

PSICOTERAPIA GRUPAL EN ADICTOS

GROUP PSYCHOTHERAPY IN DRUG ADDICTS

Juan Carlos Romero Romero*

Universidad de Tarapacá
Arica-Chile

Recibido 20 de diciembre 2006/Received december 20, 2006
Aceptado 23 de abril 2007/ Accepted april 23, 2007

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito exponer un modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas, el cual tiene como teoría de base la biología del conocer y del amar de Humberto Maturana. Se presentan reformulaciones de nociones básicas asociadas al trabajo psicoterapéutico, como también una propuesta descriptiva de los mecanismos psicológicos asociados a los fenómenos adictivos.

Este modelo de intervención ha sido aplicado en la Comunidad Terapéutica Alberto Hurtado de Arica, en el Programa Vespertino del Equipo Psiquiátrico y Salud Mental Ambulatoria (ESSMA) Norte de Arica y en el Centro de Intervención e Investigación Psicosocial (CEINPSI) de la Universidad de Tarapacá; todos estudios sistemáticos realizados con control de variables. Dichos resultados se mostrarán en futuras publicaciones.

Palabras Claves: Biología del Conocer y del Amar, Psicoterapia Grupal, Adicciones.

* Departamento de Filosofía y Psicología. Universidad de Tarapacá. Av. 18 de Septiembre Nº 2222. Casilla 6-D. Arica. Chile. E-mail: jromero@uta.cl

ABSTRACT

The present article has the purpose of showing a model of group intervention of people with a problematic drug addiction. The model has as theoretical background Humberto Maturana's biology of knowledge and love. Reformulations of basic notions associated with psychotherapeutic work are exposed, as well as a descriptive proposal of the psychological mechanisms associated with addictive phenomena.

This model of intervention has been applied in the Alberto Hurtado Therapeutic Community in Arica, in the Psychiatric Team and Outpatient Health Evening Programme of the north of Arica (ESSMA) and the Centre for Psychosocial Intervention and Investigation (CEINPSI) of the University of Tarapaca, all of the studies being systematically carried out with variable controls whose results will be shown in future publications.

Key Words: *Biology Theory of Loving and Cognition, Group Psychotherapy, Addictions.*

INTRODUCCIÓN

Humberto Maturana (1999, 1996) nos provee con su teoría y cosmovisión, de una posibilidad de reformulación que se distingue inicialmente desde las fuentes epistemológicas mismas. El establecimiento del determinismo estructural como principio, la constatación de la autopoyesis, las consecuencias que dicho principio genera en el terreno de las conceptualizaciones psicológicas (especialmente para este trabajo), hace que intentemos operacionalizar las derivaciones de dichos principios y reformulaciones en el dominio de la psicoterapia (y después en la investigación de la misma).

El asumir la clausura operacional, como caracterización de los sistemas autopoyéticos, la definición de los sistemas vivos como sistemas que no toleran relaciones instructivas y como sistemas cerrados informáticamente, nos llevan a una nueva (y distinta) forma de describir lo que hacemos en psicoterapia.

Podemos reformular las nociones básicas acerca del origen de lo humano y de las diversas patologías, la noción de cambio

en psicoterapia y la reformulación de los roles tradicionales de paciente y terapeuta.

En el presente artículo se busca una formulación de la psicoterapia desde este marco, integrando aportes (coordinados) desde la pragmática del discurso.

La población focalizada en el presente modelo de intervención está constituida por pacientes con problemas de abuso o adicción de sustancias, especialmente consumidores de cocaína y pasta base de cocaína, tipo de consumo endémico en nuestro Cono Sur, pero muy desconocido (especialmente la pasta base de cocaína) en los países del hemisferio norte. Lo que me orienta a esta focalización es la complejidad y dificultad que tradicionalmente encontramos en la labor de “rehabilitación” de “pacientes drogodependientes” y a la falta de modelos evaluados positiva y sistemáticamente.

En Chile existe una amplia literatura acerca de programas de atención y sus respectivas evaluaciones (por ejemplo, El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE en varios años), pero son escasos los estudios que prueban la efectividad clínica de intervenciones específicas. Por razones de espacio y énfasis del estudio evitaremos desarrollar ese tema en este artículo.

Este escenario es relevante toda vez que nuestra tendencia ha sido aplicar técnicas ya probadas sobre nosologías ya definidas en otras latitudes, pero lamentablemente (o afortunadamente) como ya mencionamos el hecho de que no exista la pasta base de cocaína en el hemisferio norte, ha orientado la investigación hacia el consumo indebido de otras drogas, con diferencias significativas a nivel de aplicaciones técnicas y de caracterización de cuadros clínicos.¹

¹ Por ejemplo, sólo contamos con un estudio sistemático en la zona norte de Chile acerca de las características de los consumidores de cocaína. Romero, J. C., Chaigneau, S. & Castillo, R. (1997). *Estudio de las características de los consumidores de cocaína, en tratamiento ambulatorio, en la Primera Región*. Arica, Chile: Universidad de Tarapacá – Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Ministerio del Interior.

Las aplicaciones de la teoría de Maturana a la psicoterapia individual son también interesantes y obviamente relevantes, pero imposibles de desarrollar en plenitud en este espacio.

Teniendo como presuposición la comprensión de los aspectos básicos de la teoría de Maturana² podemos focalizarnos en los temas fundamentales de su antropología, de la reformulación de las nosologías psicopatológicas, de las descripciones acerca de los cambios terapéuticos y de la psicoterapia como espacio de relación matrízico, temas todos de este artículo.

1. EL ORIGEN DE LO HUMANO

Quizás una de las ideas de Humberto Maturana más resistidas en el ámbito académico lo constituye la tesis de la generación de lo humano. H. Maturana plantea que nuestro origen como especie se encuentra asociado a la conservación de una forma de organizar nuestra vida en comunidades. Que dicha organización obedecería a la coordinación creciente en espacios de relación de una forma de entrelazar el emocionar con el lenguaje, que recursivamente desarrollaron nuestros antepasados homínidos.³

Que dicho espacio de relación se habría constituido a partir de la descoordinación entre el celo y la fertilidad por parte de nuestras antepasadas hembras homínidas, lo que habría generado la necesidad emergente de coordinaciones específicas para lograr el acoplamiento sexual y la crianza. Que en ese espacio de relación conservado se dieron lo que ahora distinguimos como principios y orientaciones conductuales que H. Maturana resume en su noción de cultura matrízica. La forma de hacer vida comunitaria habría estado marcada por la cooperación, la

² Ver Maturana, H. & Varela, F. (1972). *De máquinas y seres vivos*. Santiago, Chile: Universitaria S.A; Maturana, H. & Varela F. (1984). *El árbol del Conocimiento*. Santiago, Chile: Universitaria S.A y Maturana, H. (1999). *Transformación en la convivencia*. Santiago, Chile: Gedisa.

³ Maturana, H. & Verden-Zöller, G. (1993). *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.

aceptación incondicional del otro como un otro legítimo, el amor (en la perspectiva biológica) y el juego.⁴

En el seno de esa cultura matríztica y de esa particular forma de coordinarnos con nuestros progenitores o cuidadores iniciales, habrían emergido procesos como el lenguaje, las particulares formas de crianza y las conversaciones que nos caracterizarían como humanos.

Plantea que dicha cultura, si bien no constituye el paradigma cultural dominante, se encontraría en la base de nuestro vivir como humanos. Encontraríamos los elementos centrales de dicha cultura matríztica en las relaciones madre/hijo, en las relaciones de amistad, en las relaciones amorosas, en parte importante de los programas educativos preescolares y también en la base de las mayorías de las psicoterapias.

La cultura matríztica se identifica por la forma particular de relacionarse, caracterizada por la aceptación del otro, la diversidad, la participación, la cooperación, el compañerismo y la armonía. Es decir, una forma de relación basada en el amor, evidenciándolo como un rasgo constitutivo de nuestra historia evolutiva. Para Maturana el amor no tiene que ver con un sentimiento, más bien se trata de un modo de conducta relacional.⁵

La coherencia y armonía en las relaciones e interacciones entre los integrantes de un sistema social humano se deben a la coherencia y armonía de su crecimiento en él, en un continuo aprendizaje social que su propio operar social (lingüístico) define.⁶

La biología de la cognición considera que los seres humanos somos seres en el lenguaje (para Maturana lenguajear). Sólo

⁴ Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo Humano*. Santiago, Chile: Dolmen; Maturana, H. & Verden-Zöller, G. (1993). *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva y Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A.

⁵ Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo Humano*. Santiago, Chile: Dolmen.

⁶ Maturana, H. & Varela F. (1984). *El árbol del Conocimiento*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.

existimos como tales en el lenguaje y desde esta perspectiva, ser humano consiste en ser parte de una red de conversaciones o maneras de fluir juntos en el lenguaje. El lenguaje, como fenómeno biológico, consistiría en un fluir en interacciones recurrentes que constituyen un sistema de coordinaciones conductuales consensuales.⁷

Maturana agrega que para un observador, el lenguaje consiste en un fluir de cambios corporales, posturas y emociones que tienen que ver con su contenido. Desde este enfoque, las emociones son disposiciones corporales que especifican en cada instante el dominio de acciones en que se encuentra una persona. El emocionar es un fluir de una emoción a otra.⁸

Si bien la cultura matrízica no es la cultura dominante, se regeneraría en cualquier conversación de tipo liberadora (Dávila, 2002) y nos proveería de la posibilidad de reconstituir nuestra identidad como seres humanos, toda vez que dicha identidad se desintegra en la medida que desarrollamos lo que H. Maturana denominó cultura patriarcal. Sería en el seno de dicha cultura patriarcal y desde los valores de la competencia, el dominio, el logro del poder y propiedad que los humanos desarrollamos conversaciones que tienden a ser desintegradoras. Son estas conversaciones destructivas y autodestructivas las que generarían los espacios de relación patologizantes.

2. PSICOTERAPIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOLOGÍA DEL CONOCER Y DEL AMAR

El entrelazamiento de lenguaje y emocionar es el conversar.⁹

⁷ Maturana, H. (1991b). *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria y también, Maturana, H. (1997). *La objetividad. Un argumento para obligar*. Santiago, Chile: Dolmen.

⁸ Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A.

⁹ *Ídem*.

Hay distintos tipos de conversaciones en la vida cotidiana. Nuestros distintos modos de ser seres humanos se configuran como distintos tipos de conversaciones según las emociones involucradas, las acciones coordinadas y los dominios experienciales en que ellas tienen lugar. Hay conversaciones que dan origen a dinámicas emocionales que generan dominios de acciones contradictorios entre el emocionar matrístico y el emocionar patriarcal, como por ejemplo:

- Conversaciones en que acusamos a otro, cuya compañía deseamos, en las cuales se presenta una contradicción de aceptación-rechazo.
- Conversaciones de autodepreciación, en las que oscilamos entre querernos y rechazarnos a la vez.
- Conversaciones de “deber ser”, en este tipo de conversación nos señalamos a nosotros mismos nuestra culpabilidad en el incumplimiento o cumplimiento insuficiente de un valor o norma cultural.

Si este tipo de conversaciones son ocasionales y dan lugar a la reflexión y la disculpa, entonces la contradicción es intrascendente. En cambio, si se repite recurrentemente crea sufrimiento en la persona.¹⁰

Cuando se dan relaciones con conversaciones de contradicción emocional que llevan al sufrimiento, desde la cultura patriarcal, la persona es percibida como patológica. Sin embargo, desde el enfoque de la biología del conocer y del amar no existe una patología como enfermedad psicológica independiente de la persona que discrimina (que puede ser el propio sujeto o su médico o terapeuta), sino como un problema que nace cuando el sujeto percibe que en sus relaciones hay contradicción emocional, entre

¹⁰ Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo Humano*. Santiago, Chile: Dolmen; en Maturana, H. (1991b): *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria y en Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A.

el emocionar matríztico y el emocionar patriarcal.¹¹ Entonces, lo patológico desde este enfoque no es una cualidad constitutiva del individuo, sino una forma de coexistir socialmente, establecida consensualmente como indeseable y muchas veces percibida por el propio sujeto como indeseable.

Cuando la persona ha reflexionado y cuestionado como fallida su dinámica de relación con los otros, surge la contradicción emocional recurrente que genera sufrimiento, lo cual lleva a que el sujeto pida ayuda.

La mayor parte de nuestros sufrimientos surgen de conversaciones contradictorias recurrentes o de entrecruzamiento de conversaciones. Esto hace posible la terapia conversacional: disolver el sufrimiento con conversaciones que interfieran con la recurrencia o con el entrecruzamiento. Por lo tanto, las distintas coordinaciones conductuales consensuales que se dan como contradicciones emocionales dentro de un sistema pueden ser resueltas en el lenguaje.¹²

Terapeuta y paciente deben derivar en un espacio de convivencia desde el cual el espacio conversacional cotidiano del cliente puede cambiar.

Los seres humanos participamos simultánea o sucesivamente en muchas redes de conversaciones. En este sentido, toda relación es una red de conversación dirigida a la dinámica emocional y a la conservación de esta red conversacional.

Para Maturana (1999, 1996, 1991a) la psicoterapia es una red particular de conversación en donde se entrelaza lenguaje y emoción, según el tipo de conversación que sustente tanto terapeuta y paciente. La tarea del psicoterapeuta sería guiar las conversaciones que constituyen el sistema terapeuta-paciente, de modo que las acciones y emociones del paciente sigan un curso

¹¹ En Maturana, H. (1991b). *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria; Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A. y Maturana, H. (1999). *Transformación en la convivencia*. Santiago, Chile: Gedisa.

¹² Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A

congruente con sus intenciones, deseos y propósitos (Maturana, 1991a). Conversaciones de las cuales el fluir emocional entre un individuo y otro puedan derivar en un espacio de convivencia desde el cual el espacio conversacional cotidiano del sujeto pueda cambiar desde la negación a sí mismo o a otros, a un espacio relacional amoroso.¹³

Entonces, tenemos un paciente y un terapeuta implicados de manera consciente y responsable, conocen y comprenden la naturaleza e intención de la red de conversación en que ambos sostienen y guían sus conductas de acuerdo a ese entendimiento, haciéndose cocreadores de ella.

La relación entre el paciente y el terapeuta es la clave del éxito de la terapia. Ésta se basa principalmente en la aceptación del otro como otro legítimo y en la cooperación, siguiendo el modelo matriztico. Así, bajo la aceptación mutua y el acuerdo sobre el tipo de red de conversación, el terapeuta es un igual frente al paciente, en un espacio en que ambos colaboran y reflexionan acerca de aquellas emociones contradictorias que el sujeto concibe como un problema.

Es en este contexto donde el terapeuta tiene la tarea de invitar al paciente a generar un cambio, que esté dirigido a crear espacios en los cuales esté presente el amor como elemento esencial en las redes de conversaciones (Maturana, 1996).

3. ADICCIONES Y CONSERVACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Las explicaciones que dan cuenta acerca del origen de las adicciones son multifactoriales y no pueden ser revisadas en este espacio.¹⁴ Teniendo esto en cuenta reflexionaremos acerca

¹³ Maturana, H. & Verden-Zöller, G. (1993): *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva y Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A.

¹⁴ Ver por ejemplo en Galanter, M. & Cléber, H. (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona, España: Masson S.A.

de la naturaleza del proceso adictivo en términos conductuales y biopsicosociales.

Un sujeto con comportamientos adictivos puede ser descrito como un organismo que ha logrado mantener su organización “gracias” al consumo, es decir, las personas consumen drogas lícitas o ilícitas en forma abusiva o adictiva, en el contexto de dar continuidad a sus diversos dominios de acoplamiento, existen muchos mitos acerca de lo “placentero” que puede llegar a ser una situación o evento de consumo para un adicto, pero claro está que incluso en la fase inmediata al consumo aparecen, junto con el placer, sentimientos de angustia, autodepreciación, minusvalía y desesperanza, todo lo anterior obviamente incrementado por el déficit neurofisiológico de neurotransmisores asociados a la situación de abuso y consumo compulsivo (el denominado “bajón” de los pacientes tras la fase crítica).

Sabemos que, en términos generales, las sustancias psicotrópicas han sido utilizadas (muchas de ellas por cientos o miles de años) como eficientes vehículos en el cambio de las dinámicas corporales o afectivas. Dichos cambios se dan desde el polo de los estados y disposiciones corporales vivenciados como negativos (tristeza, rabia, miedo, angustia) hacia el polo de la euforia o aplanamiento afectivo.

Los cambios generados y atribuidos al consumo de las sustancias psicotrópicas son tan eficientes que se dan, inicialmente, a favor de la mantención de la organización psicológica, cultural y social de los sujetos, de este modo se facilita el establecimiento de la correlación entre el consumo de la sustancia y el efecto en el emocionar específico.

Se da, por tanto, un acoplamiento no sólo fisiológico sino conductual al uso de la sustancia. En este sentido la organización psicológica se mantiene gracias a los efectos afectivos correlacionados, pero como toda coordinación establecida, una vez reformulada en la experiencia mediata del propio sujeto, se oculta la coordinación inicial asociada al consumo de la sustancia, lo que genera un evento de “ceguera” del consumidor en relación

a no reconocer los efectos inmediatos placenteros y también a no reconocer las consecuencias negativas (bio-psico-sociales) asociadas al consumo abusivo y adictivo, a esto lo denominamos autoengaño.

Es particularmente útil la imagen que nos da Maturana acerca de la experiencia inmediata y mediata. Cómo ambos dominios se dan y no necesariamente coinciden (Maturana & Varela (1984); Maturana, (1999)). No existe evidencia clínica de que pacientes adictos de alto coeficiente intelectual (médicos, ingenieros, psicólogos, psiquiatras, son ejemplos válidos) hayan podido darse cuenta del momento en que se volvieron adictos, ya que “volverse adicto” corresponde a una distinción que el sujeto realiza a partir de la experiencia mediata del lenguaje, en las redes de conversaciones en las cuales es confrontado social y afectivamente por su medio familiar o afectivo significativo o psicoterapéutico y dicha distinción no es congruente con la experiencia inmediata de placer y acoplamiento que vive el sujeto consumidor.

Este fenómeno de ceguera y acoplamiento al psicotrópico constituiría el fundamento de la resistencia que los adictos a la cocaína y pasta base de cocaína desarrollarían en contra del reconocimiento de su situación de consumo; del mismo modo los adictos validarán más su perspectiva de la experiencia que la de sus familiares o próximos afectivos, desarrollando los niveles crecientes de conflicto que se acostumbra observar en este tipo de cuadros.

Considerando lo anterior, los pacientes que acuden a psicoterapia de adictos se articulan a una serie de intervenciones: tratamiento psiquiátrico (menos frecuente en Comunidades Terapéuticas chilenas), tratamientos individuales, terapias de grupo e intervenciones familiares, ya sea en tratamientos ambulatorios o comunitarios. Es frecuente observar como telón de fondo de todas estas alternativas, procesos implícitos y explícitos de resistencia y rechazo al tratamiento, que obviamente perjudican el resultado.

4. MODELO DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

El modelo de intervención grupal considera las nociones básicas de la biología del conocer y del amar de Humberto Maturana, teoría pragmática aplicada a la situación de conversación terapéutica, y la experiencia del suscrito en el marco del trabajo clínico realizado desde 1988.

Básicamente, se propone comprender el trabajo psicoterapéutico como la generación de un espacio de relación matríztica, un espacio de conversaciones liberadoras que estén orientadas por los valores de la cultura matríztica: cooperación, aceptación incondicional, reciprocidad, amor y juego.¹⁵

Además, proponemos la descoordinación de los autoengaños como el proceso central de la transformación psicoterapéutica, que facilite en el paciente el asumir su situación, conducta e historia para planificar y vivir la construcción de una situación, conducta e historia distintas y más armónicas, a lo cual se denomina reestructuración o reformulación vital.

Las condiciones básicas que se requieren para la implementación del modelo comprenden un número relativo de ocho a diez sesiones, de una hora y media de duración cada una, dos veces por semana, con seis a diez integrantes por grupo y dos psicoterapeutas capacitados en el modelo de intervención grupal (para dirigirlo).

El modelo de intervención grupal enfatiza tres procesos dinámicos esenciales: el establecimiento de alianza entre los terapeutas y las personas con consumo problemático de drogas, la utilización de la confrontación matríztica como forma de disminución de autoengaño y el proceso de reestructuración o reformulación vital a partir de un emergente liberado, los cuales se detallan a continuación.

¹⁵ Cousins R, Romero J. C. & Santibáñez A. (2006). *Manual de Intervención Grupal para Personas con Consumo Problemático de Drogas*. En prensa.

4.1. El establecimiento de la alianza entre los terapeutas y las personas con consumo problemático de drogas

La alianza terapéutica ha sido objeto de numerosos estudios e investigaciones (Horvath & Simonds, 1991; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Bedi, 2002; Horvath, 2000, 2003, 2005; Botella & Corbella, 2003; Andrade, 2005) y es empleada en los distintos modelos psicoterapéuticos. Diversos autores (Bordin, 1979, 1994; Horvath, 2000, Paivio & Bahr, 1998) han desarrollado ampliamente esta noción, buscando la conceptualización más apropiada e integradora, como también tratando de definir sus efectos sobre el resultado y predicción del proceso.

Bordin (1979, 1994) presenta una reformulación del concepto de alianza terapéutica que permite que los distintos modelos psicoterapéuticos lo utilicen, otorgándole, de este modo, un carácter transteórico.

Bordin (1979) definió la alianza terapéutica como el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio. Establece tres componentes o dimensiones:

- a) Vínculo: Se refiere a una compleja red de conexiones entre paciente y terapeuta que incluye la empatía, la confianza mutua y la aceptación.
- b) Objetivos: Se refiere al mutuo consenso entre paciente y terapeuta acerca de lo que se quiere lograr en la psicoterapia.
- c) Tareas: Se refiere al acuerdo entre el paciente-cliente y el terapeuta sobre los medios adecuados para alcanzar los objetivos propuestos. Ambos perciben la relevancia de las tareas y aceptan la responsabilidad de la realización de éstas.

De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre cliente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos

van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación (Botella & Corbella, 2003).

Para autores como Horvath (2000, 2003), Safran & Muran (2000) el concepto de alianza se relaciona con diversos niveles de la relación psicoterapéutica, todos relacionados directa o indirectamente con la efectividad del proceso; de aquí que sea necesario reconocer los efectos de los quiebres de la alianza y las estrategias de reparación. En nuestros trabajos preliminares hemos optado por desarrollar la fuerza predictiva del concepto y su nivel de discriminación de los casos exitosos y no exitosos, privilegiando, como he expuesto en párrafos anteriores, las condiciones de generación de alianza.

Para establecer la alianza deberíamos cuidar la orientación de la conversación. He propuesto la explicitación del eje “intimidad versus intimidación” como uno de los elementos conceptuales que orientan al clínico a generar un clima propicio: debemos ser activos frente al cliente, demostrar interés por su historia, por su situación, y reflejar tolerancia ante las eventuales inconsistencias de su discurso, sin corregir, sin señalar, sólo escuchando y comentado con intensión descriptiva y en un tono afectivo positivo explícito. Normalmente los pacientes no solo llegan al tratamiento con percepción del daño causado (a sí mismos y a los demás) sino que llegan con una motivación llena de juicios negativos acerca de las consecuencias éticas de su proceder como “enfermos”. Esto implica muy frecuentemente ser receptores del rechazo activo y pasivo de miembros de su grupo familiar, lo cual dificulta aún más la intervención. Este problema se ha compensado en la medida que la mayoría de los programas de atención ambulatoria y comunitario residencial exigen un adulto responsable como apoyo externo al tratamiento del paciente.

Es en la aceptación de su empujar (por parte del terapeuta y del grupo) que la persona va legitimando el espacio de relación psicoterapéutico como una oportunidad de sentirse en continuidad

e integridad con sus estados afectivos negativos, situación que probablemente no había experimentado.

El resultado de esta forma de conversación legitimadora y aceptadora es la emergencia de la alianza terapéutica, la cual se manifiesta en comunión de propósitos, en la consensualidad y aceptación de normas de funcionamiento del grupo y en la progresiva participación coterapéutica hacia un compañero, por parte de los integrantes del grupo.

4.2. La utilización de la confrontación matríztica como forma de disminución de autoengaño

Los mecanismos de autoengaño son una serie de dinámicas correlacionadas al servicio del mantenimiento de la coherencia interna del individuo. Consiste en modificar la experiencia mediata de manera que sea consistente con la imagen de sí mismo que se ha construido. Cuando los eventos que se correlacionan con emociones discrepantes no pueden ser procesados e integrados a la imagen consciente de sí mismo, el propio sistema de la persona recurre a los mecanismos de autoengaño y tiende a excluir o modificar en el discurso el emocionar respectivo.

El consumo de drogas, como ya hemos señalado, es particularmente eficiente en el logro de cambios de estados y disposiciones corporales. Específicamente, las drogas psicotrópicas funcionan como medios que provocan cambios desde estados afectivos vividos como negativos (rabia, tristeza, miedo, etc.) hacia el polo de la euforia, aplanamiento o cese del emocionar negativo. El cambio es de tal eficiencia que el consumidor no logra discriminar su coordinación y probable riesgo, ya que no atribuye al consumo dicho cambio (esto corresponde a las fases iniciales del proceso adictivo).

Considerando lo anterior, en la terapia grupal se comienza desde la presuposición de que el discurso del paciente manifiesta cegueras cognitivas y afectivas en relación a su vida, provenientes de sus mecanismos de autoengaño. De este modo sus explica-

ciones acerca de las causas de su consumo, de los factores que lo mantienen, de los daños que ha generado a sí mismo y a su entorno, frecuentemente se encuentran acomodadas (acopladas) de tal manera que posibiliten el continuar consumiendo aun queriendo detener el consumo, lo cual explica la gran dificultad de lograr eficiencia en las intervenciones, dado que a pesar de que el paciente quiere mejorar su situación, también quiere mantener el consumo. Constatar dicha paradoja es esencial en el proceso liberador de conversar terapéuticamente.

Ha sido eficiente hacer emerger la situación paradójica en la cual vive el cliente, para descoordinar el autoengaño a través de la perturbación. Dicha perturbación implica, por parte del terapeuta, identificar la anomalía que el cliente explicita en su discurso. La anomalía debe ser mostrada al paciente, para lo cual el terapeuta realiza la confrontación matríztica. Una anomalía normalmente corresponde a una reformulación que hacemos de la experiencia mediata del paciente y de su eventual incongruencia al definirla grosera o exageradamente.

La confrontación matríztica correspondería a un espacio de relación terapéutico consensuado, liberador y recursivo, en el cual el terapeuta o agentes terapéuticos directa y abiertamente indican, señalan, ironizan, dramatizan o hacen emerger, en el paciente, un proceso de legitimación y darse cuenta del propio nivel de autoengaño y sus mecanismos autogenerativos.

Si el tópico confrontado es significativo, axial o relacionado con la forma de vivir del cliente, éste se “dará cuenta” acerca de la anomalía y aceptará la confrontación matríztica. Es frecuente que el proceso de confrontación matríztica perturbe afectivamente al paciente o cliente, tras lo cual el terapeuta deberá acoger el empujón de éste y en el contexto grupal, legitimarlo.

Se plantea que es importante considerar que la realización de una confrontación matríztica debe hacerse sólo si se ha establecido un espacio de relación marcado por la alianza. Si el terapeuta se equivoca y realiza una confrontación matríztica sin alianza, el cliente vivirá el proceso como una agresión.

Para facilitar el acercamiento al proceso de perturbación y establecimiento de la confrontación matríztica ha sido útil la explicitación en la conversación de dos ejes centrales de autoengaño: felicidad versus fidelidad y fortaleza versus fragilidad.

El primer eje dice relación con la fuerza de hábito que generan las consecuencias afectivas del consumo. Efectivamente, el consumidor abusivo o adictivo reconoce los efectos placenteros asociados al consumo de la sustancia y generaliza esta inmediatez a la creciente y progresiva tendencia a buscar y esperar la satisfacción inmediata de sus deseos. Se vive, por parte del adicto, como la ilusión de obtener la felicidad sin esfuerzo, sin tolerar frustraciones, sin trabajar para lograr dicha felicidad. Ante dicha situación proponemos la constatación de que el curso vital de cualquier humano se constituye a partir de la vivencia de congruencia interna y de fidelidad a las aspiraciones y expectativas. De este modo buscamos orientar al cliente más hacia una búsqueda de la armonía que de un sentimiento de felicidad pasajero y mutable.

El segundo eje se relaciona con la forma en que se viven los afectos compensatorios a la situación de control de consumo. Es común escuchar a los clientes referirse a sí mismos haciendo un “esfuerzo”, realizando una “lucha” permanente en contra de la “debilidad” que les ha dejado la constatación de su adicción. La ilusión está en considerar que es el logro de la fortaleza, vía represión o inhibición de los afectos negativos (miedo, tristeza, rabia, angustia, etc.), será lo que les posibilite el control de sí mismos. Frente a esta actitud frecuente y autodesconfirmatoria, proponemos la vivencia y tolerancia de la fragilidad. Proponemos que en la vivencia de dicha fragilidad es donde se permite emerjan dichas dinámicas afectivas vivenciadas como negativas, pero que constituyen dimensiones inherentes al ser humano. Postulamos que es en dicho reconocimiento de los afectos, en donde emerge el sentido de fragilidad y la actitud consecuente de autocuidado. Sin este autocuidado es muy poco probable que el paciente logre el control del consumo ya que para ello debe ser capaz de darse cuenta de los contextos de riesgo asociados a caídas y recaídas.

4.3. El proceso de reestructuración o reformulación vital a partir del emergente liberado

Tras la confrontación matríztica y durante la misma sesión, el terapeuta debe buscar sintetizar los aspectos confrontados. El grupo, por su parte, interviene frecuentemente en el mismo sentido del terapeuta, por lo que es difícil que el cliente evite asumir (por lo menos discursivamente) lo confrontado.

Enfatizamos la importancia de retomar, en la sesión siguiente, el tópico tratado, momento en el cual se orienta al cliente a organizar sus aspectos confrontados, tomando conciencia de ellos, integrándolos y aceptándolos en la dimensión de una nueva forma de convivir consigo mismo y con los demás.

Esta reestructuración comprende los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales de la persona.

Es importante en esta fase que sea el propio cliente el que especifique los elementos de su reestructuración o reformulación, de esta manera construye su coherencia operacional.

La intervención podrá, entonces, ser ejemplo para los demás miembros del grupo, quienes de acuerdo a su avance facilitarán sus propias confrontaciones y la de los demás, facilitando una actitud de reconocimiento de los autoengaños compartidos y promoviendo un clima de aceptación de la intervención en general.

5. CONCLUSIONES

No es este el espacio propicio para presentar, ni resumir la teoría de la biología del conocer y del amar (Maturana, 1991a, 1991b, 1996, 1999). Recomendamos, sin duda, la revisión de las nociones básicas en la bibliografía citada.

Del mismo modo, el presente artículo no ha pretendido ser la voz oficial de la teoría de Maturana y Varela, sino que me ha guiado la aspiración de lograr sistematizar la operacionalización potencial de dicha teoría en el campo de la psicoterapia.

Estimo que las reformulaciones posibles desde este marco son potentes en términos metodológicos, técnicos y esencialmente epistemológicos. El núcleo esencial está en concebir la psicoterapia como ese espacio de relación donde el cambio es posible, a favor de los que sufren del problema del consumo de drogas y bajo los principios de cooperación y aceptación que guía nuestro actuar como humanos.

Aceptando el emocionar del otro, éste va legitimando el espacio de relación como una oportunidad de sentirse en integridad con sus estados afectivos negativos, con esas dinámicas emocionales que generan sufrimiento, dimensionadas generalmente con los síntomas de depresión y ansiedad y problemas en el control del consumo.

De esta forma decimos que los seres humanos, dentro de un espacio matríztico de aceptación incondicional, cooperación mutua y compañerismo, es decir, una forma de relación basada en el amor, logran construir un vínculo, llegar a un consenso acerca de lo que desean lograr y de los medios para conseguirlo. En otras palabras, dentro de un espacio matríztico, logramos construir alianza con el otro. Esto hace posible utilizar la confrontación matríztica como herramienta en el trabajo terapéutico y así conseguir que las emociones y acciones del cliente sigan un curso congruente con sus intenciones, deseos y propósitos.

Con respecto al tema de las variables asociadas a la historia de consumo o sustancias consumidas y los supuestos daños causados, podemos citar el concluyente estudio de Romero, Chaigneau y Castillo (1997), en el cual se muestra la nula correlación entre esas dimensiones y el resultado de la terapia, esto en una muestra de 198 pacientes consumidores de cocaína y pasta base, quienes además tuvieron seguimiento de hasta 7 años. Con esto queremos enfatizar, no que las drogas no hacen daño, sino que dicho daño no se correlaciona con el pronóstico del paciente. Esto debido a que es en el dominio de lo “psicosocial” en donde jugamos las variables centrales del cambio terapéutico, será tarea de los estudios futuros especificar la relación entre los cambios

neuropsicológicos y los logros vitales que los pacientes alcanzan en sus tratamientos.

Será nuestra próxima tarea validar clínica y metodológicamente este enfoque.

REFERENCIAS

- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Revista Clínica y Salud*, 16 (1), 9-29.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, Research and Practice*. (pp. 13-37). New York: Wiley
- Botella, L. & Corbella, S. (2003). *La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación*. Anales de Psicología. Barcelona: Universidad Ramón Llull.
- Cousins R, Romero J.C. & Santibáñez A. (2006). *Manual de Intervención Grupal para Personas con Consumo Problemático de Drogas*. En prensa.
- Dávila, X. (2002, abril). *Conversaciones liberadoras*. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas, Santiago, Chile.
- Galanter, M. & Cléber, H. (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona, España: Masson S.A.
- Horvath, A. & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analisis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (Eds.). (1994). *The working alliance: Theory research and practice*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of clinical psychology*, 56 (2), 163-173.
- Horvath, A. & Bedi, R. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients*. (pp. 39-64). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A. (2003, agosto). *Phases of therapy of alliance*. Paper presented at the Annual Conference of Psychiatrists and Psychotherapists, Reñaca, Chile.
- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.
- Maturana, H. & Varela F. (1972). *De máquinas y seres vivos*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.
- Maturana, H. & Varela F. (1984). *El árbol del Conocimiento*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.
- Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo Humano*. Santiago, Chile: Dolmen.
- Maturana, H. (1991b): *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (1993): *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano*. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.
- Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología*. Santiago, Chile: Universitaria. S.A.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad. Un argumento para obligar*. Santiago, Chile: Dolmen.
- Maturana, H. (1999). *Transformación en la convivencia*. Santiago, Chile: Gedisa.
- Romero, J. C., Chaigneau, S. & Castillo, R. (1997). *Estudio de las características de los consumidores de cocaína, en tratamiento ambulatorio, en la Primera Región*. Arica, Chile: Universidad de Tarapacá – Consejo Nacional para el control de estupefacientes (CONACE). Ministerio Del Interior.
- Paivio, S. & Bahr, L. (1998). Interpersonal problems, working alliance, and outcome in short– term experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (4), 392-407.
- Safran, J. & Muran, J.C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 636-643.