

**IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN
MODELO DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA
PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO
DE DROGAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA
PADRE ALBERTO HURTADO DE ARICA**

*IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF A MODEL
OF GROUP INTERVENTION FOR PEOPLE WITH DRUG
PROBLEMATIC CONSUMPTION OF THE THERAPEUTIC
COMMUNITY PADRE ALBERTO HURTADO OF ARICA*

Juan Carlos Romero Romero*

Alejandro Cuadra Peralta

Romina Cousins Hurtubia**

Ángeles Santibáñez Silva***

Universidad de Tarapacá
Arica-Chile

*Recibido 19 de diciembre 2006/Received december 19, 2006
Aceptado 23 de abril 2007/ Accepted april 23, 2007*

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

** Alumna tesista. Departamento de Filosofía y Psicología. Universidad de Tarapacá. Arica. Chile.

*** Alumna tesista. Departamento de Filosofía y Psicología. Universidad de Tarapacá. Arica. Chile.

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito exponer la implementación y evaluación de un modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas, el cual tiene como teoría de base la Biología de la Cognición y del Amor de Humberto Maturana. Hipotetizamos que mediante la implementación de este modelo de terapia grupal disminuyen los niveles de depresión y ansiedad en las personas con consumo problemático de drogas.

Es una investigación cuasi experimental pre-post con grupo de control, donde se exponen los resultados de la muestra del Grupo Tratamiento, perteneciente a la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica y del Grupo Control, el cual corresponde a la Comunidad Terapéutica La Tirana de Alto Hospicio. Los resultados obtenidos muestran las diferencias significativas entre ambos grupos.

Palabras Clave: Biología de la Cognición y del Amor, Comunidad Terapéutica, Intervención Grupal, Niveles de Depresión, Ansiedad.

ABSTRACT

The present article has as purpose to expose the implementation and evaluation of a model of group intervention for people with problematic consumption of drugs, which has as base theory the Biology of Cognition and of Love of Humberto Maturana; hypothesizing diminish the depression levels and anxiety in people with problematic consumption of drugs by means of this model's of group therapy implementation.

It is an quasi experimental research pre-post with control group, where the results of the sample of two Group Treatment are exposed, one belonging to the Therapeutic Community Padre Alberto Hurtado of Arica and the Group Control, which corresponds to the Therapeutic Community La Tirana at Alto Hospicio. The obtained results show significant differences between both groups.

Key Words: *Biology of Cognition and of Love, Therapeutic Community, Group Intervention, Depression and Anxiety levels.*

1. INTRODUCCIÓN

La Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado presenta diversos espacios grupales terapéuticos, los cuales no cuentan con una evaluación de su efectividad, es decir, no se ha demostrado que dichas intervenciones generen un cambio significativo en la persona.

Mediante la presente investigación propondremos un modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas, el cual fue implementado en la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica. Además, evaluamos dicho modelo para comprobar su efectividad, y así constatar si nuestra intervención generaba cambios.

Nuestro modelo se enmarcó dentro de la biología de la cognición y del amor de Humberto Maturana, estableciendo la importancia de construir un espacio matrízico de redes conversacionales basadas en el amor, en la aceptación del emocionar del otro, es decir, un contexto grupal en el cual se genere alianza entre las personas. De esta manera esperábamos que fuese posible realizar la confrontación matrízica como elemento terapéutico, y así lograr que las emociones negativas, traducidas en un elevado nivel de los síntomas de depresión y ansiedad, fuesen reconocidas, integradas y reestructuradas.¹

Considerando lo anterior, planteamos que los niveles de depresión y ansiedad de las personas con consumo problemático de drogas disminuirían con la implementación del modelo que proponemos en el presente estudio.

¹ Romero, J. C. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Límite*, 3 (17), 77-97.

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

En 1993, Maturana y Verden-Zöller, desde la perspectiva de la biología de la cognición y del amar, plantean dos tipos diferentes de cultura: La cultura patriarcal y la cultura matríztica.

La cultura patriarcal corresponde a lo que es hoy en su mayoría la humanidad moderna, ésta valora la competencia, la lucha, las jerarquías, la autoridad, el poder, la apropiación de los recursos, y la justificación racional del control y de la dominación de los otros a través de la aprobación de la verdad.

En cambio, 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.²

Este planteamiento se fundamentaría en una serie de cambios que habrían sufrido nuestros antepasados homínidos. Maturana hipotetiza que fue la hembra homínida, hace más de 2,5 millones de años, la que habría descoordinado los procesos biológicos asociados al celo y la fertilidad. Dicha descoordinación habría generado un cambio en las conductas de acoplamiento sexual y reproductivo, llevando a un nuevo terreno las exigencias al sistema nervioso central.

Nuestra especie, desde ese entonces, habría conservado una serie de conductas tendientes a mantenernos como especie, este fenómeno estaría correlacionado con el crecimiento progresivo de nuestro cerebro. Dicho crecimiento cerebral habría gatillado nuestra fragilidad como recién nacidos en lo que conocemos como neotenia (prolongación en años de nuestra infancia) al “obligar”

² Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo humano* (10ª Edición). Santiago: Dolmen.

una postura erecta como la mejor forma de distribuir el peso de la cabeza sobre la columna vertebral.³

A partir de dichos cambios estructurales se habría generado el espacio de relación entre madre (cuidador) e hijo, espacio de relación que explicaría la génesis y emergencia de nuestras facultades superiores, en la perspectiva filo y ontogénica.⁴

Fue este espacio de relación matrístico lo que nos caracterizó como humanos, ya que sólo pudimos (y podremos) sobrevivir en la conservación de la cooperación y aceptación del otro como un otro legítimo.⁵

La biología de la cognición considera que los seres humanos somos seres en el lenguaje. Por ende, sólo 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.⁶

El estar en el lenguaje (sin asociarlo solamente al habla), según Maturana, se conoce como lenguajear. Para un observador, el lenguajear consiste en un fluir de cambios corporales, posturas y emociones. 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.⁷

³ Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (1993). *Amor y Juego: Fundamentos olvidados de lo humano* (5ª Reedicción). Chile: Instituto de terapia Cognitiva.

⁴ Maturana, H. & Varela, F. (1984); Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (1993); Maturana, H. (1991a); Higuera, M. & Romero, J. C. (1999).

⁵ Maturana, H. (1999). *Transformaciones en la convivencia*. Santiago, Chile: Gedisa.

⁶ Maturana, H. (1991b). *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria.

⁷ Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología* (3ª Edición). Santiago, Chile: Universitaria.

El entrelazamiento de lenguajear y emocionar es el conversar.⁸

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 matríztico y el emocionar patriarcal.

Cuando se dan estas relaciones 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 de la cognición y del amar no existe una patología como enfermedad psicológica en sí misma, sino como un problema que nace cuando el sujeto percibe que en sus relaciones hay contradicción emocional, entre el emocionar matríztico y el emocionar patriarcal.⁹ Entonces, lo patológico desde este enfoque no es una cualidad constitutiva del individuo, sino una forma de coexistir socialmente, establecida consensualmente 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.

Esto hace posible la terapia conversacional, es decir, disolver el sufrimiento en conversaciones de reformulación y aceptación de las experiencias y contenidos negados. Por tanto, las distintas coordinaciones conductuales consensuales que se dan como contradicciones emocionales dentro de un sistema, pueden ser resueltas en el lenguajear¹⁰ y en el fluir de un tipo de conversación reconstitutiva.

Para Maturana la psicoterapia es una red particular de conversación en donde se entrelaza lenguaje y emoción, según el tipo

⁸ *Ídem.*

⁹ Maturana, 1991b, 1996, 1999.

¹⁰ Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología* (3ª Edición). Santiago, Chile: Universitaria.

de conversación que sustente tanto terapeuta y cliente. La tarea del psicoterapeuta es guiar las conversaciones que constituye el sistema terapeuta-cliente, de modo que las acciones y emociones del cliente sigan un curso congruente con sus intenciones, deseos y propósitos.¹¹ 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 (Maturana, 1996).

La relación entre el cliente 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 matricial. Así, bajo la aceptación mutua y el acuerdo sobre el tipo de red de conversación, el terapeuta es un igual frente al cliente, 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 cliente 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.¹²

3. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Las Comunidades Terapéuticas nacen como una alternativa a los tratamientos médicos y psiquiátricos convencionales para la atención de clientes con problemas de consumo conflictivo de sustancias.¹³

¹¹ Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo humano* (10ª Edición). Santiago: Dolmen.

¹² Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología* (3ª Edición). Santiago, Chile: Universitaria.

¹³ Galanter, M. & Kleber, H. (1997). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson S.A.

El principal objetivo de las Comunidades Terapéuticas es el cambio integral del estilo de vida del usuario (como se denomina al paciente residente), el cual incluye la abstinencia de sustancias ilegales, promover la eliminación de actividades antisociales, orientar la búsqueda de empleo y la instauración de valores y actitudes prosociales.

Las Comunidades Terapéuticas residenciales tradicionales (en Chile: la Asociación de Comunidades Terapéuticas que reúne a más de una treintena de instituciones y las Comunidades Terapéuticas ligadas al Hogar de Cristo) son relativamente similares en estructura y funcionamiento. Están compuestas por un equipo terapéutico de especialistas y otros profesionales del ámbito psicosocial, quienes guían el proceso de rehabilitación. Además las componen un número variable de usuarios que residen en la Comunidad.

La intervención terapéutica es definida como integral e incluye cada actividad que se realiza dentro de la Comunidad: terapia en grupo e individual, terapia por el trabajo diario y el tiempo de ocio y los servicios psicológicos, familiares y sociales.

Los criterios para el ingreso al tratamiento residencial son amplios, no obstante existen dos patrones fundamentales para excluir a posibles usuarios: la falta de idoneidad, es decir, cuando el candidato no puede cumplir con las demandas de la Comunidad Terapéutica, y el riesgo, cuando se percibe al candidato como una amenaza para los demás residentes.¹⁴

El proceso que un usuario sigue dentro de la Comunidad es un recorrido a través de etapas en las que se va incrementado el aprendizaje. Existen distintas etapas principales dentro de la fase residencial del programa, las cuales varían en su denominación, duración y estructura, según las distintas Comunidades Terapéuticas, pero sus objetivos son similares.

Todos estos elementos forman un contexto terapéutico único, esencial para el aprendizaje continuo, en el que los cambios

¹⁴ Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado (2006a) y (2006b).

relacionados con los comportamientos, actitudes y emociones son reforzados mutuamente en el régimen diario.¹⁵

4. COMUNIDAD TERAPÉUTICA PADRE ALBERTO HURTADO

La Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado, ubicada en la ciudad de Arica, nace en el año 1991, como medida frente al gran aumento de consumo de pasta base de cocaína a fines de la década de los ochenta. El año 1998 se establece como integrante de la red de comunidades de la Fundación Hogar de Cristo.

El objetivo general del programa de trabajo de la Comunidad se fundamenta en la atención integral a personas que presentan consumo problemático de cualquier tipo de sustancia, y que voluntariamente aceptan el tratamiento desde una modalidad de trabajo residencial. Los objetivos específicos se orientan a que los usuarios logren mayor dominio y conocimiento de su mundo afectivo; el desarrollo de habilidades y competencias en el ámbito de las habilidades sociales, con el fin de reinsertarse adecuadamente en su entorno; el fortalecimiento en los residentes y familiares de factores protectores.

En la actualidad (julio 2005 a julio 2006), la Comunidad Terapéutica cuenta con un equipo interdisciplinario de trabajo de doce personas, entre las cuales se encuentran siete educadores de atención directa, una asistente social y dos psicólogas. El programa ofrece una cobertura de cuarenta plazas para hombres y mujeres brindando a sus usuarios un tratamiento integral con perspectiva de género. Existen ciertas diferenciaciones en la forma en que se abordan terapéuticamente a hombres y a mujeres, en especial lo que refiere a proporcionar un espacio en el cual se potencie el vínculo de la residente mujer con su hijo.

¹⁵ Galanter, M. & Kleber, H. (1997). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson S.A.

El trabajo grupal en la Comunidad Terapéutica incluye las siguientes actividades: encuentros de la mañana, cuyo objetivo es manifestar las tareas a realizar en la jornada; grupo de escucha, en el cual se abordan temas personales del residente; grupo de evaluación del fin de semana; grupo de expresión corporal; grupo de evaluación del día; grupo de preencuentro, en el cual se organizan las actividades de la semana; grupo encuentro general, cuyo objetivo es discutir temáticas de convivencia.

La fase residencial del tratamiento tiene una duración de aproximadamente ocho a diez meses, comprende tres etapas:

- *Compromiso existencial:* En esta etapa los nuevos residentes adquieren conocimiento del funcionamiento de la Comunidad, son orientados y acogidos por un educador. Su objetivo consiste en que el usuario comience a vislumbrar cuáles serían las problemáticas más importantes que lo han llevado al consumo. Esta etapa está dividida en un grupo para hombres y otro para mujeres, de manera que se puedan adaptar a la Comunidad exponiendo y compartiendo temáticas desde una perspectiva de género.
- *Sinceridad:* En esta etapa comienza el proceso de elaboración y profundización de los principales conflictos personales del residente. Su objetivo es que el usuario se acepte a sí mismo, a su realidad personal, familiar y social, con el apoyo de sus compañeros y terapeutas.
- *Responsabilidad y proyección:* En esta etapa el usuario adquiere mayor responsabilidad consigo mismo y con los otros, junto con la elaboración de su proyecto vital.

Posteriormente, el residente transita a la etapa de Reinserción, en la cual se desvincula del espacio protegido de la Comunidad, adquiriendo mayor independencia y profundizando su proyecto de vida. El objetivo de esta etapa es que la persona logre reinsertarse a nivel familiar, laboral y/o educacional y social.

Finalmente, una vez terminado el tratamiento se realiza la Graduación, la cual representaría la culminación de un proceso de cambio radical en la vida de la persona.¹⁶

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

Un equipo de trabajo de la Universidad de Tarapacá, dirigido por Juan Carlos Romero, desarrolló un modelo de intervención grupal considerando las nociones básicas de la biología del conocer y del amar de Humberto Maturana, la teoría pragmática aplicada a la situación de conversación terapéutica, y la experiencia de Romero en el marco del trabajo clínico realizado desde 1988.

Básicamente, se propone comprender el trabajo psicoterapéutico como la generación de un espacio de relación matrízico, un espacio de conversaciones liberadoras que estén orientadas por los valores de la cultura matrízica: cooperación, aceptación incondicional, reciprocidad, amor y juego.¹⁷

Además, Romero (2006) propone la descoordinación de los autoengaños como el proceso central de la transformación terapéutica, que facilite en el cliente 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 personas capacitadas en el modelo de intervención grupal para dirigirlo (para este estudio los educadores fueron capacitados 30

¹⁶ Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado (2006a) y (2006b).

¹⁷ (Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (1993); Maturana, H. (1999) y Romero, J. C. (2006).

horas, por los autores del presente artículo, en las especificidades del modelo).

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.

5.1. 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, y es empleada en los distintos modelos psicoterapéuticos. Diversos autores han desarrollado ampliamente esta noción, desde Freud hasta la actualidad, buscando la conceptualización más apropiada e integradora.¹⁸

Bordin (1979, 1994) presenta una reformulación del concepto de alianza terapéutica que permite que los distintos modelos psicoterapéuticos se sientan cómodos con éste, 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. El mismo autor establece tres componentes o dimensiones:

- a) *Vínculo*: Se refiere a una compleja red de conexiones entre cliente y terapeuta que incluye la empatía, la confianza mutua y la aceptación.
- b) *Objetivos*: Se refiere al mutuo consenso entre cliente y terapeuta acerca de lo que se quiere lograr en la psicoterapia.

¹⁸ Freud, S. (1912); Bordin, E. S. (1979); Horvath, A. (2000); Corbella, S. & Botella, L. (2003) y Andrade, N. (2005).

- c) *Tareas*: Se refiere al acuerdo entre el 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.¹⁹

Para establecer la alianza debemos, según Romero (2006), cuidar la orientación de la conversación. Propone la explicitación del eje “Intimidad versus Intimidación” como uno de los elementos conceptuales que orientan al clínico a generar un clima propicio: debemos, como terapeutas, 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 intención descriptiva y en un tono afectivo positivo explícito (Romero, 2006).

Es en la aceptación de su emocionar (por parte del terapeuta y del grupo) que la persona va legitimando el espacio 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

¹⁹ Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigaciones y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2). 205-221.

parte de los integrantes del grupo, todo convergería en una mayor adherencia al tratamiento y mayor eficacia del mismo.

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

Los mecanismos de autoengaño son una operación 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 sistema recurre a los mecanismos de autoengaño y tiende a excluir o modificar en el discurso el emocionar respectivo.

El consumo de drogas 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.²⁰

Considerando lo anterior, en la terapia grupal se comienza desde la presuposición de que el cliente manifiesta cegueras cognitivas y afectivas en relación a su vida, provenientes de sus mecanismos de autoengaño. De este modo sus explicaciones 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 posibilite el continuar consumiendo aun queriendo detener el consumo.²¹ Romero propone hacer emerger la situación paradójica en la cual

²⁰ Romero, J. C. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Límite*, 3 (17), 77-97.

²¹ *Ídem*.

vive el cliente, para descoordinar el autoengaño a través de la perturbación de su organización. Dicha perturbación implica, por parte del terapeuta, identificar la anomalía que el cliente explicita en su discurso. La anomalía debe ser mostrada al cliente, para lo cual el terapeuta realiza la confrontación matríztica.

La confrontación matríztica es 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 cliente, un proceso de legitimación y darse cuenta del propio nivel de autoengaño y sus mecanismos autogenerativos.²²

Si el tópicos 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 cliente, tras lo cual el terapeuta deberá acoger el emocionar del cliente y en el contexto grupal, legitimarlo.

Romero (2006) 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, lo cual atentará contra un resultado favorable del proceso y probable desvinculación y pérdida de adherencia por parte del paciente.

5.3. 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 lo confrontado.

²² *Ídem.*

Romero (2006) enfatiza 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, por lo menos, 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.²³

6. METODOLOGÍA

6.1. Objetivo

El objetivo general del presente estudio fue la implementación y evaluación del modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas de la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica.

6.2. Hipótesis

1. Las personas con consumo problemático de drogas que reciban la implementación del modelo de intervención grupal propuesto manifestarán una disminución del nivel de depresión.
2. Las personas con consumo problemático de drogas que reciban la implementación del modelo de intervención grupal propuesto manifestarán una disminución del nivel de ansiedad.

²³ Romero, J. C. (2008). Psicoterapia grupal en adictos. *Límite*, 3 (17), 77-97.

6.3. Diseño

Se utilizó un diseño Cuasi-Experimental Pre-Post con Grupo de Control, el cual permitió vislumbrar las relaciones causales de los resultados obtenidos a partir de la muestra utilizada y permitió además tener un mayor control de las variables.

6.4. Muestra

La investigación consta de una muestra para probar hipótesis sustantivas.

La muestra estuvo conformada por 20 sujetos del Grupo Tratamiento, de edades comprendidas entre los 21 y los 47 años, con una media de 34. Todos ellos personas con consumo problemático de drogas, residentes de la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica.

Por su parte, el Grupo Control de 21 personas se compuso de residentes de la Comunidad Terapéutica La Tirana de Alto Hospicio que recibían el tratamiento que brinda dicha Comunidad y, por tanto, no recibieron la intervención propuesta.

Ambas comunidades terapéuticas comparten las modalidades de trabajo grupal antes mencionadas y las características en su intervención.

6.5. Variables

- *Independiente:* Implementación del modelo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas.
- *Dependiente:*
 - Nivel de depresión.
 - Nivel de ansiedad.

6.6. Instrumentos

- *Inventario de ansiedad de Beck* (Beck Anxiety Inventory): Es un inventario autoaplicado compuesto por veintiún ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Posee una elevada consistencia interna y una aceptable validez convergente y discriminante.
- *Inventario de depresión de Beck*: Es un cuestionario autoaplicado de veintiún ítems, que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Los síntomas hacen referencia al momento actual. Sus índices psicométricos muestran una consistencia interna, fiabilidad y correlación bastante alta con otras escalas.

6.7. Procedimiento

La presente investigación comenzó con la aplicación de los instrumentos de evaluación (Pre), Inventario de ansiedad de Beck e Inventario de depresión de Beck, a los sujetos del Grupo Tratamiento, pertenecientes a la Comunidad Terapéutica P. Alberto Hurtado de Arica, y del Grupo Control, pertenecientes a la Comunidad Terapéutica La Tirana de Alto Hospicio.

Posteriormente, se realizó el proceso de capacitación de los educadores de trato directo del Grupo Tratamiento, el que constó de tres etapas:

- *Etapla teórica*: Un grupo de seis educadores de trato directo participa en la capacitación teórica del modelo de intervención grupal, realizada por tres de los autores. Esta etapa tuvo una duración de ocho sesiones de una hora y media cada sesión.
- *Etapla de modelaje*: Se creó un grupo práctico para facilitar el aprendizaje de la intervención propuesta mediante el mo-

delaje, compuesto por los seis educadores de trato directo que participaron en la etapa teórica, ocho residentes y los tres autores. Esta etapa tuvo una duración de diez sesiones más una sesión de evaluación.

- *Etapa práctica:* Se formaron tres grupos con la totalidad de los residentes de la Comunidad Terapéutica P. Alberto Hurtado. Se integraron en los grupos dos educadores y dos residentes participantes de la etapa de modelaje. El período de duración de esta etapa fue de nueve sesiones, dos veces por semana (martes y jueves).

Una vez finalizado el tratamiento se realizó una segunda evaluación al Grupo Tratamiento y al Grupo Control (Post).

7. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el Grupo Tratamiento de las evaluaciones PRE y POST con Prueba T para muestras independientes señalan una clara disminución estadísticamente significativa en las variables depresión y ansiedad, lo cual se demuestra en la Tabla N° 1.

TABLA N° 1

Diferencia entre las medias de las evaluaciones PRE y POST en las variables Depresión y Ansiedad en el Grupo Tratamiento

VARIABLE	PROMEDIO PRE	PROMEDIO POST	DIFERENCIA	T	SIG.
DEPRESIÓN	22,5	15,4	7,20	3,45	0,001
ANSIEDAD	19,46	10,8	8,65	2,84	0,003

En cambio, en el Grupo Control las diferencias PRE y POST no muestran diferencia significativa en las variables estudiadas, como se expone en la Tabla N° 2.

TABLA N° 2

Diferencia entre las medias de las evaluaciones PRE y POST en las variables depresión y ansiedad en el Grupo Control

VARIABLE	PROMEDIO PRE	PROMEDIO POST	DIFERENCIA	T	SIG.
DEPRESIÓN	19,6	19,4	0,24	0,102	0,46
ANSIEDAD	18,86	16,76	2,10	0,622	0,27

En la Tabla N° 3 demostramos estadísticamente con Prueba T para muestras independientes, que no existe diferencia significativa entre los resultados por grupo, es decir, entre el Grupo Tratamiento y el Grupo Control, en la primera evaluación realizada en los niveles de depresión y ansiedad (PRE) lo cual indicaría niveles clínicos iniciales similares entre los grupos de pacientes adictos.

TABLA N° 3

Diferencia de medias entre Grupo Tratamiento y Grupo Control de las variables de depresión y ansiedad PRE

VARIABLE	GRUPO	PROMEDIO	DIFERENCIA	T	SIG.
DEPRESIÓN	TRATAMIENTO	22,5	2,9	1,45	0,076
	CONTROL	19,6			
ANSIEDAD	TRATAMIENTO	19,5	0,6	0,18	0,43
	CONTROL	18,9			

Estos resultados nos indican que ambos grupos se encuentran cercanos en sus niveles de depresión y ansiedad en un primer momento, existiendo diferencias mínimas entre ellos. En cambio, al observar los resultados de la Tabla N° 4, correspondiente a la segunda evaluación (POST), es decir, inmediatamente después de finalizar la implementación del modelo de terapia grupal para

personas con consumo problemático de drogas, se observan los siguientes resultados:

TABLA N° 4

Diferencia de medias entre Grupo Tratamiento y Grupo Control de las variables de depresión y ansiedad POST

VARIABLE	GRUPO	PROMEDIO	DIFERENCIA	T	SIG.
DEPRESIÓN	TRATAMIENTO	15,3	-4,1	-1,66	0,05
	CONTROL	19,4			
ANSIEDAD	TRATAMIENTO	10,8	-6,0	-2,04	0,02
	CONTROL	16,8			

La Tabla N° 4 nos muestra la diferencia significativa de los promedios de las variables evaluadas entre el Grupo Tratamiento (una vez realizada la implementación del modelo de intervención grupal) y el Grupo Control.

Los datos anteriormente expuestos permiten apreciar el cambio manifiesto en el Grupo Tratamiento en las evaluaciones PRE y POST de forma individual y en comparación con el Grupo Control.

Los resultados constatan fehacientemente el impacto de la implementación de la intervención grupal en el Grupo Tratamiento, por lo cual estos datos permiten mantener la primera hipótesis planteada, en la cual las personas con consumo problemático de drogas que recibieron el tratamiento del modelo de intervención grupal propuesto manifestaron una disminución significativa en el nivel de depresión. De la misma manera, los resultados obtenidos son congruentes con la segunda hipótesis, en la cual las personas con consumo problemático de drogas que reciban el tratamiento del modelo de intervención grupal propuesto manifestarán una disminución del nivel de ansiedad.

Es necesario señalar que en un comienzo nuestro estudio consideró además la variable de bienestar psicológico, la cual fue medida por el instrumento BIEPS-A. Esta escala no logró discriminar los niveles PRE y POST de la intervención. Consideramos que esto, probablemente, responde a que las condiciones en las cuales los residentes viven dentro de la Comunidad Terapéutica resguardan un alto nivel de bienestar, si se compara con el nivel de bienestar que tenían antes de su ingreso.

Lo anterior, en síntesis, implica que las personas con consumo problemático de drogas, al ingresar a la Comunidad Terapéutica, probablemente elevan su nivel de bienestar psicológico.

Desde una perspectiva cualitativa, las personas con consumo problemático de drogas que participaron en la intervención grupal manifestaron cambios concretos en su forma de relacionarse. Se observó, tanto por los autores como por los educadores de trato directo de la Comunidad Terapéutica, participación activa en la intervención grupal y en la orientación de los procesos de sus compañeros de grupo.

Percibimos cambios sustanciales en el discurso de los residentes al lograr mayor fluidez al exponer los tópicos percibidos como problemáticos y mayor profundización en la expresión de su emocioar, en la cual se evidenciaba, progresivamente, la integración de sus estados afectivos negativos.

Además, apreciamos en su discurso una mayor responsabilización y reconocimiento de su problema, haciéndose cargo de las implicancias de éste.

Debemos considerar que no es posible asegurar si los cambios cualitativos observados se mantendrán en el tiempo.

8. CONCLUSIONES

Nuestra investigación permitió verificar que la implementación del modelo de intervención grupal en la Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado disminuye los niveles de

depresión y ansiedad en personas con consumo problemático de drogas.

Es posible constatar que el modelo de intervención propuesto en el presente estudio generó cambios significativos en los estados afectivos negativos de la persona (ansiedad y depresión).

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 las dinámicas afectivas que generan sufrimiento, dimensionadas en este estudio con los síntomas de depresión y ansiedad.

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 los afectos y acciones del cliente sigan un curso congruente con sus intenciones, deseos y propósitos.

Recalcamos que la posibilidad de descoordinar los autoengaños en relación al consumo y su contexto libera a los pacientes de las cegueras que antes le otorgaban coherencia operacional y que en definitiva, integrar dichas cegueras, libera a los pacientes a un nivel de mayor comprensión y congruencia acerca de su propio estado y evolución.

Es conveniente continuar implementando y evaluando el modelo propuesto, ya sea, en otras comunidades terapéuticas o en otros grupos de tratamiento de personas con consumo problemático de drogas, dado que la muestra relativamente reducida de veinte sujetos es un aspecto que debe ser mejorado en futuras investigaciones.

Cabe destacar que la presente investigación ha permitido generar un manual de intervención grupal para personas con

consumo problemático de drogas, el cual se encuentra a disposición de los profesionales que deseen trabajar en esta área.

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.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*. 19, (2), 205-221.
- Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado. (2006a). *Manual Operativo*. Arica, Chile: Fundación Hogar de Cristo.
- Comunidad Terapéutica Padre Alberto Hurtado. (2006b). *Programa de Tratamiento en Mujeres Drogodependientes*. Arica, Chile: Fundación Hogar de Cristo.
- Cousins, R., Romero, J. C. & Santibáñez, A. (2006). *Manual de Intervención Grupal para Personas con Consumo Problemático de Drogas*. Manuscrito no publicado.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Galanter M. & Kleber H. (1997). *Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson S.A.
- Higuera, M. & Romero, J. C. (2000). Introducción al concepto de espacio de relación: su construcción como estrategia de intervención comunicativa en pacientes no verbales. *Revista Chilena de Fonoaudiología*. 1 (2), 65-80.
- Horvath, A. (2000). The therapeutic relationship: from transference to alliance. *Journal of clinical psychology*. 56 (2), 163-173.
- León, O. & Montero, I. (1997). *Diseño de Investigaciones*. (2ª Edición). Madrid: McGraw-Hill.

- Maturana, H. (1991a). *El sentido de lo Humano* (10ª Edición). Santiago, Chile: Dolmen.
- Maturana, H. (1991b). *Emociones y Lenguaje en Educación y Política*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Maturana, H. (1996). *Desde la Biología a la Psicología* (3ª Edición). Santiago, Chile: Universitaria.
- Maturana, H. (1999). *Transformación en la convivencia*. Santiago, Chile: Gedisa.
- Maturana, H. & Varela F. (1984). *El árbol del Conocimiento* (17ª Edición). Santiago, Chile: Universitaria.
- Maturana, H. & Verden-Zöllner, G. (1993). *Amor y Juego: fundamentos olvidados de lo humano* (5ª Edición). Santiago, Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.
- Romero, J. C. (2008). *Psicoterapia Grupal en adictos*. *Límite*, 3 (17), 77-97.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9 (2), 133-170.