad, autoagresiones, baja tolerancia a frustración, conductas alimentarias de riesgo, conductas delictivas, entre otras; dentro de estas conductas el consumo de sustancias, que incluso, en los casos más extremos, pueden llevar a la exclusión del sistema escolar. Dentro o fuera del sistema escolar, estas conductas de riesgo,

relacionadas al consumo de sustancias, puede llevar a la persona a adquirir un “nuevo lugar en el mundo”, esto significa que la persona comienza a sentirse valorado dentro de otro grupo de personas, que también consumen sustancias, aquí es donde se puede introducir lo cultural, o mejor dicho el concepto de “sub-cultura”; al tomar este concepto de “sub-cultura” o “sub-mundo” quiero manifestar los grupos de personas que se relacionan en torno al abuso de sustancias y donde el valor de cada uno y del grupo tiene una importancia basada en el consumo. Es un entorno o un grupo donde la persona siente que puede ser, porque los que están son iguales, no es pertenencia, sino que significa estar donde hay otros que están haciendo lo mismo y no se siente cuestionado, aunque la persona no logre ver que en esa interacción no hay una relación verdadera, auténtica, o en palabras de Buber “Yo- Tú”, donde solo existen relaciones “Yo-Ello”, incluso con la droga, lo cual quiere decir que es una relación funcional con el entorno, el drogodependiente mantiene la relación porque le sirve, por una parte para no sentir dolor, angustia, malestar, etc., y por otra parte le sirve porque le permite pertenecer a algo y ser aceptado.

Lo cultural propiamente tal, se expone con el sentido de mostrar los múltiples factores que intervienen en esta problemática, donde por ejemplo en la publicidad se manifiesta una imagen positiva del consumo, se muestran “personas felices” en torno al consumo de alcohol o tabaco por mencionar algunos.

Al presentar los aspectos relativos a la propia sustancia, como uno de los factores gatillantes, es importante recordar que existe la visión desde la neurociencia, la cual plantea que la adicción es una enfermedad que provoca una alteración de ciertas vías o circuitos cerebrales; cuando una persona toma la sustancia adictiva, estos compuestos llegan hasta regiones claves del cerebro que conforman el sistema de recompensa, el cual es el sistema que regula la capacidad de sentir placer; por lo que por una parte el consumo de drogas altera el sistema de recompensa y por

otra parte también altera el circuito cerebral de la corteza pre-frontal que se encarga del control de impulsos, lo que va facilitando que la persona se haga cada vez más adicta. Es factible mencionar que la asociación, entre esta mirada a nivel cerebral y esta comprensión desde la Gestalt, tiene relación con que este efecto es percibido por la persona como algo placentero, algo que me hace “sentir bien”, a lo que persona se hace adicta; la persona internaliza que con el consumo de “X” sustancia, se va a atrever a hacer lo que no puede hacer sobrio, gracias a este consumo la persona siente que “puede ser” aceptada y así, bajo su punto de vista, logra sobrevivir.

5.2. Objetivos de la Psicoterapia de Rehabilitación de Adicciones.

En esta propuesta de rehabilitación se plantea la idea de ampliar la mirada, lo cual significa que se logre ver a esta persona más allá de su adicción, distinguir quien es esta persona en su individualidad, también verla en su totalidad y no estigmatizarla en relación a un conflicto/síntoma que se está manifestando en su vida, en general la sociedad los ve a todos iguales, los que consumen alcohol, marihuana, cocaína, son vistos como personas que padecen de un único y similar problema, y existen personas que creen que la solución a este conflicto depende de la fuerza de voluntad para poder dejar la droga o la conducta adictiva. Es en este punto donde la mirada gestáltica es relevante para trabajar las adicciones, debido a que el énfasis está en conocer y comprender quien es esta persona más allá de esta conducta adictiva específica.

Debido a que la temática de las adicciones es algo tan amplio de trabajar, es que los planteamientos gestálticos cobran importancia en la realización de una terapia que puede ser exitosa en lograr que la persona se rehabilite de su adicción, y también pueda recuperar otros aspectos de su vida, al ser una terapia que, dentro de todos sus objetivos, busca el autoapoyo, es significativa en el sentido que apunta a lograr el conocimiento y aceptación de sí mismo, la sanación implica la aceptación de todos los modos de ser, incluido aquello que no me gusta de mí.

La terapia gestáltica acentúa el continuo de conciencia del sí mismo y el bienestar aparece al estar en contacto consigo mismo, con sus talentos, recursos, pero también la aceptación de las limitaciones.

Finalmente mencionar que, el trabajo con adictos tiene múltiples complejidades, siendo la poca conciencia de enfermedad uno de los puntos centrales y difíciles de abordar al inicio del tratamiento. En conjunto con la poca conciencia de enfermedad, manifestar que la persona con una adicción, además carece de conciencia de sí misma, la droga ha inundado todo, por lo que siempre será necesario primero “limpiar”, desintoxicar, para así poder conectar de nuevo a ese ser humano consigo mismo y acompañarlo en su valoración personal. Por lo tanto, lograr que el adicto se vea a sí mismo como una persona que necesita tratamiento, ya sea farmacológico y/o psicoterapéutico, es la base para poder iniciar un proceso terapéutico.

La psicoterapia gestáltica, plantea que tenemos que acompañar al paciente, que logre comprender cuál es el sentido de la adicción, de la droga, en su vida, sea capaz de conocer y comprender para que le ha servido, y si la persona decide, sacarlo para poder enfrentar aquello que antes no se atrevía o reconocer aquellos aspectos de sí mismo que ha estado evitando en el último tiempo.

Es necesario aclarar que los objetivos a lograr en una terapia gestáltica, no son objetivos que se puedan delimitar o diferenciar tanto uno del otro, todos van “de la mano”, están absolutamente conectados uno del otro, lo que se presenta a continuación es un intento por separar específicamente o en detalle hacia donde se quiere llegar, hacia donde acompañar a la persona, sin embargo, todos estos objetivos se van dando de manera paulatina en un proceso terapéutico. Agregar que también, siempre se deben plantear objetivos acordes a la individualidad de cada

persona, por lo que será importante ir construyendo en conjunto ese objetivo de terapia, en el inicio, por ejemplo cuando la persona está en proceso de desintoxicación, quizás el primer objetivo a trabajar sea el darse cuenta de su propio malestar y en el continuo de ese proceso de acompañamiento ir de la mano del paciente, tomando conciencia del cambio para cuando haya pasado la tormenta y se pueda avanzar en otros objetivos más profundos.

5.2.1. Evitar la Evitación.

5.2.1.1. Capacidad de Darse Cuenta.

Al referirse al darse cuenta o “awareness”, se está hablando de la toma de conciencia del momento presente, a la atención del conjunto de sentimientos corporales y emocionales, internos y del entorno, así como también de los procesos cognitivos. Implica estar siempre atento al flujo constante de sensación físicas, sentimientos, ideas, a la sucesión ininterrumpida de “figuras” que aparecen en el primer plano de nuestras preocupaciones.

Anteriormente se expuso una comprensión que muestra al drogodependiente, como una persona que, está pasando por un momento de su vida en que hay “algo” de su sí mismo y/o entorno que no quiere darse cuenta o que no quiere “ver”, como puede ser la angustia que le produce la separación de su esposa o de sus hijos o una rabia hacia su madre, existe una parte con la cual no se quiere contactar, entonces usa la sustancia para así evitar darse cuenta o tomar contacto con aquello que puede ser o muy doloroso, angustiante, vergonzoso, traumático, etc., algo que la persona no es capaz de tolerar estando sobrio. Es en este momento en que usa la sustancia como una forma de interrumpir la toma de contacto con aquello que es doloroso.

El objetivo a trabajar en la terapia, es que la persona tome conciencia de que existen partes de sí mismo que ha estado evitando y comprender el sentido de no querer mirarlos. Para lograr

esto, es necesario partir con elementos básicos de toma de conciencia, comenzando por tomar contacto con su propio organismo, con su propia respiración. Necesita volver a sensibilizarse con su propio cuerpo, con sus emociones, sus pensamientos y con los demás, para más adelante ir tomando contacto con aspectos más profundos de sí mismo y finalmente logre aprender a tolerar y elaborar aquellos aspectos que no consigue integrar, como, por ejemplo, el sufrimiento, pero también entendiendo que existen elementos placenteros.

Al principio de la terapia también debe trabajar el “darse cuenta” que su vivencia actual no es confiable, debido a está teñida por la droga, no es capaz de reflexionar ni tomar decisiones en forma coherente, y eso se traduce en que está enfermo y por lo tanto necesita de ayuda, de un profesional y de su entorno, por lo que es importante que acepte dejarse ayudar y/o guiar al inicio del proceso de terapia. Que sea capaz de permitirse ser sostenido, ser visto, ser querido por otro que lo acepta, lo cual puede ser algo nuevo en el campo del paciente, y se deberá respetar sus tiempos.

Más adelante el objetivo del “darse cuenta” esta puesto en que comprenda que el uso de la sustancia está relacionado con un mecanismo de evitación, y desde ahí ayudar a la persona que logre ver lo negativo de la evitación, pero también lo positivo de vivenciar el dolor, y así sea capaz de poder contactarse con aquellos aspectos que antes evitaba, con el fin de que vivencie lo que tenga que experimentar, de atreverse a vivir el dolor, la angustia, y finalmente poder cerrar el ciclo, se cierra la figura y se autorregula.

Este darse cuenta, es un objetivo que estará presenta durante todo el proceso de terapia, debido a que no existe un solo elemento del cual la persona debe “darse cuenta”, como lo es, por

ejemplo, que la sustancia la ha estado utilizando para no ver algunos aspectos de sí mismo, sino que en la individualidad de cada uno van a ir apareciendo otros “darse cuenta”.

Hay que considerar durante todo el proceso el promover que la persona logre darse cuenta de la situación que vive y de la persona que es (objetivo que apunta al autoapoyo), como también que vaya tomando conciencia de la repercusión de su consumo. (aquí se relaciona con la trascendencia del Self).

Finalmente, que obtenga una mayor conciencia de sí mismo y logre estar más en contacto con sí mismo.

Concentrándose en cada síntoma, en cada área del darse cuenta, el paciente aprende muchas cosas de sí mismo y de su neurosis. En primer lugar, aprende lo que está vivenciando realmente. Aprende cómo lo está vivenciando. Y aprende cómo sus sentimientos y su comportamiento en un área, se relacionan con sus sentimientos y con su comportamiento en otras áreas. (Perls, 1976, p. 73).

5.2.1.2. Mirar las Interrupciones.

Directamente relacionado con el concepto de “awareness” está el concepto de interrupción, el cual se entiende como la aparición de una “figura” más relevante o energizada, la interrupción neurótica, señala que la figura que interrumpe es una figura que me está “pidiendo” no contactarme con aquello con lo que no quiero hacerlo y con ese fin se usa el medio de evitación de contacto. Desde la terapia gestáltica, se comprende a la interrupción como el hilo conductor de la terapia, ya que ahí está toda la intención del organismo de evitar darse cuenta de aspectos que son relevantes de mirar en la terapia.

El objetivo de la terapia, en este ámbito tiene relación con que la persona logre comprender que estas interrupciones, y con ello los medios de evitación de contacto, han sido una forma de evadir, como se veía en el punto anterior, pero esta interrupción también le ha permitido sobrevivir, adaptarse de cierta forma, el problema es que se volvió crónico, obsoleto, su única forma de enfrentar el mundo. Entonces, es necesario partir mirando de qué le ha servido, cual ha sido el sentido de utilizarlo, y posteriormente si la persona decide, sacarlo para enfrentar lo que antes no se atrevía a hacer.

El mirar sus interrupciones, o esta gran interrupción que es la adicción, apunta a que la persona entienda (se dé cuenta) el sentido de la droga o adicción en su vida, vaya comprendiendo la forma en que ha estado experimentado su vida, y a partir de esta mirada acerca de sí mismo, se vaya involucrando cada vez más con su propia vida. Esto último está relacionado con la segunda línea de esta comprensión de la adicción, la cual hace referencia a que el consumo de sustancias se comprende como la forma que la persona encontró para sobrevivir en el mundo; al lograr consumir la sustancia y obtener el efecto deseado, la persona se interrumpe de aquello que no quiere ver de sí mismo y/o entorno, pero también aprendió que de esta forma puede moverse en el mundo.

5.2.2. Modificar la visión existencial.

A continuación, se presentan los objetivos que ayudarán a dar inicio a la modificación de la visión existencial, al ir logrando la integración de la polaridad y el autoapoyo se tiene una base, un comienzo para llegar a mirar el mundo con otros ojos. Llegar a esta modificación existencial, requiere cumplir con la totalidad del proceso terapéutico.

5.2.2.1. Integración de la polaridad.

En ese apartado se pretende mostrar la importancia de trabajar polaridades en este tipo de pacientes. Dentro de las líneas de comprensión de las adicciones, la tercera hace alusión a mirar el consumo de sustancias, y más bien, al efecto esperado como una forma de expresar los aspectos negados de sí mismo que sin el consumo de esta sustancia “X”, no me atrevo a mostrar. La persona al estar bajo los efectos de alguna sustancia muestra, se comporta, o dice cosas, que estando sobrio no lo puede hacer, aparece una forma de ser distinta, que será necesario acompañar a que logre mirar estos aspectos.

Las polaridades son formas de ser que se van construyendo en distintos momentos de la vida y se relaciona con aquellos recursos que escondo con el fin de evitar conflictos y aquellos recursos que potencio para así solucionarlos. Al igual que lo mencionado anteriormente, en las polaridades, están directamente implicados los mecanismos de evitación de contacto, el objetivo en la terapia es que la persona logre ver/comprender estas polaridades e ir tomando/integrando aquellas formas de ser que sean coherentes con la persona que es hoy, sin estar teñido por la droga y/o los recuerdos del pasado.

Este punto, al igual que los anteriores está relacionado con todos los objetivos planteados, para trabajar las polaridades primero es necesario que el paciente haya logrado darse cuenta de algunos aspectos de sí mismo, para así poder dar paso a que sea capaz de mirar estos opuestos que aparecen en su forma de ser, además que logre ver que el consumo de una determinada sustancia le ha servido para expresar aquello que no ve de sí mismo y de sostenerse en un mundo que lo percibe hostil/amenazante.

Finalmente, en el ámbito de las polaridades se apunta a la aceptación de todas mis formas de ser y con esto a la aceptación de vivir. Que la persona se dé cuenta que puede vivir en un mundo

donde la visión existencial sea más positiva. En el caso del drogodependiente, contactarse y aceptar que puede ser una persona valerosa, digna, segura, capaz de poder expresarse de manera auténtica sin temor al rechazo y sin la necesidad de tener que consumir una sustancia para lograrlo. En este punto, es posible mencionar que también se está trabajando en recuperar la función Personalidad del Self, el cómo la persona logra ir cambiando cómo se ve a sí misma y qué es lo que la identifica y desde el verse de una manera distinta lo puede llevar a tomar decisiones diferentes, por lo que también estaría involucrada la función Yo, del Self.

5.2.2.2. Autoapoyo.

En la medida que se vayan logrando los primeros objetivos, se puede avanzar en conseguir que finalmente la persona sea capaz de aceptar ser quien es y, dejando de ser, quien no es. El trabajo consiste en propiciar un espacio que favorezca el que emerja la persona en su totalidad, con una capacidad de poder tomar decisiones por sí misma, con la responsabilidad que esto conlleva, para que así pueda darle sentido a su existir. Sea capaz de conectarse con aquello que lo hace único, que lo distingue como persona. Desarrollar lo propio, singular, lo auténtico.

Este objetivo implica apoyar a la persona en la construcción de una decisión real que implique dejar de consumir, para esto es importante que la persona considere que para tomar una decisión real necesito comprender el entorno y a mí, así será una decisión libre y no teñida por la droga, y cumple la función de que así se involucre en su propia vida, con el fin de alcanzar el autoapoyo. Al poner énfasis en la decisión, no estoy trabajando solo en la conducta, sino que en cada decisión hay un involucrarse en la propia vida, que es el lugar donde queremos que la persona se involucre, debido a que por la adicción lleva mucho tiempo distante de su propia existencia. Con cada decisión que se toma, se hace desde lo que anhelo para mí, que es lo me hace bien (valor

personal), y esto lo puedo detectar vivencialmente. Finalmente agregar que, en la medida que las decisiones son fuertes, se fortalece la persona.

Como se vio anteriormente en esta comprensión de la adicción, la persona adicta ha perdido el amor propio y su dignidad, por lo tanto, es primordial trabajar en que recupere una autoestima sana y en devolver la dignidad, que la persona se vuelva a sentir digna de ser considerando la persona que es en el presente, con lo positivo y lo negativo, pero para eso primero es necesario que haya trabajado en el darse cuenta, en la toma de conciencia de sí mismo, sino me “veo”, no puedo ser digno. El Autoapoyo es algo que va a lograr al enfrentarse consigo mismo y con sus problemas, con los medios que la persona tiene a su alcance.

La terapia gestáltica proporciona un camino para llegar a ser auténtico y significativamente responsable por uno mismo. Al darnos cuenta, somos capaces de elegir y/u organizar de manera significativa la propia existencia. (Yontef, 1995, p. 121)

5.2.3. Recuperar la función Ello.

Con todo lo anteriormente expuesto, se puede ir recuperando la función Ello y así ir sanando las otras funciones del Self, el cuál es el que da sentido y configura una figura, lo otro pasa a un fondo, el objetivo en una terapia de rehabilitación de adicciones está en enriquecer el fondo de tal manera que otros elementos del campo pasen a ser figura y a droga pase al fondo.

5.2.3.1. Autorregulación.

Se considera al proceso de autorregulación como la capacidad de un organismo de reconocer los movimientos del campo, se configura una necesidad y se satisface. Se mencionó en este planteamiento que el drogodependiente es una persona en la cual este proceso de autorregulación se ve interrumpido constantemente, el organismo de un paciente adicto, no tiene la capacidad de visualizar la totalidad de lo que está ocurriendo en un determinado campo, sino que solo puede configurar la necesidad de consumir alguna sustancia, por lo que existen elementos importantes de los que no tiene conciencia, no se contacta y por ende no se puede satisfacer, y el organismo pierde la homeostasis.

En este sentido, cobra vital importancia entre los objetivos el recuperar la homeostasis del organismo, con el fin de que la persona pueda tomar conciencia de la figura (necesidad) que debe emerger realmente (o que estaba siendo interrumpida) y pasar al fondo la necesidad de consumir. Para lograr esta recuperación del organismo, es necesario dar inicio con propiciar e incentivar la conexión de la persona con su cuerpo, específicamente con sus sensaciones, lo cual está directamente relacionado con la función Ello del Self, al ir sanando esta función se podrá retomar una parte esencial del ciclo contacto-retirada, y junto con todo el proceso terapéutico, ir recobrando las otras funciones del Self (Personalidad, Yo) y la continuidad del ciclo, con el fin de llegar a que la persona tome contacto con su necesidad en cantidad y calidad suficiente y su organismo recupera la autorregulación. La persona logra ser consciente de sus sensaciones, emociones de su mundo interno y así puede retomar su capacidad creativa de adaptación; aprender a usar plenamente sus sentidos y su organismo.

5.3. Proceso y relación terapéutica en el trabajo con pacientes adictos.

5.3.1. Principios fundamentales para trabajar adicciones.

Uno de los aspectos fundamentales para dar inicio al trabajo con adictos, es comenzar con la abstinencia, no se puede llevar a cabo un proceso de rehabilitación si la persona continúa consumiendo, por lo tanto, se sugiere como uno de los principios fundamentales que el trabajo con adicciones, en sus inicios, sea en un contexto cerrado, lo que usualmente se conoce bajo el nombre de “centro residencial o comunidad terapéutica”, debido a que el adicto, en esta instancia, no es capaz de tomar por sí solo la decisión de dejar de consumir, por lo que es necesario tomar este tipo de medidas para dar inicio al proceso de tratamiento.

Otro aspecto a considerar como fundamental, es que, en los primeros tres meses de rehabilitación, el trabajo gestáltico se focalizará en acompañar a la persona en su proceso de desintoxicación, lo anterior se justifica debido a que las drogas aún están en su organismo, por lo que una terapia vivencial en este punto del tratamiento no sería lo más recomendable, ya que al ser una terapia experiencial, es probable que la persona aún se siga contactando con la necesidad de consumir y no sea capaz de experimentar otro tipo de vivencias; para dar inicio a las técnicas gestálticas es necesario que la persona este “limpia”. En estos primeros meses, utilizar recursos gestálticos más allá de las técnicas, como son, el acompañamiento terapéutico, escucha activa, y principalmente ir desarrollando un vínculo que apoye todo el proceso terapéutico.

En directa relación con lo mencionado anteriormente, cuando el paciente comienza su proceso de tratamiento, es necesario trabajar en fortalecer su aparato cognitivo, con ejercicios acordes a lograr la estimulación de esas áreas del organismo con el fin de que sus vivencias sean cada vez más confiables. Cuando el adicto llega a un proceso de rehabilitación, sus vivencias no son acordes a la realidad, porque su realidad esta ensuciada por la droga, el adicto no distingue con claridad, sus experiencias reales o aquellas que fueron producto de su fantasía/imaginación, por los efectos de las drogas. Entonces, como principio fundamental es necesario trabajar en este ámbito,

ya que por la vía cognitiva se pueden forjar pensamientos que lo lleven a una conducta adecuada para sí mismo.

Durante todo el proceso terapéutico es importante fomentar el que la persona se conecte con el momento presente, con su experiencia actual, que vaya tomando conciencia de sí mismo, de su corporalidad y emocionalidad. Sea capaz de tomar en cuenta sus necesidades, diferenciarlas de las de los demás y que aprenda a valorarse a sí mismo y a su entorno.

Al momento de trabajar temáticas más profundas con el adicto, aquellas que evade o los aspectos negados, es necesario preparar a la persona a que mire o se enfrente a esta parte de sí. Ayudar al paciente a reconstruirse, involucrarse en su vida y que esta tenga un valor para él. Que el paciente logre asumir responsabilidad de su proceso de cambio.

Es esencial tener en consideración el saber distinguir o identificar lo que es conducta solo para cumplir un tratamiento y obtener un alta, pero sin una convicción profunda de dejar de consumir, esto se muestra debido a que desde la experiencia de la tesista, algunos pacientes adictos inician un tratamiento porque necesitan un certificado para que no los despidan de su trabajo o para que su familia no les insista en que deje de consumir, esto se evidencia fácilmente desde los primeros encuentros en que rápidamente la motivación por obtener el papel pareciera ser lo más importante de todo, si sucediera esto aprovechar la instancia para vincularse con el paciente y lograr una honesta adherencia al tratamiento.

En el cierre, se celebra lo logrado, reconociendo un proceso de cambio, se relaciona con el objetivo de la terapia, por lo mismo debe ser claro para ambos, así se puede reconocer hasta donde se ha llegado. Se hace un recuento de lo sucedido con el paciente y una reflexión en torno al estado en que termina. Se espera que el paciente termine reconociendo y confiando, lo más posible, en su

autoapoyo y comprendiendo desde donde se sostiene. Que la persona se dé cuenta de sus propios recursos y se sostenga por sí mismo, en ese sentido, la angustia, síntoma o enfermedad pueden llegar a ser un aliado de la persona porque le avisa que algo no está funcionando bien.

5.3.2. Actitud del Terapeuta.

Con respecto a la actitud del terapeuta, es difícil establecer criterios o pautas que deben ejecutarse de una sola manera, lo que se muestra a continuación, son ideas acerca de cómo debiese ser la actitud del terapeuta, considerando algunos elementos claves para el éxito de la terapia, teniendo en cuenta que la espontaneidad también es un factor importante, lo siguiente es un lineamiento general.

Existen valores significativos para la terapia Gestalt que deben estar presente en la actitud del terapeuta, como, por ejemplo, la honestidad, responsabilidad y respeto que facilitan que la persona adicta se muestre tal como realmente es, consigo mismo y con los demás, lo que implica tomar en serio al paciente, la adicción no es una enfermedad que se va a sanar con “fuerza de voluntad”. Tener consideración con el otro, que se legitime un lugar en el espacio, que no sea invisible, es la base del respeto. Escuchar limpiamente al otro, aceptarlo tal como es. Respeto por la enfermedad, más que un intento de efectuar cambios rápidos, se entiende la enfermedad como una solución neurótica que le ha permitido a la persona mantenerse viva. Centrarse en el fenómeno y no en el rotulo diagnóstico.

Ser auténtico y congruente. Ser auténtico es un aspecto más bien interno del terapeuta, donde se busca el darse cuenta de sí mismo (conocer su funcionamiento y polaridades) y ser receptivo al flujo de su propia experiencia. La congruencia nos ayuda a ser más confiables ante el otro. Debe estar atento al darse cuenta interno, de sus propios sentimientos y al darse cuenta

externo, de todo lo que ocurre a su alrededor, especialmente lo que le ocurre al paciente, sin perder su centro. Mostrarse a sí mismo en forma honesta, transparente, mostrarse tal como se es, lo relevante es conocerse y tener ampliado el darse cuenta de modo de saber cuáles son los aspectos que como terapeuta pongo en el campo.

La importancia del aquí y ahora, con una actitud fenomenológica. sin prejuicios, estar dispuesto a observar al paciente más allá de su adicción, (mirada holística). Terapeuta debe dejarse llevar, respetando el ritmo y la manera del paciente, siguiendo siempre la figura. Debe estar verdaderamente centrado en el presente, consciente, con compromiso, ser creativo, abierto al dialogo. Escucha atenta, viva e ingenua.

Terapeuta en contacto con el campo completo (paciente y terapeuta). Importante estar atento a las interrupciones del paciente y a sus propias interrupciones que el paciente le puede generar, como rabia, sueño, etc.

El terapeuta debe entregar contención, apoyo, preocupación, valoración y aceptación. Debe estar activo, observar lenguaje no verbal, atento a lo que no se dice. Mantener una genuina motivación por conocer a su paciente.

Dentro de las medidas prácticas a considerar es tener claridad con respecto a una línea de trabajo, a los objetivos que se quieren conseguir, acordes al plan de tratamiento e informar al paciente de aquello.

Uno de los conflictos presentes en una terapia de rehabilitación, es que el paciente tenga una recaída, en este ámbito es importante que el terapeuta no juzgue ni enganche con esto, tampoco sentirse responsable o culpable, es necesario comprenderlo como parte del proceso de sanación de la persona. Por lo que es importante tener tolerancia a la frustración y reflexionar en torno a esta

recaída, considerar que si el paciente ya limpio que recae está mostrando una interrupción, ver e invitar a mirar que generó esa interrupción, en que estaba antes de la recaída, de qué se da cuenta, que no pudo resolver con un medio más creativo y se refugió en esa solución, son algunas de las inquietudes a resolver en conjunto con el paciente, con el fin de continuar acompañándolo en su proceso de rehabilitación. Desde la experiencia de la tesista y al observar a los profesionales que trabajan con este tipo de pacientes, existe un rechazo a atenderlos, incluso es considerado el paciente “cacho”, que no adhiere a tratamiento o que empieza, pero finalmente nunca termina un proceso, entonces es esencial dejar de lado los prejuicios, la estigmatización y tomar conciencia que estas conductas, son interrupciones y que es necesario ser creativo para encontrar la forma para que la persona quiera sanarse.

Considerar a la persona como alguien singular e irrepetible. Ser consciente de las limitaciones de todo modelo psicoterapéutico y de sus propias limitaciones como terapeuta, así como de la necesidad del cuidado de sí mismo. Evitación de la actitud de “salvador”, de la omnipotencia. Apertura o receptividad respecto a cualquiera de las dimensiones de la conducta del cliente, y a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas de la creatividad del terapeuta. (artículo Vínculo terapéutico, una relación significativa).

Confiar en la autorregulación orgánica, confiar en que las figuras se energizaran y la persona sabrá lo que le resulta saludable. Promover la toma de conciencia y la responsabilidad del paciente frente a su proceso de cambio y a sus acciones.

En la última década he descubierto que una amabilidad clara y directa es clínicamente más eficaz para aumentar el darse cuenta, la auto-responsabilidad y la experimentación honesta del paciente, que la actitud orientada a la frustración y a las técnicas de años anteriores. He

descubierto que intervenciones sencillas tales como reflejar al paciente su fenomenología y compartir explícitamente mi actual perspectiva y dilemas es a menudo más eficaz que usar la silla vacía, trabajo corporal, actuaciones, trabajo de sueños, etc. Todas estas técnicas tienen su lugar, pero para mí el equilibrio, la actitud al enfocar al paciente y el trabajo clínico han cambiado. (Yontef, 1995, p. 105)

5.3.3. Elementos necesarios para el trabajo de rehabilitación.

Los elementos que se proponen para un trabajo de rehabilitación, no difieren de cualquier otro proceso terapéutico, quizás la diferencia más significativa, es que en esta propuesta se hace énfasis en dar inicio al proceso terapéutico en un contexto cerrado, por lo tanto, un elemento central es contar con un espacio adecuado para llevar a cabo todo lo que implica que los pacientes realicen su rutina en este espacio.

Con respecto al proceso terapéutico propiamente tal, tanto para la terapia grupal e individual se sugiere la utilización de un espacio físico adecuado, acogedor, donde la persona se sienta cómoda, tranquila, que permita intimidad. Que invite a la acción espontánea de los pacientes, lugar confortable, “espacio seguro”. Clima único que se diferencie de otros ámbitos sociales. Setting adecuado. Confidencialidad, respetar secreto profesional.

Desde el inicio del proceso, se propone el uso de una bitácora, con el fin de ir promoviendo la toma de conciencia de sí mismo y su entorno, al ir escribiendo o describiendo sus vivencias.

Tener un objetivo terapéutico común, para que así paciente y terapeuta se orienten hacia un mismo lado, estos objetivos deben ser acordes y realistas a cada persona. Es importante considerar que los objetivos terapéuticos son co-construidos considerando al otro, no son rígidos, sino que pueden o deben ir cambiando acorde la figura del paciente.

5.3.4. Relación terapéutica en el trabajo de adicciones.

Al hacer referencia a la relación terapéutica, y algo similar a los puntos anteriores, no es posible establecer una única forma de cómo debe ser esta relación, lo que se muestra es un planteamiento en base a los conceptos gestálticos existentes, los que deberían estar presentes en una terapia de rehabilitación.

Es una relación que debe ser genuina, congruente, transparente y real, donde cada uno sea natural, se muestre tal cual es, sin poses ni ocultando elementos propios de la persona, con el fin de ir logrando un vínculo positivo para la terapia. Como el terapeuta acompaña al paciente a ser responsable de su propia vida, siempre debe estar en sintonía con él.

Debe existir empatía, aceptación y autenticidad, es una relación que se da en el aquí y ahora, y ambos deben estar conscientes y conectados con esto.

Se caracteriza por ser una relación colaborativa, en donde el terapeuta puede ser experto en la teoría, pero el paciente es experto en su proceso de vida, ambos deben comprender que juntos van a poder lograr que un determinado proceso terapéutico sea exitoso.

5.4. Técnicas gestálticas en una terapia de rehabilitación de adicción.

En este apartado, se propone un trabajo que implica procesos de intervención tanto individual y grupal, en un ambiente cerrado, los primeros meses, para después continuar la terapia en el contexto ambulatorio. Se llega a esta propuesta, principalmente por la complejidad del usuario y todos los asuntos que hay que atender para que sea una terapia intensiva, pero a la vez exitosa, que tenga un impacto real en la vida de la persona. Debe ser cerrado, al inicio, para lograr desintoxicar al paciente y disminuir las recaídas en una primera etapa, después de lograr los objetivos propuestos para esta etapa, se puede continuar la intervención en el ámbito ambulatorio,

por unos meses más, hasta que se hayan logrado los objetivos, una vez finalizado todo el proceso terapéutico, será decisión del paciente, estando en su cotidianidad habitual, si vuelve a consumir o no.

Para este proceso terapéutico de rehabilitación se sugiere delimitar la intervención en dos grandes momentos, el primer momento está relacionado a la desintoxicación del paciente, lo cual tiene una duración aproximada de tres a cuatro semanas, o un poco más, (los tiempos son sólo parámetros, debido a que no es posible establecer un tiempo exacto para cada persona porque todos los organismos son diferentes), en donde el trabajo terapéutico consiste en acompañar al paciente en este difícil momento en que se están eliminando todas las toxinas de su organismo, será necesario entregarle apoyo ambiental a través de la contención, escucha atenta, transmitir calma, sin caer en la sobreprotección o en una actitud paternalista, lo importante es, no sólo estar atento a las necesidades del paciente sino también ir generando un vínculo que favorezca la terapia. También es necesario, no sólo en este primer momento, sino que en otros momentos también, realizar ejercicios de estimulación cognitiva, con el fin de apoyar la recuperación del sentido de realidad, que la persona vaya logrando distinguir entre lo que realmente existe y/o existió, y lo que fue provocado por el efecto de las drogas. En un segundo momento, cuando ya terminó la desintoxicación, es el instante en que se pueden realizar otro tipo de trabajos que inviten a la persona a mirarse desde otro lugar, al principio con ejercicios básicos que promuevan la toma de conciencia de su organismo hasta llegar a utilizar técnicas que permitan un conocimiento más profundo de sí mismo. Para este segundo momento se proponen ejercicios grupales e individuales, los cuales están presentados en forma acorde a los objetivos enunciados para la terapia de rehabilitación. La duración de este segundo momento, es variable debido a que depende del proceso

de cada persona. Si es importante clarificar, que el inicio de este segundo momento es en un contexto cerrado, para después continuar en el contexto ambulatorio.

Al inicio se proponen ejercicios que favorezcan el darse cuenta, que ayuden a tomar conciencia de lo que la persona siente, piensa y de su cuerpo; este trabajo es primordial en los adictos, debido a que están desconectados de su organismo, por lo que actividades que fomenten esta toma de contacto, será favorable para su recuperación. También actividades que los ayuden a mirar sus interrupciones, y más adelante trabajos que apoyen el conocer su dinámica polar. En la etapa de inicio de la intervención grupal, también está indicado efectuar dinámicas que permitan que los participantes interactúen entre sí y se vayan conociendo.

Sea en un contexto individual o grupal, el terapeuta debe tener claro el objetivo del ejercicio en relación al paciente o al grupo. Claridad con respecto a lo que hace, el sentido, la forma y hacia donde desea llegar con una determinada técnica, siempre debe ser en relación a lo terapéutico. Cabe destacar que lo que se presenta a continuación es una propuesta, en donde los ejercicios mencionados no son exclusivos del espacio grupal o individual, lo más importante es que sean acordes a la figura del paciente.

En terapia gestáltica, todos los ejercicios que se realizan comparten características que son fundamentales en Gestalt, como, por ejemplo, deben promover el darse cuenta, que la persona logre tomar conciencia de aspectos que antes no veía de sí mismo y/o de su entorno. También corresponde que se focalicen en el aquí y ahora, con lo que le está pasando a la persona actualmente, independiente de si eso está asociado a conflictos del pasado o del futuro, lo importante es su vivencia presente, al experimentarlo en el presente va a lograr comprender aspectos de su vida y así efectuar los cambios que necesite.

La técnica gestáltica exige del paciente que se vivencie a sí mismo lo más posible y que se vivencie tan plenamente como pueda en el aquí ahora. Le pedimos que se dé cuenta de sus gestos, de su respiración, de sus emociones, de su voz y de su expresión facial, tanto como de sus pensamientos más apremiantes. Sabemos que mientras más se dé cuenta de sí mismo, más aprenderá acerca de lo que es él mismo. A medida que vivencia los modos en que se evita el “ser” ahora –los modos diversos como se interrumpe- también comenzará a vivenciar el sí mismo que ha interrumpido. (Perls, 1976, p. 70).

5.4.1. Descripción de Técnicas/Ejercicios para promover el “Darse Cuenta” y “Mirar las Interrupciones”.

Dentro de las técnicas gestálticas existen varios ejercicios que promueven el darse cuenta, sin embargo, se sugiere partir con ejercicios simples de respiración, como puede ser, que la persona adopte una postura cómoda, con ojos cerrados, focalice su atención sólo en su respiración por unos breves minutos, además se busca promover que esta práctica la introduzca en su cotidianidad.

5.4.1.1. A nivel de Intervención Grupal.

La intervención grupal, era una de las formas de trabajar que más promovía Fritz Perls, señalaba que era un espacio en que los participantes podían desarrollar de forma más eficiente su capacidad de autoapoyo, principalmente por la interacción y relación entre las personas de un grupo, el cual es un espacio que permite explorar los conflictos y dificultades relacionales y conocer actitudes nuevas. Los demás participantes pueden ser usados para la exploración experiencial de una situación cotidiana, de las actitudes y de las expresiones o emociones determinadas del paciente.

Como terapeuta, es importante mirar al grupo en su totalidad, respetando las distintas etapas por las que atraviesa, hay instantes en que puede ser que las personas no estén conectadas con lo que está sucediendo o les está pasando, pero también existen momentos más profundos con un clima emocional diferente, y el rol del terapeuta debe ser acorde a la figura del grupo.

Se sugiere que las actividades efectuadas en el contexto grupal finalicen con un cierre/plenario, en donde cada participante, en la medida que desee hacerlo, exponga su experiencia en relación al ejercicio, esto con el fin de que tanto el terapeuta como los otros integrantes conozcan lo que experimentó la persona, a partir de esto pueden aparecer aspectos relevantes para el proceso terapéutico no sólo para la persona que lo experimentó sino que también, puede serlo, para otro integrante del grupo, además al expresar/verbalizar lo acontecido ayuda a la toma de conciencia de sí mismo.

Algunos ejercicios que aparecen en el libro *El Darse Cuenta* de John Stevens (1976), ayudan en este ámbito, a continuación, lo que se muestra es sólo una selección de estos ejercicios:

- *Respirando (p. 81)*: “Enfoque ahora la atención sobre su respiración... Dese cuenta de todos los detalles de su respiración... sienta el aire entrando por su nariz o su boca... siéntalo penetrar por su garganta hacia los pulmones... y dese cuenta cómo su pecho y su vientre se expanden y contraen lentamente cuando respira... Imagine ahora que ese aire penetra suavemente en sus pulmones... y luego se retira lento... Usted no tiene que hacer absolutamente nada, pues el aire realiza la respiración por usted... Practique tan sólo esto por un rato... y luego invierta...”
- *Zona de conciencia o del darse cuenta (p. 27)*: “se propone que trabajen en duplas, todos sentados en una postura cómoda, un participante parte primero con los ojos cerrados, la indicación es la siguiente:” dese un tiempo para prestar atención a su propio darse cuenta. Sea sólo

un observador de su darse cuenta y advierta hacia donde va. Dígase a sí mismo, “ahora me doy cuenta de” y finalice la frase con aquello de lo cual se está dando cuenta en ese momento. En seguida dese cuenta si eso es algo de afuera, interior, o una fantasía... ¿Hacia dónde se dirige su darse cuenta?... ¿Se da usted más cuenta de cosas fuera de su cuerpo, o de sensaciones debajo de su piel?... Dirija ahora su darse cuenta al área de lo que esté dándose menos cuenta, exterior o interiormente, y dese más cuenta de ello... ¿Hasta qué punto está ocupado con fantasías, pensamientos o imágenes?... Note que mientras esté ocupado con un pensamiento o una imagen, su darse cuenta de la realidad exterior o interior decae o aun desaparece... Si tan sólo puede aprender categóricamente la distinción entre una fantasía y la realidad de su experiencia actual, podría dar un gran paso hacia la simplificación de su vida.”

- *Enfocar y concentrar (p. 27)*: “continúe experimentando con su darse cuenta y dese cuenta de que su “darse cuenta” es como un reflector. Sea lo que fuere aquello sobre lo cual enfoca su atención, esto aparece nítido; pero otras cosas y eventos tienden a desaparecer de su conciencia. Si le pido que tome conciencia de lo que oye, probablemente pueda oír una gran cantidad de sonidos y ruidos diferentes... y mientras usted hace eso está casi completamente alejado de lo que siente en sus manos... cuando menciono sus manos, su alerta probablemente se dirigirá hacia allá y comenzará a darse cuenta de las sensaciones de sus manos... su capacidad de darse cuenta se mueve muy rápidamente de una cosa a otra, pero tan sólo puede darse cabalmente cuenta de lo que sea que esté en el foco de su darse cuenta en ese momento. Dese algún tiempo ahora para darse cuenta de cómo concentra su capacidad de darse cuenta y qué entra en el foco de su alerta...”

- *Conexión e interrupción (p. 31)*: “Continúe prestando atención a este fluir de su capacidad de darse cuenta y note qué conexión existe entre las cosas de las cuales sucesivamente se da cuenta... Mientras su alerta se desplaza de una cosa a otra, ¿cómo están estas cosas

relacionadas entre sí?... Siga este flujo y aprenda más acerca de su dirección y de cómo es... Note cuando su flujo de darse cuenta es interrumpido. Cuando se detiene o cambia repentinamente de dirección o de carácter, vuelva sobre lo que estaba dándose cuenta justo antes de la interrupción y centre su atención allí por un rato... Vea si puede descubrir más acerca de esto... ¿Cómo se siente mientras permanece en estado de alerta?”

- *Agradable – Desagradable (p. 31)*: “Nuevamente, tómese unos minutos para darse cuenta del fluir de su alerta y a medida que se vaya dando cuenta de algo, note si este darse cuenta es agradable o desagradable para usted... ¿Qué diferencia nota entre el darse cuenta de algo agradable o desagradable?... ¿Permanece su alerta más tiempo en uno o en otro? ¿Se da menos cuenta de los detalles de uno o de otro?... ¿Hay alguna pauta o similitud entre lo que vivencia agradable y desagradable?... Continúe así por un rato y aprenda más acerca de cómo difiere su capacidad de darse cuenta de experiencias agradables o desagradables... Una interrupción en el flujo del darse cuenta es algunas veces una respuesta a un cambio repentino en nuestros contornos. Pero mucho más a menudo es la respuesta del darse cuenta a una experiencia desagradable... Comúnmente, evitamos algo desagradable. Interrumpir nuestro “darnos cuenta” es una manera de mantener la experiencia desagradable a distancia. Este es uno de los modos principales de cómo reducimos y limitamos nuestro darnos cuenta. Si usted se llega a dar cuenta de que está evitando y alienando una experiencia, es posible revertir este proceso. Si usted nota una interrupción en su darse cuenta, puede centrar su atención sobre la experiencia que precedió a la interrupción y averiguar acerca de qué es lo que está evitando. Inténtelo nuevamente ahora...”

Para promover una mejor comunicación entre los integrantes del grupo se propone el ejercicio que aparece en el libro *Terapia de Grupo de Marina Varas (2011) p. 170*: “*Dime quién eres..., te doy...*”, el cual ayuda a conocerse más entre los participantes las consigna es la siguiente:

“se trabaja en duplas, uno es A y otro es B; A dice: “dime quien eres”. B, desde el aquí y ahora, dejando surgir lo que aparece... le responde “te doy mi”. Puede dar algo material o puede dar lo que desee; por ejemplo, la alegría, la pena, el disfrutar, la lluvia, el sol, así sucesivamente, y luego cambian de lado; B pregunta y A responde, entregando algo de sí. Verán que, entre más tiempo transcurra, más se profundiza en las respuestas.

Cuando ya existe confianza a nivel grupal, se sugiere realizar ejercicios que ayuden a la toma de conciencia de las propias dificultades en el contacto con el otro, como por ejemplo el que se propone en el libro *Terapia de Grupo de Marina Varas (2011) p. 181*: “*Contacto con las manos*”, la consigna es la siguiente: “este ejercicio se hace con los ojos vendados, en parejas dentro del grupo. Se establece contacto con las palmas de las manos inicialmente, y luego está permitido explorar la mano de tu compañero o compañera. El contacto es sólo con las manos y no deben avanzar hacia otras partes del cuerpo. Permitirles explorar las manos el compañero/a, con la consigna de que pueden hacerlo hasta que deseen partir. Tomar conciencia de cuánto deseo estar y ser tocado por esas manos, y cuando deseo cambiar y buscar otra pareja. Tomar conciencia del propio límite y contacto”.

5.4.1.2. A nivel de Intervención Individual.

La intervención individual debe estar en directa relación con lo que sucede a nivel grupal y a su vez con los objetivos terapéuticos propuestos para cada persona. Puede ser que, en la intervención grupal, queden temas abiertos, o situaciones inconclusas, que quizás en la intimidad que otorga la intervención individual sea posible mirarlas o trabajarlas. Las técnicas presentadas a continuación, se condicen con los objetivos planteados anteriormente.

5.4.1.2.1. Escucha y Diálogo.

Más que una técnica en sí, es una forma de establecer un diálogo en donde el objetivo es hacer que el verdadero ser se muestre a sí mismo, comprender cómo la persona se ve a sí misma y a su sí mismo en el entorno; ir captando que hace que esta persona lo esté pasando mal, ¿cuál es su sentido vida?; La idea es hacer preguntas, para que la persona se muestre, para lograr comprender, pero no para explicar, por lo que se sugiere iniciar las preguntas desde el “qué y cómo”. Hay preguntas que abren y otras que profundizan, lo importante es que deben guiar a la persona a mirar, para dar una respuesta. Llegar a la visión existencial.

La primera intencionalidad debe ser comprender, que hace que la persona esté haciendo lo que está haciendo. Entender cuáles son las soluciones que está usando para sobrevivir, y cuál es el contexto de ello, así mismo acceder a la forma de cómo se maneja en el mundo, esperando que se nos configure la dinámica polar.

Se sugiere hacer preguntas, también con lo que le ocurre al terapeuta, con lo que el paciente dice, para ver si efectivamente estoy sintonizando y comprendiendo lo que el paciente quiere decir, su realidad personal, limpia de mi interpretación.

Ejemplo: Un paciente con adicción a la cocaína, que siempre contaba aspectos superficiales, se interrumpía constantemente como evitando algo, interrumpiéndose, por lo que decidí mirar la interrupción y estar en la interrupción del paciente. En la tercera sesión de este ir y venir del diálogo hasta donde me permitiera llegar, fuimos llegando a niveles más profundos donde fue capaz de conectarse con una postura corporal distinta, un tono de voz más bajo, pero más entero y expresar verbalmente su angustia por sentirse solo, alejado de familiares y amigos, comprendiendo que esta situación si es algo que le afecta (en sesiones anteriores negaba que estas relaciones le importaban)., lo real de esta afirmación de su corporalidad, hizo o provoco que me afectara con la realidad del

paciente y pudiera sentir su soledad y su dolor. Por supuesto era ya un paciente complejo, podríamos tardar mucho tiempo en tocar esos espacios más dolorosos, lo que incorpora otra cualidad al dialogo, debe ser un tipo de dialogo paciente, ingenuo, confiado, sin dejar de ser activo.

El diálogo es lo que emerge cuando un tú y un yo nos unimos de una manera auténticamente contactada. El diálogo no es tú más yo, sino que emerge de la interacción. Diálogo es algo que puede ocurrir cuando ambas partes se hacen presentes. El diálogo puede darse sólo si el resultado no es controlado o determinado por ninguna de las partes. (Yontef, 1995, p. 36).

5.4.1.2.2. Continuum de Conciencia.

El continuum de conciencia es un ejercicio de que ayuda a ampliar la toma de conciencia, en donde al paciente se le solicita que se focalice en lo que tiene en su conciencia en cada momento y lo ponga de manifiesto. Se va orientando su darse cuenta a la exploración vivencial, lo que puede llevar a la expresión de una emoción que la persona no es consciente hasta ese momento. Lo primero es que la persona se vaya concentrando en su cuerpo, el apoyo que da el terapeuta es la respiración, se le guía en la toma de conciencia y que pase lo que pase puede anclarse a la respiración, debe tomar contacto con su cuerpo y las verdades y/o necesidades reales. Se concentre en su organismo, en su respiración y utiliza la siguiente frase: “ahora me doy cuenta...”, para comenzar a describir aquello que está sintiendo. Terapeuta, escucha, respeta los tiempos de la persona y sigue la figura, se debe llegar a la esencia de lo que le está sucediendo, debemos ser tocados por lo que al otro le ocurre. Las instrucciones se acompañan con un tono de voz adecuado, que permita explorar lo que le ocurre a la persona. Cuando aparezca algo significativo, terapeuta promueve la Energetización y amplitud de la figura, se encarga de que viva lo que está sucediendo o pensando o imaginando, permitiéndole a la persona vivenciar lo que surge, por medio de pedirle

que adopte una postura corporal que sea acorde a lo que está sintiendo, y se quede en esa postura unos segundos. Después se le pide que realice los cambios que necesite, quiera y pueda hacer, sin transgredirlo y sin transgredirse. Al finalizar, preguntarle de qué se da cuenta, de qué forma lo relaciona con su vida.

Ejemplo: Una paciente adicta al alcohol, al realizar este ejercicio fue apareciendo todo el cansancio y angustia que le generaban sus cuatro hijos (situación que antes no reconocía), la señora se conecta con esa sensación, y toma una postura corporal acorde con esto (estando sentada, cierra los puños de sus manos, encima de sus piernas y deja caer su cabeza hacia adelante), después de unos segundos, manifiesta que se siente culpable, se siente mala madre, sobrepasada, que todo lo hace mal, llora bastante, realizo contención y le pregunto qué necesita hacer para estar mejor, señala que primero soltar los puños de las manos, después levantar su cabeza y estirar su espalda, se calma, abre sus ojos y para finalizar dialogamos acerca de lo sucedido y de lo que se había dado cuenta.

5.4.2. Descripción de Técnicas/Ejercicios para integrar las “Polaridades”, recuperar la “Autorregulación” y lograr el “Autoapoyo”.

5.4.2.1. A nivel de Intervención Grupal.

Para que cada participante vaya identificando sus polaridades, se puede aplicar el ejercicio “Escultura de Polaridades” que aparece en el libro *Terapia de Grupo de Marina Varas (2011) p. 186*, la consigna es la siguiente: “se hace con música y manteniendo los ojos cerrados, para lograr conectarse con el cuerpo, la música y las sensaciones corporales. Desde ahí, se busca encontrar sensaciones opuestas: frío/calor, relajó/tensión, izquierda/derecha, etc.; se representa una escultura de cada polo, las esculturas dialogan entre ellas; luego se busca la integración de ambas en una escultura final”.

Durante todo el proceso, también se pueden ir incluyendo dinámicas que impliquen un trabajo corporal de mayor movimiento, como, por ejemplo: todos de pie caminando por la sala e ir tomando conciencia de su cuerpo, sentir el cuerpo, ir chequeando si existe alguna dolencia, tocarse con las manos distintas partes del cuerpo (lo que se pueda, sin forzar nada), sentir el volumen corporal que ocupa mi cuerpo en este espacio. Con las manos hacer el ejercicio de “despertar” cada parte del cuerpo, dándole unas palmadas, “estoy aquí y ahora”. Al finalizar, en duplas dialogar lo que se sintió durante el ejercicio.

Los ejercicios de imagerías o fantasías guiadas también son utilizados en la terapia gestáltica, debido a que la persona a través de su imaginación proyecta asuntos pendientes, aspectos negados de sí mismo o de su entorno, por lo que son trabajos que enriquecen el proceso terapéutico. Acorde a la etapa en que se encuentre un determinado grupo y a los objetivos puntuales que se quieran alcanzar con los participantes, existen variadas formas de efectuar una fantasía, donde el terapeuta da estructura y la persona proyecta.

5.4.2.2. A nivel de Intervención Individual.

En este nivel el cambio que pueda hacer la persona en su vida no está sólo en la comprensión, sino que está en la vivencia, en la experiencia de que puedo ser de esta manera. La solución pasa por descubrir que hay una forma de existir, de ser plenamente yo, y esa vivencia es la que ayuda a la persona. Lo importante es que sea una experiencia que promueva una forma de vivir diferente. Si la persona logra comprender la existencia, se comprende el conflicto.

5.4.2.3. Trabajo con Polaridad.

El objetivo terapéutico del trabajo de polaridades es la integración, de estos dos aspectos que son parte de una misma realidad. El trabajo con polaridades se inicia un poco antes de la sesión

en que se aplica la técnica en sí, preparando a la persona para el trabajo polar, explicándole lo que significa polaridad y realizando ejercicios proyectivos a través de tareas. Algunas preguntas que se pueden dejar como tarea y que ayudan a reconocer la polaridad son:

- a. ¿Hay algo que me caracteriza desde chico/a?
- b. ¿Hay algo que me critiquen los otros?
- c. ¿Con qué es lo que me peleo más, desde el deber ser?
- d. ¿Cómo soy en momentos de crisis?

Otros ejemplos de ejercicios previos son:

- a. Que la persona se presente en una polaridad y luego en otra, sin establecer ningún diálogo.
- b. Pedirle que imagine sus propias polaridades como un desfile de personajes.

En la sesión que se trabaja la polaridad se inicia de la siguiente manera: se le explica a la persona la forma en que se va a trabajar, en que silla/cojín se ubicará cada polo y el terapeuta.

1. Empezar por el otro, por lo desconocido. Siempre se parte por el otro con el fin de conectar con la vivencia, “cargar” a la persona con lo que no conoce y se pueda conectar con esto. Debe estar aproximadamente diez minutos en la polaridad desconocida (polo menos frecuente). La idea es que el diálogo no sea desde la cabeza, quizá esto se puede dar al inicio del ejercicio, pero después debe conectarse con su sentir. Algunas preguntas que ayudan son: “descríbete, ¿Quién eres?, ¿Cómo eres así?, ¿cómo eres tú?, ¿Cómo te sientes?, ¿en qué situación te has sentido de tal manera o donde haz aparecido?”. Otras indicaciones que ayudan al trabajo son: “conéctate con tu cuerpo, con tu respiración, tono de voz”.

2. Después de los diez minutos, cambia y se pone en el polo frecuente, (“descríbete, ¿Quién eres?, ¿Cómo eres así?, ¿Cómo te sientes?”), desde este momento se puede dar inicio al diálogo, propiciar que le diga cosas al polo desconocido, “escuchaste al del frente, que te pasa con él, que sientes por él, háblale”.

Tener presente que, si los polos se mezclan o confunden, se vuelve a insistir en diferenciarlos, debe reconocerse como algo distinto.

3. El cambio de silla, o de polo, es cuando como terapeuta, estoy en un rol y no se la respuesta, debe ser acorde a lo que se va diciendo, siempre ayudar a que el discurso sea vivencial, conectando con el cuerpo, usando preguntas como:” ¿cómo te sientes?, ¿qué te está pasando ahora?”.

“¿para qué te sirve ser así?, ¿cómo sería tu vida si él no existiera, ¿cómo te sentirías tú con esa vida?, ¿qué más pasaría si él no existiera?, explícaselo, ¿hay algo que le quieras decir o pedir a un polo?”

4. Considerar tener un tercer lugar para el terapeuta.

5. Al final la persona se pone al centro de las sillas, y simbólicamente saca una parte de cada uno y se lo coloca en una parte del cuerpo. Paciente pueda vivenciar lo positivo de ambos polos, que pueda ver para qué le sirve cada uno.

Este trabajo de polaridad se puede volver a realizar, debido a que pueden ir apareciendo otras polaridades, sin embargo, es la polaridad más “troncal” la que se va integrando.

Antes que ambos polos se “reconcilien” se deben diferenciar que cada uno conozca su territorio, no hay que apurarse en encontrar el fin.

Tanto la silla caliente como el trabajo de polaridades tienen como objetivo descubrir lo positivo en el otro a través de los roles. Cada característica es fundamental incluso las percibida como negativas por la persona.

Ejemplo: un paciente alcohólico, que pertenece a las fuerzas armadas, realizamos el ejercicio de polaridad con los aspectos negados que aparecían cada vez que estaba ebrio, parte el ejercicio describiéndose como divertido, molesto, desordenado, irrespetuoso, bueno para bailar, y desde su otro lado se muestra como ordenado, cuidadoso con lo que dice, serio y preocupado solo de su trabajo, al principio fue difícil para el paciente conectarse con la dinámica, sin embargo después se fue soltando y fue capaz de realizar el diálogo entre los polos, se dio cuenta que existían aspectos importantes y valerosos de su polaridad negada, por lo que el trabajo siguiente fue el integrar estos aspectos.

5.4.2.4. Silla Caliente.

El objetivo de la silla caliente es percibir una parte del campo que no estaba viendo, se amplía la visión y se configura todo diferente, existe una nueva mirada en la vida de la persona. Es importante que la persona logre creativamente adaptarse a este nuevo campo, que desarrolle la capacidad de ver, por ejemplo, que en esta fortaleza también existe debilidad, o la débil también es fuerte, así pueda ir integrando aquellos aspectos que estaba dejando fuera. Este campo se va ampliando desde la curiosidad del terapeuta, sin prejuicio, desde el partir por la ignorancia pura. Lo que es figura siempre sale. Cuando aparece algo, preguntar ¿Qué sientes?

Esta es una técnica dentro de un proceso terapéutico, se aplica de la siguiente manera: se ponen dos sillas frente a frente, en una de las cuáles se sienta el paciente y en la otra, vacía, se simula que está la otra persona con la cual el paciente tiene el conflicto y debe establecer el diálogo.

1. La persona elige donde quiere colocar al otro y donde se quiere poner él.

Pedirle que el dialogo sea en primera persona y en presente. Cuidar los espacios de donde está el otro y donde está la persona, en que “silla o cojín” está cada uno. No sirve que diga lo que piensa, sino lo que siente. Al inicio siempre partir, con los ojos cerrados, presentándose desde el otro, para que el terapeuta capte que persona está ahí y cuál es la proyección. Es importante que la persona logre ser el otro de la mejor forma que le sea posible, que sienta con todo su cuerpo a esta otra persona. Se le puede preguntar: “¿tienes la sensación corporal?, cuéntame, ¿quién eres?, descríbete”.

2. Después el terapeuta, se coloca en una de las sillas y tiene que poner el conflicto (que ya ha captado anteriormente), para que así la vivencia de la persona sea real o efectiva. Al colocar el conflicto procurar acentuarlo o agrandarlo. Esto va generando una ampliación de la visión de campo, una posibilidad de hacer vivenciar el campo ahí.

3. El cambio de silla, es cuando el terapeuta necesita saber que pasa desde el otro. Cuando el terapeuta está en un rol y el paciente le realiza una pregunta que no sabe la respuesta, se solicita el cambio. Se relaciona con estar escuchando el diálogo.

Lo que es interesante es escuchar un dialogo, como terapeuta es importante ser curioso, reconocer y valorar la ignorancia, desde la escucha activa y las ganas de saber. Escuchar la esencia de lo que está hablando la persona. Dentro de este dialogo es importante no triangular, “dile al otro”.

La intervención del terapeuta siempre está indicada para ampliar el campo de la persona.

Al finalizar, tomar los cojines y colocarlos de una forma que simbolicen la otra persona y permitirle a la persona que se conecte con su sensación.

Ejemplo: Con un paciente alcohólico, realizamos este ejercicio con su esposa, porque surge el conflicto relacionado con que él piensa que ella lo desprecia y lo odiaba. Se efectúa la dinámica acorde a sus pasos y finalmente el paciente logra comprender que este desprecio y odio es lo que él siente por sí mismo, por la forma en que consume alcohol y todo lo que sucede por este consumo, y que su esposa no lo odia, sino que lo quiere (lo cuida y sigue casada con él), sino que está molesta con su adicción.

La terapia gestáltica proporciona un camino para llegar a ser auténtico y significativamente responsable por uno mismo. Al darnos cuenta, somos capaces de elegir y/u organizar de manera significativa la propia existencia. (Yontef, 1995, p. 121)

6. CONCLUSIONES.

A partir de todo lo revisado para mostrar esta comprensión y de lo que he aprendido en mi experiencia clínica con este tipo de usuarios/as, finalmente es posible concluir que desde los conceptos de la teoría Gestáltica, se puede entender el fenómeno de la adicción desde tres puntos de vista, una mirada que implica ver la conducta adictiva como una evitación de contacto, una solución neurótica donde la persona para interrumpir una parte del ciclo contacto-retirada utiliza una o más drogas, otro punto que implica reconocer que el drogodependiente encontró que a través del ingerir una sustancia podía moverse en el mundo, al estar bajo los efectos de las drogas, se siente diferente y se permite estar en un determinado contexto o lugar, y una tercera línea que plantea que por medio de este consumo, la persona es capaz de expresar algunos aspectos de sí mismo que en estando sobrio, no se atreve o no se permite mostrar. Entonces, para realizar una terapia de rehabilitación de adicciones desde la Gestalt, se deben considerar estos tres aspectos, con el fin de dar un tratamiento que le otorgue al paciente una forma diferente de realizar su proceso de sanación, en donde es relevante la toma de conciencia de sí mismo, el darse cuenta de aquellos aspectos que había estado negando y de toda una forma de plantear el proceso de terapia.

Se menciona como una manera distinta de hacer terapia, debido a que la manera tradicional o la más usada en Chile, para trabajar con este tipo de usuarios es utilizando el enfoque que propone la teoría cognitiva-conductual. En la actualidad existen variados, libros, manuales, investigaciones que ponen a la teoría cognitivo-conductual, como la más efectiva en el tratamiento con personas adictas, sin embargo, al mirar los datos de la población mundial en relación al consumo de sustancias, se puede concluir que, hasta ahora, no existe un planteamiento teórico mejor o más eficaz que otro, sino que todos los tratamientos pueden ser potencialmente exitosos. La limitación que existe desde la teoría Gestáltica, es que no existe tan variada literatura e investigaciones específicas del fenómeno de la adicción.

Con respecto a los datos en relación al consumo de sustancias, ya sea a nivel mundial o nacional, los números siguen en aumento, siendo el problema del consumo de alcohol y drogas uno de los temas relevantes a discutir en salud pública.

En relación al consumo de sustancias señalar que es algo que ha estado presente en la humanidad desde siempre, muchos rituales indígenas utilizaban (algunos utilizan hasta el día de hoy) alguna sustancia para llegar a otros estados de conciencia y así obtener respuestas a inquietudes u obtienen sanación a algunos de sus males, también hay personas que ya sea por curiosidad o porque tiene ganas puede probar marihuana, o algunos que llegan a su casa y se toman una copa de vino, pero eso no representa que sean adictas, por lo que se debe entender que un consumo de una sustancia determinada en un contexto definido no significa que la persona sea adicta, el concepto de adicción es algo que va más allá de un consumo que se puede llamar recreativo o experimental, para poder decir que una persona desarrolló una adicción, tiene que haber perdido su capacidad de decisión y es la droga la que decide por la persona, desde ahí se entiende la definición como pérdida de control o un poco más atrás, el adicto visto como un esclavo.

Una de las grandes inquietudes planteadas en este fenómeno, es que lleva a una persona a desarrollar una enfermedad como la adicción, se han determinado múltiples factores, incluso algunos establecen que existen factores de riesgo, pero es imposible establecer de manera causalista y concreta los elementos que están implicados en el que una persona padezca de una adicción. La conducta asociada al consumo de drogas está impulsada por múltiples factores, de forma que nunca puede identificarse una causa única o establecerse relaciones simples de causa efecto, ni siquiera se puede señalar que la causa estaría sólo en los efectos que genera en el organismo una determinada sustancia, lo que sí es importante considerar es que la sustancia empieza a cumplir una función para la persona. Desde mi comprensión y experiencia, es claro afirmar que son diversos

los factores implicados y que puede pasar que dos personas que estén en condiciones similares en la vida, una puede desarrollar una adicción y la otra no, por lo que todo es relativo en este ámbito. Lo que quise mostrar en esta comprensión son algunos aspectos observados, ideas que fueron surgiendo a partir de la experiencia con pacientes adictos.

Asociado a la experiencia en el trabajo con este tipo de usuarios, quiero mencionar en esta conclusión la complejidad de realizar la labor terapéutica con adictos, ya sea por el riesgo a la recaída o por la poca conciencia de enfermedad que, en algunos casos, trae consigo la poca adherencia a tratamientos, lo cual va generando en los profesionales que intervienen una estigmatización de este usuario y se los ve a todos por igual, con lo cual también les surge una desmotivación que impide efectuar una intervención adecuada. Ante esto, es vital recordar que la actitud y la relación terapéutica es primordial en el proceso de rehabilitación, respetar la individualidad de cada ser humano, tener una mirada holística, tolerancia a la frustración, estar consciente, como terapeuta, que, si la persona vuelve a consumir, es su decisión y no es la responsabilidad o la culpa del terapeuta y, en resumen, siempre confiar en la autorregulación.

Dentro de las limitaciones de este trabajo, es posible mencionar que en esta comprensión se muestra un entendimiento acerca del paciente adicto neurótico, y se deja afuera a aquellas personas que presentan una patología dual, como puede ser el trastorno afectivo bipolar o el trastorno de personalidad limítrofe. También se han dejado fuera las conductas adictivas más actuales, como son la ludopatía, internet, gimnasio, etc., y sólo se hace alusión a las adicciones a sustancias. Ambos temas, la patología dual y las nuevas conductas adictivas, son propuestas para futuras investigaciones desde la psicoterapia gestáltica.

Finalmente, agregar que el trabajo gestáltico, más allá del uso de las técnicas propiamente tal, sino que todo lo que implica un proceso de psicoterapia, la relación, la actitud del terapeuta, en fin todo lo que promueve la Gestalt, es una línea de intervención óptima para trabajar con pacientes adictos, sus planteamiento teóricos, los ejercicios están relacionados con todos los aspectos que debe sanar una persona en un proceso de rehabilitación de adicciones.

7. REFERENCIAS.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *DSM-5*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Association., A. P. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid.: Editorial Médica Panamericana.
- Association., A. P. (2013). *Guía de consulta de los Diagnósticos del DSM-5*. Madrid.: Editorial médica panamericana.
- Becoña I. E., C. T. (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona.: Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias, E. C. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beisser, A. R. (2015). La teoría paradójica del cambio. *Revista Vinculando*.
- De Casso, P. (2003). *Terapia de la autenticidad* (1º ed.). Barcelona: Kairos S.A.
- Elisardo Becoña Iglesias, M. C. (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Ginger, S. (2005). *Gestalt El arte del contacto*. Barcelona, España: RBA Libros.

- Müller Granzotto, M. &. (2009). *Fenomenología y Terapia Gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Naranjo, C. (2002). *La Vieja y Novísima Gestalt*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestaltico & Testimonios de Terapia*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Schnake, A. (2007). *Enfermedad Síntoma y Carácter*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Schnake, A. (2007). *Enfermedad Síntoma y Carácter* (1ª ed.). Santiago, Chile: Cuatro Vientos.
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas. (s.f.).
www.senda.gob.cl. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/glosario-de-terminos/>
- Spagnuolo, M. (2002). *Psicoterapia de la Gestalt*. Barcelona, España: GEDISA S.A.
- Stevens, J. O. (1976). *El Darse Cuenta*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Szmulewicz, E. (2013). La persona del Terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico.
Revista chilena de neuro-psiquiatría, 61-69.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de reducción de daños*. Maryland, USA: Jason Aronson Inc.
- Varas, M. (2011). *Terapia de Grupo, Manual de Orientación Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Yontef, G. (1995). *Proceso & Dialogo en Psicoterapia Gestaltica*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

8. ANEXO.

Entrevista Dr. José Gengler, 13 septiembre 2016.

Es importante acercarme desde diferentes puntos de vista, yo agregaría otro parámetro a la discusión, y que tiene que ver con el paradigma con el cual uno atiende al paciente.

Uno de los elementos importantes que necesitamos considerar es que en comparación con otras formas de terapia psicología hay un elemento que los enfoques humanistas-existenciales pueden aportar. Este aporte, es mas de orden filosófico, más desde el paradigma, que desde el hecho de reflexionar teóricamente y aportar desde un punto de vista técnico.

Yo he trabajado en medios residenciales y habitualmente en interacción con equipo multidisciplinario, lo que quiere decir que en Chile tenemos pocas experiencias de tratamiento en adicción, con enfoque humanista-existencial, por si solo y ese es un tema que me gustaría abordarlo aparte, pero yo creo que sería positivo una experiencia con enfoque humanista-existencial por sí solo, siempre que se cumplan ciertos parámetros.

En este contexto, este aporte desde el paradigma dice relación con lo siguiente, supongamos que un paciente entra a tratamiento residencial de 8 meses y desde un punto de vista cognitivo-conductual tu parámetro de medición va a ser conductual, entonces el problema que yo voy a intentar abordar en este momento tiene que ver con un paciente que emita la conducta de abstinencia y que se pase todo el tratamiento residencial emitiendo la conducta correcta desde el

punto de vista que el equipo terapéutico espera de él, y plantear la interrogante de qué pasa si no hay un convencimiento interno o más específicamente una DECISION, de dejar de consumir y entonces necesitamos CONSTRUIR una decisión de dejar de consumir. Y esa construcción de la decisión es uno de los elementos que está más profundamente abordado desde un punto de vista humanista-existencial y como dije que era un tema de tipo filosófico, entonces uno de los filósofos que aborda este tema de la decisión es Kierkegaard, entonces ahí dice Kierkegaard, que en la medida de que en las decisiones son fuertes, las decisiones tienen fuerza, se FORTALECE EL YO, y con esto estoy empezando a poner en relevancia la posibilidad de que un adicto tiene una debilidad YOICA, y poniendo en relevancia de que quizás ese YO se puede fortalecer mediante decisiones fuertes, auténticas, entonces si ponemos el énfasis en la decisión, la diferencia está en que la decisión no es una conducta solamente, sino que detrás de esa conducta decidida hay un INVOLUCRARSE EN LA PROPIA VIDA.

Un tratamiento cognitivo-conductual se puede cumplir estando parcialmente involucrado, pero si nosotros hablamos de una decisión, la decisión exige un involucramiento de la totalidad del ser. Entonces ahora para poder abordar el tema de la decisión de la totalidad del ser, se necesita el paradigma humanista-existencial, para lograr abarcar en la mirada la totalidad del ser. Esa totalidad es de naturaleza dialógica, tanto intrapersonalmente como en diálogo con el mundo.

Entonces teóricamente, nosotros deberíamos poder darnos cuenta desde esta mirada si acaso una persona está solamente haciendo conducta, porque veríamos que conductualmente es muy correcto lo que hace pero si es solo la conducta, a pesar de que protocolarmente es correcto nos llegaría como una actitud poco convincente, por ejemplo cumplir el tratamiento y ser dado de alta, pero no con una convicción profunda de que quiero dejar de consumir, habitualmente si ese fuese el caso, es muy frecuente que se digan a sí mismo que lo que realmente van a hacer va a ser un

consumo en menor cantidad pero gobernando las ganas de consumir y no terminando el consumo por un tiempo más prolongado. Entonces hacen la conducta, porque tienen la sensación de que van a poder gobernar el consumo y bueno y después recaen.

El tema difícil que tengo aquí desde el punto de vista de cómo construir una decisión, es que desde un punto de vista tanto psicológico como filosófico la base de una decisión auténtica es de naturaleza vivencial, ahí podemos acudir por ejemplo al circuito funcional de la vivencia de LERSCH o textos de psicología general donde se ve que las vivencias son como la brújula del ser humano y que el aparato cognitivo opina después, ingresa más bien en una etapa final del circuito funcional de la vivencia pero lo general es que la vivencia sea lo que nosotros tomamos en cuenta en nuestras vidas para tomar una decisión, por ejemplo, cuando tenemos una amistad con alguien, nosotros somos amigos porque nos agradamos, porque nos tenemos afecto, porque nos hacemos bien en la vida y no porque pensamos de que es una buena relación. La decisión vocacional, también idealmente debería ser tomada en función de lo que me gusta hacer en la vida y no en función de lo que me conviene hacer en la vida.

La decisión yo la tomare desde un punto de vista de que es lo que anhelo para mí, en mi vida, que me hace bien y eso lo detecto vivencialmente. Sucede que en una persona sana debería existir la capacidad de reconocer las vivencias y tener la capacidad de traducir estas vivencias en conjunto con los procesos cognitivos, poder llevarlas a una decisión, pero básicamente yo decidiría algo porque tendría el sentimiento de que eso que yo decido de alguna manera me hace bien, es decir estoy decidiendo desde un valor personal. La dificultad grande que tenemos es que las vivencias no son accesibles claramente en un adicto, entonces uno le dice al adicto que es lo que tu vivencia te indica que quisieras hacer en este momento, “consumir”, y que te da la droga, “felicidad” y que te da el no consumir “miseria, tristeza, sufrimiento”, entonces en función de eso

si uno se enfoca en la vivencia la decisión sería consumir, eso hizo que en algún momento en el pasado se diga que los enfoques humanistas-existenciales no son aplicables a la droga porque si aplicamos nuestro habitual método de entrar por la vivencia la droga va a aparecer como valorada y entonces nosotros no vamos a poder, que hacer, y yo creo que en este tema ese es el tema que necesitamos resolver.

Ahora supongamos que por esta misma razón los enfoques humanistas-existenciales no son aplicables, como nosotros ocupamos la vivencia como una brújula como un punto de partida y tiene sentido porque a través de la vivencia nosotros nos involucramos en la vida, como ese es nuestro punto de partida realmente en adicción no se puede hacer nada y jodanse y eso podría ser una postura y el camino que uno se vería forzado a seguir en tal circunstancias es declarar de que las vivencias de un adicto no son confiables y que en este caso si debemos fortalecer el aparato cognitivo y desafiar la adicción desde la cognición. Entonces lo primero que tiene que darse cuenta un adicto es de que su vivencia no es confiable y eso introduciría en ese tratamiento la dificultad entonces de que como él no puede confiar en sus propias vivencias, necesita un profesional que le diga cuál es la decisión correcta, o por vía cognitiva forjar un conjunto de pensamientos que lo lleven a la conducta correcta, pero básicamente quedarían los procesos vivenciales exiliados del proceso de decisión y a pesar de que esto si es aplicable tiene entonces el riesgo de que como inculcamos que los procesos vivenciales no son aplicables o confiables eso tiene la consecuencia de que en un proceso terapéutico a la larga se infantiliza al paciente y eso es algo que yo he visto pasar una y otra vez en los programas de drogadicción de que, por ejemplo de que hay que ir a la terapia de grupo, hay que ir a la terapia individual, después hay que hacer esto y esto otro y la sensación que a mí me da como terapeuta es que estoy en presencia de unos niños chicos que están tratando de portarse bien pero quienes son ellos personalmente, y de que se trata sus vidas desde

el punto de vista de cómo ellos viven sus vidas, no tengo la menor idea y no hay conversaciones donde podamos plantear esa pregunta porque es arriesgado, porque para poder responderme esa pregunta tendría que contactar con su vivencia y valorarla y poder volver aflorar el fantasma de que la droga es importante en sus vidas, y podríamos estar ad portas de una recaída, entonces sería preferible esta infantilización, son unos cabros chicos pero no andan robando, no andan portándose mal, los tenemos portándose bien, un tanto atemorizados por cierto, pero a la persona en sí, no la veo.

Si yo dejo fuera el enfoque humanista-existencial, quedo mal porque el proceso terapéutico termina infantilizando al paciente y construyendo decisiones donde los procesos vivenciales participan muy poco, y si incluyo las vivencias continuamente está el riesgo de recaída, de engaño, de conductas psicopáticas, etc. Porque me va a decir que no tiene ganas de consumir, pero la vivencia se la acabo de amplificar y se contactó con que, si tiene ganas de consumir, entonces conductas psicopáticas para arriba y para abajo.

Dicho sea de paso, otro problema, supongamos que decimos que ninguna de las dos alternativas anteriormente dichas es correcta, entonces habría que llegar a un punto medio. Sabes que, entonces vamos a hacer algo donde vamos a crear la posibilidad de tomar decisiones vivenciales, pero a la vez, obviamente, por ejemplo, consumir, robar, golpear otro compañero, cosas así que estas proscritas porque hace mal, entonces vamos a hacerle caso al enfoque cognitivo-conductual, de que este conjunto de conductas está proscrita y si dentro de este marco el paciente se contacta con algo vivencial que en vez de querer hacerlo así lo va a querer hacer “asa”, se lo validamos porque acá hay algunos terapeutas humanistas-existenciales, entonces como declaración de principios generales está muy bien, pero que pasa si el tomar en cuenta mi vivencia para tomar tal decisión, significa crear una excepción a la regla, ¿qué hago? Me comporto conductistamente y

lo frustro para que la regla permanezca intacta o digo que este es un avance terapéutico y hay que apoyarlo en que se está empezando a contactar vivencialmente y en caso de que me inclinara por esta segunda posibilidad de crear la excepción, como hago la diferencia entre una decisión genuina y una manipulación, y si es que llego a la conclusión de que en realidad es una manipulación, como le digo al paciente que yo creo que en realidad se está mandando un tremenda “manipula”, cuando el sinceramente me está diciendo que en realidad necesita hacer esa excepción. Y como si fuera poco, si existieran todas estas instancias de reflexión y las recorremos y llegamos a una respuesta que supongamos sea crear la excepción, como se lo notificamos al resto del grupo de pacientes, y como manejo cuando los otros empiecen a solicitar diferentes tipos de excepciones. Ahora en el grupo voy a tener mezcla de decisiones muy genuinas mezcladas con otras manipuladoras y otra gente que va a estar recién llegando al tratamiento y no va a tener idea de esta cuestión y va a estar puro tratando de estirar el chicle para flexibilizar las reglas, entonces el paradigma puede decir esto y esto otro, pero como lo manejo concretamente en un centro residencial.

Entonces, ahora este es el conjunto de interrogantes, y ahora voy a tratar de elaborar unas posibles respuestas, a estas preguntas, pero primero quiero verificar si lo que se ha expuesto hasta aquí está bien o si hay dudas o si me fui mucho por las ramas.

Entonces, a mí me pasa que mirar a la persona es justamente lo que lo humanistas-existenciales mejor sabemos hacer, ahora uno puede, por ejemplo hablar del tema de las polaridades, y un poco la presencia de una polaridad te empaña el despliegue de la persona, entonces uno dice voy a hacer un trabajo de polaridades para despejar, pero primero tengo que tener claro que desde el punto de vista de mi paradigma ver a la persona es importante, tengo que partir por ahí y ver a la persona tiene una consecuencia, porque desde el momento que veo a la persona empiezan a surgir diferentes decisiones, aquí yo tengo que poner un énfasis muy grande y

gracias por tu comentario, en que nuestro enfoque es personalista y eso significa que el acuerdo social para mí va a ser menos importante que la persona en su peculiaridad entonces ser personalista significa correr el riesgo de que la persona se porte mal; entonces ahí viene otra pregunta, que es ¿Cuántos terapeutas que trabajan en adicciones confían realmente en que el paciente va a dejar de consumir?, porque si yo confío de verdad en que va a dejar de consumir corro el riesgo pero la verdad es que no confío en absoluto en que va a dejar de consumir y después todo el tratamiento se arma desde esa visión; entonces ahí se nos crea este otro grupo de problemas, porque después los psicoanalistas nos van a decir que somos unos ingenuos, y que la maldad ha existido desde que ha existido el ser humano sobre la tierra, entonces qué tipo de tratamiento es este confía en que no se va a portar mal, cuando es obvio que se va a portar mal.

En un intento de empezar a dar respuestas, pero yo creo que me siento muy bien de haber podido decir bien esta primera parte porque tenía mucho temor de que se me olvide algo, pero todas estas preguntas que yo puse así al principio, es para meterlo a uno en el dilema de qué pasa si uno se plantea de manera humanista-existencial en el contexto de tratamiento de adicciones, entonces ahora con respecto a esto que dije con respecto al hecho de que se parte desde la vivencia, no se puede hacer enfoque humanista-existencial, con respecto a eso nosotros podríamos poner en relevancia el hecho de que desde un punto de vista biopsicosocial, la drogadicción es el síntoma de una situación existencial en la que hay muchas gravedades muchos contextos diferentes, no es algo que se circunscriba a una sola condición del ser humano, afecta varias dimensiones, sino todas del ser humano y hay alteraciones graves biológicas, intrapsíquicas, contextuales sistémicas, sociales, políticas, de todo es un problema que abarca múltiples ámbitos, y si todo está afectado entonces yo podría dar vuelta la pregunta y preguntarme si hay un dolor existencial así de vasto ¿entonces se puede tener contacto vivencial?, entonces atribuir la falla de contacto vivencial a la gravedad de la

condición del paciente o sea aquí se queda corto si uno dice que la persona tiene una falta de contacto vivencial adecuada por la presencia de un mecanismo de evitación de contacto, eso podrá afirmarse acerca de una neurosis, por ejemplo, pero aquí son muchos ámbitos los que producen una dificultad de contacto, por ejemplo hay estudios que muestran que con la cocaína se produce una dificultad biológica de contacto en la que se producen patologías que van por el lado de trastorno límite de personalidad y psicopatía, farmacológicamente provocada por la cocaína, ahora muchas veces ocurre que lo límite y la psicopatía, estaba puesta antes de la adicción, pero hay estudios que demuestran que la condición se agrava notablemente por el consumo o que personas previamente no psicopáticas desarrollan rasgos psicopáticos con el consumo, entonces ese es un ejemplo de que no es solo una realidad psicológica sino que en este caso un ejemplo de dimensión biológica que se agrega. Y aquí agreguemos, disfunción familiar, el alcalde de la comuna opinando sobre el tema que va a bajar la delincuencia, un montón de ámbitos que se ven afectados; entonces no es infrecuente desde el punto de vista del enfoque humanista-existencial considerar de que si uno pudiera hacer una lista de los grandes dolores existenciales del ser humano, no sé cuántos dolores serán, supongamos que son 10, los grandes dolores de la humanidad, ponemos un conjunto de personas hábiles a hacernos esta lista; no es infrecuente que el enfoque humanista-existencial se considere que una persona adicta sufre todos esos dolores a la vez porque tienen biografías habitualmente muy difíciles y a uno se le produce una pregunta en el otro sentido que es, ¿Cómo es posible que esta persona esté viva?, entonces, al menos inicialmente yo tengo que admitir esa es la palabra correcta, que los procesos afectivos están muy a mal traer, que efectivamente no puedo confiar en ello.

Yo diría que en mi experiencia, sobre todo en los primeros 3 meses de tratamiento los pacientes andan duros, eso significa que no tienen ningún contacto con la vivencia, yo he hecho

todo tipo de experimentos gestálticos con ellos , cálidos, mas autoritario, de todo tipo de experiencias gestálticas y en los primeros 3 meses, el rendimiento es absolutamente nulo, es extraordinariamente frustrante, y ellos tratan de adivinar cuál será la vivencia correcta que ellos deben sentir en este ejercicio y tratan de hacer el ejercicio pero es absolutamente obvio que no emerge nada, yo diría que es porque el sistema nervioso esta, totalmente depletado de neurotransmisores o algo así me imagino yo para mis adentros, después de tantos años de consumo, entonces le estamos pidiendo al sistema nervioso que haga algo realmente muy fino y este sistema nervioso ha estado básicamente empeñado en sobrevivir todo este tiempo, entonces un ejercicio gestáltico fino no le calza, entonces yo creo que en esos 3 primeros meses, el tratamiento cognitivo-conductual, con todas sus letras es absolutamente necesario y no soy psicoanalista pero me imagino que una interpretación psicoanalítica, es pesada, en ese primer periodo de 3 meses, tampoco me lo imagino porque el paciente está dando una pelea con los síntomas de privación y que venga un terapeuta a decirle algo que puede estar muy acertado, pero en ese momento es difícil creo yo que le haga bien, entonces yo diría que los primeros 3 meses hay que tener mucha paciencia y disimular que uno es humanista-existencial y tratar de hacer tratamiento conductuales, dar información, ayudar a que cumplan con las rutinas, no sé si todavía hay sesiones de terapia familiar, sino que rayar la cancha bien y yo creo que en la primera etapa por ejemplo, dar charlas información con diapositivas, con pizarras y trabajar fuertemente desde el punto de vista cognitivo está muy bien.

Ahora después de los 3 meses, van a haber un grupo de pacientes que van a seguir duros, y otros que van a empezar a tener algún acceso a la vivencia y ahí es donde yo creo que los terapeutas humanistas-existenciales podemos empezar a tener un gran aporte porque podríamos empezar a ayudar al paciente a reconstruir su propia vida, y eso significa ayudarlo a involucrarse en su vida y que empiece a construir una vida que para él tenga un gran valor. Insisto que yo creo que eso o

va a suceder en todos los pacientes. Yo creo que es muy importante la sensibilidad del terapeuta sobre todo al principio, es super difícil distinguir entre una vivencia que surge genuinamente desde la esencia del paciente y una manipulación, hay que tener mucho cuidado ahí. En ese contexto si hemos trabajado largamente una decisión que instala una excepción, yo lo haría a ese paciente que escriba una carta a sus pacientes de grupo donde explique largamente su proceso y el grupo ha sido testigo de este proceso a su vez, entonces los compañeros saben de qué está hablando y que escriba esta carta, todos sabemos en que esta el paciente pero el hecho que escriba esta carta es muy importante para que recorra todos los pasos mediante los cuales ha forjado esta decisión, y al leer toda la carta el grupo le hace un reflejo, entonces de esa manera, creo yo, se vuelve más difícil que sea una decisión hecha desde la pura conducta, para escribir una carta y escribirle al grupo una solicitud de permiso para crear una excepción hay que tener cojones, y al otra gran noción que hay detrás de esto de la carta que desde un punto de vista personalista podríamos crear excepciones pero las excepciones hay que merecerlas; nosotros como terapeutas no debemos conceder ese excepciones en forma atolondrada, por ejemplo podemos decir, bueno esta carta que tú has escrito nosotros la vamos a revisar en reunión clínica y opinamos los terapeutas, también. También es hacer una recreación de como contesta el mundo cuando uno toma una decisión, uno puede tomar una decisión y no necesariamente el mundo va a ser una taza de leche, tienes que estar muy decidido y si esta ha sido una excepción bien forjada, entonces el terapeuta debe ponerse junto al paciente en la vida y hacerle barra, ahí ya estamos mirando hacia el plan de reinserción, entonces el paciente aunque escribió la carta, se le concedió la excepción va a decir, ¿pero tú crees que esto es realmente bueno? Y el terapeuta debe ayudarlo en la vida, a jugársela por él, y buenos después que sale del residencial, después necesita un proceso de psicoterapia largo pero en esta entrevista yo he querido hacer un breve resumen de lo que posiblemente uno puede anhelar en el contexto de un residencial,

unos 3 meses para empezar a contactarse con la vivencia y después unos 5 meses para construir un conjunto de decisiones muy auténticas, que verdaderamente involucren al paciente en su vida y a esto le tenemos que agregar la presencia de muchos retrocesos terapéuticos y contigo pan y cebolla y sus temas familiares disfuncionales y la realidad misma, esto sería como una declaración de buenas intenciones pero en la realidad uno se encuentra con una serie de dificultades pero al menos como esbozo de un plan o de una propuesta, a mí me parece importante.

Como apéndice de esta entrevista yo podría agregar una breve reflexión sobre el Self, porque los otros temas planteados se pueden ver en otras partes, creo que como tú dices el Self es un tema bien complejo, creo que podría aportar un poco.

En un ámbito ambulatorio, generalmente plantean una reducción de daño que una abstinencia completa y se hace mucho énfasis en el paso terapéutico de pasar de una posición personal pre-contemplativa a una posición contemplativa, eso es muy importante de hacer y eso lo saben hacer muy bien; yo no tengo mucha experiencia en el ámbito ambulatorio, al menos no como terapeuta porque he trabajado en medio ambulatorios pero para regular fármacos, no he podido probar mucho el enfoque humanista-existencial en un contexto más ambulatorio ahí he hecho pega de psiquiatra, 100% y uno no tiene tanta ocasión de meterse, desde el punto de vista terapéutico, pero lo que yo he visto es residencial, generalmente los pacientes que llegan es porque el ambulatorio ya ha fracasado entonces es una población más bien reducida comparado con la realidad de la totalidad de los adictos en tratamiento.

Yo estoy en un 100% de acuerdo que, si el paciente no tiene los recursos personales necesarios para entrar a una terapia humanista-existencial, es correcto ocupar enfoque cognitivo-conductual, o sea si esperamos 3 meses a que se le pase el estar duro y continúa estando duro y

vemos que no se vincula bien con su terapeuta y vemos que “anda dando jugo todo el tiempo” ahí yo debo continuar en un planteamiento cognitivo-conductual, hay gente que piensa que, si yo soy una cálida persona con él, en algún momento se le ablandara el corazón y cambiara, pero con pacientes muy graves con un núcleo psicopático muy fuerte puede ser que se necesite bastante más tiempo que de plantear un setting terapéutico más confiado.

Acerca del Self, voy a proponer una definición de Self que dice así, el Self es grado máximo de influencia del yo en el mundo, es una definición un poco diferente que la de Goodman, pero ese nivel de complejidad que tiene el Self permite comprenderlo de una forma más intuitiva simple, y en ese sentido cuando el yo entra en una relación dialógica con el mundo podríamos reflexionar hasta donde llega la posible influencia de ese dialogo, o sea ¿Cuáles son las repercusiones de esa relación dialógica, hasta dónde llega?, y ahí hay para entretenerse un buen rato, porque en realidad cuando uno hace algo en el mundo uno no tiene la menor idea hasta dónde puede llegar a parar lo que uno hizo, por ejemplo, nosotros terapeutas hacemos una psicoterapia y ayudamos una persona por vez, uno podría decir que débil, es solo una persona, entonces para que destinar tantos recursos a una persona, pero sucede que a la vez esa intervención, tú la estás haciendo en profundidad y supuestamente esta persona va a mejorar ostensiblemente supongamos, entonces esa psicoterapia que la hicieron uds. 2, va a tener influencias sobre esa persona y, supongamos, en su descendiente, supongamos que a consecuencia de las psicoterapias, la persona descubre como tener buenas habilidades parentales que antes de la psicoterapia no tenía, no era una psicoterapia destinada a desarrollar habilidades parentales pero supongamos que el hecho de haberse hecho esta psicoterapia mejora las habilidades parentales del paciente, entonces cuando hace psicoterapia uno sabe realmente hasta dónde puede llegar el posible alcance de lo que hicimos.

En el Self se incluye todo el ámbito donde el yo puede influir en el mundo, se incluye en este caso en la descendencia, porque supongamos esa relación dialógica tuvo repercusiones en las habilidades parentales, el Self te incluye todo eso y a la vez el paciente tiene una apertura dialógica intrapsíquica y en esa apertura intrapsíquica tiene gran relevancia.

Cuando yo digo la máxima influencia del yo en el mundo, lo estoy viendo el Self desde un yo ahora pongamos 2 yo, 2 personas en dialogo y donde hayan 2 yo van a ver 2 Self, cuando los 2 Self se encuentren va a surgir el límite de contacto, o relación dialógica, siempre el Self es en relación al mundo, que quiere decir, que el yo no puede no estar en dialogo con el mundo, puede retraerse, pero el acto de retraerse también dice algo. Finalmente, el Self, ocurre en el encuentro dialógico, hay otro Self desde otro yo, los 2 Self se influyen mutuamente para lado y lado.

En la historia de la psicología ha habido énfasis en la dimensión intrapsíquica, en la dimensión conductual, o interaccional pero cuando queremos ver esto desde el punto de vista del Self incluye toda la totalidad, es por eso que es complejo porque la mirada no es solamente intrapsíquica, conductual o interaccional, sino que considero simultáneamente todos estos ámbitos. Los trastornos de personalidad, se llaman desde el punto de vista existencial trastornos del Self, porque fallan en lo que es el límite de contacto, fallan en lo que es la consideración a sí mismo y hacia el otro, por eso tiene tanta relevancia en las drogas, porque cuando yo digo las drogas me hacen bien porque me hacen feliz y en cambio abstenerme de las drogas me hace puro sufrir esta correcto con respecto a mi vivencia con lo que a mí me gusta, pero falla en el límite de contacto porque desconsidera al otro no toma en consideración como mi consumo repercute sobre el mundo y por eso es que un enfoque en función del Self, se vuelve más poderoso que en función de la detección intrapsíquica de la vivencia, si yo me vuelvo más exclusivamente intrapsíquico a mí me gusta consumir y los demás que me importan, pero desde el punto de vista del Self, puedo decir

que cuando procedo así, el Self está afectado. Es relevante incluir la mirada del SELF, si soy centrado en el yo la desconsideración hacia el otro puedo eventualmente no verla y no problematizarla