

45  **Centros de Integración Juvenil, A.C.**
Aniversario — 1969-2014



**GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA
PARA TERAPIA GRUPAL**

VIGENTE A 2016

Directorio

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativa

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinadora:

Dra. Laura Margarita León León
Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Elaboración:

Mtro. Iván Huerta Rodríguez.
Psic. Lydia Gaona Márquez.
Mtro. Marco A. Hernández Delgado.
Psic. Virginia Ortiz Gonzáles.
Psic. Juan M. Rivas Alvarado.

Revisión:

Mtra. Laura Soubran Ortega
Subdirectora de Consulta Externa

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez
Jefe del Departamento de Consulta Externa

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	
CAP 1. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA GRUPAL	
• FASE 1: EXPLORACIÓN	
• FASE 2: TRANSICIÓN Y TRABAJO	
• FASE 3: CONSOLIDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO	
CAP 2. MARCO REFERENCIAL	
• EL MODELO BIOSICOSOCIAL.	
• LOS FUNDAMENTOS BIOPSIOSOCIALES DE LAS ADICCIONES	
• LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES DESDE EL MODELO BIOPSIOSOCIAL	
CAP 3. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.	
CAP 4. MODELO DE INTERVENCIÓN	
• ENFOQUE PSICOANALÍTICO	
• ENFOQUE HUMANISTA (PENDIENTE)	
• ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	

PRESENTACIÓN

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA GRUPAL

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible”¹.

El proceso de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, se apeg a una ruta prefijada en la que se pueden identificar cuatro fases claramente diferenciadas, 1) Preconsulta, 2) Evaluación Clínica y Diagnóstico, 3) Tratamiento y Rehabilitación y finalmente 4) Seguimiento; cada una de las cuales comprenden una serie de acciones específicas.

Bajo este marco de acción, el proceso de la intervención en el servicio de Terapia Grupal, se apeg a un derrotero parecido en cuanto se pueden distinguir algunas fases en el desarrollo de la intervención psicoterapéutica.

Si bien el contenido específico de los grupos varía enormemente, las tendencias y los procesos son muy similares. Esto es, independientemente de la naturaleza del grupo y la orientación teórica del terapeuta, algunas tendencias generalizadas se muestran en la mayoría de los grupos que permanecen durante un periodo de tiempo. A este respecto se presentan algunos supuestos que vinculan a la mayoría de los procesos grupales²:

- El grupo es visto como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismo y sobre otros, sentimientos, conductas, percepciones, entre otros.
- Los grupos se desarrollan en un patrón regular y observable, lo que permite predecir patrones de comportamiento futuro.
- Otro supuesto sostiene que las mismas características de desarrollo serán evidentes en todos los grupos de tratamiento que se desarrollan de una manera normativa, es decir, como poca variabilidad en su desarrollo.
- Con el paso del tiempo, en los grupos se manifestarán un aumento de la complejidad de interacción, no obstante, de vez en cuando mostrarán algún grado de regresión o reversibilidad a etapas anteriores al desarrollo grupal.

Los modelos de terapia grupal difieren en cuanto a si el proceso de desarrollo que se observa es lineal (las etapas se producen progresivamente en una sucesión invariable),

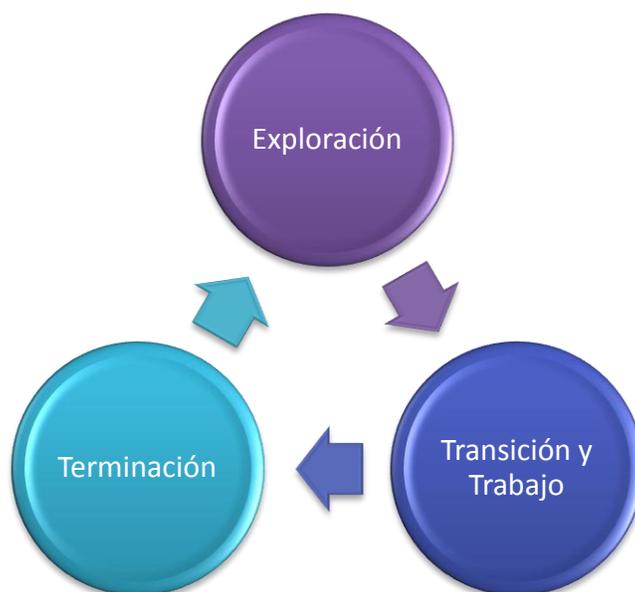
¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. New York. Naciones Unidas. 2003.

² Bernard H, et al. Clinical Practice Guide Lines for Group Psychotherapy. Int Journal of Group Psychotherapy 2008; 58 (4).

cíclica (el grupo puede repetir ciertas etapas, o hacer frente a cuestiones particulares, en ciertos intervalos o bajo ciertas condiciones), o una combinación de patrones lineales y cíclicos³. No obstante, de manera general, la intervención grupal sigue una trayectoria más o menos predecible en su evolución y desarrollo, apegándose en mayor o menor medida a una serie de fases o etapas que constituyen el proceso de intervención: 1) fase de exploración, 2) fase de transición y trabajo, y 3) fase de consolidación o terminación³⁻⁴.

Bajo este contexto, e independientemente del marco conceptual que el terapeuta maneje la propuesta metodología general de esta guía, es que el desarrollo de la intervención en el servicio de Terapia Grupal, se conduzca a través de una serie de fases vinculadas entre sí, pero con metas y objetivos diferentes. A saber:

1. **Fase 1:** Exploración.
2. **Fase 2:** Transición y Trabajo.
3. **Fase 3:** Consolidación y terminación del proceso.



Si bien cada fase tiene un propósito particular, no se formula ninguna metodología o procedimiento en particular para alcanzarlo, antes bien, la intención es que cada terapeuta desde su marco conceptual, haga uso de las herramientas a su disposición para conducir el desarrollo de la intervención a través de las fases planteadas.

³ Ibid. pag. 1

⁴ Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. España. Desclée De Brouwer; 1995.

FASE 1

EXPLORACIÓN

El estado inicial del desarrollo de un grupo es el momento de la orientación y exploración. Es el período para construir un espacio en el que la cohesión y la confianza del grupo permitan un desarrollo continuo.

Durante esta fase los miembros aprenden a funcionar en grupo, definen sus propias metas, clarifican sus expectativas y crean su espacio en el grupo. Normalmente los miembros llegan al grupo con ciertas expectativas, preocupaciones y ansiedades, por lo que es vital que dispongan de la oportunidad de expresarlas abiertamente.

La exploración grupal de la situación que acompaña a los/las pacientes es un paso importante en cualquier modelo de intervención grupal. El terapeuta estará en posibilidades de tener mayor comprensión del funcionamiento grupal, recogiendo de la narrativa de los/las pacientes, su constelación de creencias y actitudes, estrategias de afrontamiento, situaciones de vulnerabilidad, pensamientos y significados asociados al consumo de drogas.

La exploración es proceso mediante el cual el/la terapeuta y los/las pacientes colaboran en la comprensión de la situación particular y puntos de encuentro de los pacientes. Esta colaboración entre pacientes y terapeuta va más allá de la mera descripción y/o definición de áreas de intervención. La idea central de esta etapa del proceso, consiste en construir en colaboración con los/las pacientes un espacio de confianza para la expresión de sus dificultades, preocupaciones, emociones, miedos y fantasías, y en conjunto articular los elementos que constituyen el problema en términos de su etiología (causa) y mantenimiento, condiciones y consecuencias particulares.

En términos generales, se puede definir a esta, como una fase de integración al grupo, definición de la situación de los/las pacientes en términos de la bordaje grupal y el encuadre de trabajo. Lo cual se traducirá en una guía que direccionará la intervención hacia la siguiente fase.

FASE 2

TRANSICIÓN Y TRABAJO.

Un grupo debe atravesar normalmente una fase de transición algo dificultosa antes de iniciar el trabajo productivo. Durante este estadio los miembros, manifiestan su ansiedad, resistencia y conflictos y el terapeuta les ayuda a iniciar el trabajo de sus problemas⁵.

La fase de *Transición* en el desarrollo de un grupo se caracteriza por los sentimientos de ansiedad y una actitud defensiva. Conforme los miembros del grupo vayan confiando más y los objetivos del grupo se clarifiquen, serán más capaces de compartir sus asuntos

⁵ Ibid, p. 2.

personales y la ansiedad se reducirá, lo que permitirá comenzar con un trabajo más provechoso.

Una vez definida la situación y estructura del grupo, es decir, ya que se han identificado los elementos que configuran el origen de los problemas, la fase siguiente en el desarrollo de la intervención o trabajo, consiste básicamente en poner en juego la metodología, las estrategias y actuaciones específicas en función de las necesidades y evolución del grupo y los/las pacientes respecto del consumo y los problemas asociados. Esto significa que si bien el primer foco de atención estará en el consumo de sustancias, el proceso de tratamiento no debe restringirse a ello, antes bien, deben ser atendidos los problemas concomitantes derivados o asociados a esta práctica.

El periodo de *Trabajo* se caracteriza por el examen de problemas significativos y por la producción efectiva de las modificaciones. La idea central de esta fase es pues, la de hacer conscientes a los/las pacientes de los elementos relacionados a sus problemáticas actuales (emociones, pensamientos, conductas, sensaciones), llevándolos a comprender el significado de los mismos y motivarlos a realizar acciones en pro de su recuperación.

FASE 3.

CONSOLIDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PROCESO

Es importante que el proceso de intervención tenga un final planeado y el paciente tome conciencia del punto de inicio, de culminación y de los cambios y logros obtenidos durante este intervalo de tiempo. Por lo anterior es importante que el terapeuta sea, al mismo tiempo, un administrador de los tiempos, los contenidos, y las metas del proceso⁶.

El cierre es un momento crucial en la culminación de un proceso terapéutico, dado que se erige como un periodo cargado de connotaciones clínicas y emocionales, por lo que se debe preparar al paciente para que la conclusión de la intervención le signifique una clausura de la experiencia grupal satisfactoria.

La idea central de este periodo es ayudar al paciente a reconocer e interiorizar los procesos de cambio que acontecieron en la intervención (estados emotivos, resignificaciones), así como fortalecer las acciones emprendidas respecto de las metas trazadas.

Así y desde un marco biopsicosocial, la Terapia de Grupo busca conseguir la abstinencia o en su caso, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social de la persona que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas.

La terapia de grupo se orienta hacia el crecimiento siendo su centro de atención el descubrimiento de los recursos internos de los miembros. Algunas de sus metas pueden ser:

⁶ Sanchez-Escobedo, P. Psicología Clínica. El Manual Moderno. México. 2008.

Que los/las pacientes.

- Aprendan a confiar en sí mismo y en los demás
- Logren un auto-conocimiento y desarrollen la sensación de una identidad propia.
- Reconozcan las similitudes de las necesidades y los problemas de los participantes y desarrollen una sensación de universalidad.
- Aumenten la auto-aceptación, la auto-confianza, y el respecto a si mismos.
- Busquen formas alternativas para mejorar los aspectos evolutivos normales y resolver ciertos conflictos.
- Sean consciente de las posibilidades propias y actuar en consecuencia.
- Aprendan habilidades sociales más efectivas.
- Clarifiquen los valores propios y decidan si se modifican y cómo hacerlo.

Referencias

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. New York. Naciones Unidas. 2003.
2. Bernard H, et al. Clinical Practice Guide Lines for Group Psychotherapy. Int Journal of Group Psychotherapy 2008; 58 (4).
3. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. España. Desclée De Brouwer; 1995.
4. Sánchez E. P., Psicología Clínica. México. El Manual Moderno. 2008.

MARCO REFERENCIAL

EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial surge como una necesidad de cambio ante las perspectivas imperantes en un determinado momento histórico en el cual la atención clínica se centraba sólo en el aspecto médico sin considerar todo un cúmulo de elementos presentes en el territorio de lo humano. Engel es, quien principalmente plantea la necesidad de considerar los factores psicológicos y sociales dentro de la medicina, tanto en sus procesos diagnósticos como de tratamiento. La idea en la que se fundamenta es que para poder tener un abordaje clínico, que aspire a tener cierta eficacia, el paciente no puede ser reducido a su enfermedad, y a su vez, la enfermedad misma no puede ser llevada al campo de la fisiopatología únicamente ⁴

De esta manera es como a finales del S. XX comienzan a cuestionarse y entrar en crisis los paradigmas científicos de la época, dando lugar a muy diversas irrupciones en el terreno de la producción de conocimiento y de intervención en la realidad. En 1977 Engel, desde el interior del campo de la medicina, propone un modelo capaz de incluir el elemento humano en la experiencia de la enfermedad, dando lugar a lo que él llamaría Modelo de Atención Biopsicosocial.⁵

Principalmente, si revisamos los postulados de Engel, considerado el ideólogo principal del Modelo Biopsicosocial, nos podemos dar cuenta que surgen a partir de una reflexión crítica hacia un modelo de medicina basado en lo biológico, con procesos de tecnificación y especialización cada vez más sofisticados, que en su desarrollo fueron dejando de lado la cuestión humana (tanto del médico como del paciente).

Considerando autores como Vargas, Alonso y Carrió, mencionaremos los principales elementos que componen el Modelo Biopsicosocial:

⁴ Alonso, Y. . ¿Qué ha pasado con el modelo biopsicosocial en la investigación médica? Jano: Medicina y humanidades. 2009 [Consultado el 23 de abril de 2014]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2940091>

⁵Vargas, P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. Madrid: SEMFYC y CIMF. 1997 [Consultado el 8 de mayo de 2014]. Disponible en:http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf

1. Multidimensional y multicausal: Los fenómenos se consideran dentro de una complejidad donde no pueden tener una causa única, sino que responden a muchos factores de muy diversa índole, donde a su vez estos factores múltiples no son homogéneos en su composición sino de naturaleza multidimensional en sí mismos.

2. Multidisciplina-interdisciplina: Las fronteras entre los terrenos disciplinarios se desdibujan. Se plantean retos que conducen a crear cuotas de saber entre los diferentes campos del conocimiento. El desafío primordial en las intervenciones desde este modelo es la construcción de estrategias interdisciplinarias que puedan producir andamiajes complejos para dialogar con problemáticas y fenómenos también complejos.

3. Proceso salud-enfermedad: no se considera a la salud como un estado a conquistar, definido por la ausencia de lo patológico. Se piensa la salud-enfermedad como un proceso en continuo. Se trata de elementos que interactúan, no desde los puntos extremos de una recta, sino desde diferentes grados de relación del sujeto con el medio y con él mismo. Proceso que se encuentra en constante cambio, que está atravesado por múltiples factores y que se construye también en coordenadas de espacio y tiempo. Se piensa ya no sólo desde lo biológico o la fisiopatología, sino transversalizado por eventos históricos, culturales, políticos, económicos, etc.

4. Sujeto–objeto: Desde este modelo no existe el observador objetivo, por lo que el operador es siempre parcial y comprometido con el medio donde interviene. Asimismo es necesario pensar que también la presencia de ese “observador” interfiere en el medio donde opera, de manera imprevisible. Desde esta visión la subjetividad del observador es parte innegable del proceso que se desea investigar, ya que el observador también usará su historia, su bagaje cultural e ideológico y su marco teórico para observar, para definir el problema, para diagnosticar, en definitiva para intervenir.

5. Indeterminación e incertidumbre: Si pensamos que la causalidad de un fenómeno es múltiple, donde no existe una linealidad entre causa-efecto, sino que esto se da de manera compleja, es necesario tomar en cuenta que no podremos tener un control total para predecir las variables y los efectos de los eventos, será posible conocer sólo algunas pero no

podemos aspirar conclusiones acabadas y totalizadoras. Es importante dar espacio a la incertidumbre, al enigma y poder sostener esto en el proceso de acompañar subjetividades.

6. Modelo centrado en el paciente: se requiere pasar de un modelo centrado en la enfermedad a un modelo centrado en el paciente y su particular forma de vida, su contexto familiar y social. El modelo advierte de la necesidad de incorporar al paciente como sujeto del proceso asistencial. Carrió⁶ señala la importancia de integrar la narrativa del paciente, escuchar lo que dice sobre su dolencia o padecimiento. Se trata de considerar el proceso de enfermar en relación a la subjetividad.

7. Relación médico-paciente: Se considera un elemento central en la evolución de una enfermedad. En función de esta relación se establecen efectos psicológicos que pueden modificar la vivencia de la enfermedad e incluso influir en procesos bioquímicos que aporten variables al padecimiento⁷. Asimismo el paciente participa junto con el profesional de la salud en la definición del problema. El profesional interviene constantemente de forma explícita o no en el paciente, desde sus conocimientos, sus prejuicios, sus propios padecimientos, su forma de relacionarse, etc. Por lo tanto las intervenciones no se realizan sólo desde el aspecto profesional del que asiste sino también pasa por el campo de su subjetividad.

8. Diagnóstico contextualizado: desde los encuentros iniciales se tomará al paciente como un sujeto, inserto en relaciones dinámicas con su medio y con su propio psiquismo. Entran en escena diversos factores para considerar, todos relacionados con la vida del paciente, la historia, su medio social, político, económico, etc. Y a partir de esta diversidad de dimensiones, que atraviesan el sujeto, se tomarán los elementos propios para poder esbozar cada caso en particular.

9. Tratamiento: Se le tomará como un proceso donde el paciente tiene la autonomía y responsabilidad para participar, construir y tomar decisiones sobre tal proceso, es decir, lo

⁶ Carrió, F.B. El Modelo Biopsicosocial en Evolución. Barcelona: Med Clin. 2002 [Consultado el 6 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>

⁷ Vargas, P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. Madrid: SEMFYC y CIMF. 1997 [Consultado el 8 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf

implica y se realizará en sintonía con los procesos sociales del contexto en el que el paciente se encuentre.

Como podemos observar el Modelo Biopsicosocial⁸ implica una vía para entender cómo los fenómenos relativos a la salud, están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social esto es, considerada desde el punto de vista filosófico una manera de entender como el sufrimiento y el proceso de enfermedad se ven afectados por múltiples niveles de organización (molecular a social), desde el nivel práctico, es una forma de entender que la experiencia subjetiva y el entorno social de el/la paciente son factores significativos para la elaboración de un diagnóstico preciso que favorezca los resultados de la intervención⁹.

LOS FUNDAMENTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES

De acuerdo con Lorenzo¹⁰ el terreno de la adicción está constituido por muchos factores que lo hacen un fenómeno complejo de difícil delimitación, donde convergen elementos multidimensionales, de índole biológica, psicológica y social que se encuentran sostenidos desde la sobredeterminación existente entre ellos. Por lo tanto, realizar una intervención con características biopsicosociales se vuelve una tarea indispensable y con grandes desafíos.

Se necesitan ciertas perspectivas teóricas y metodológicas para complejizar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales y ponerlos a dialogar entre ellos con el fin de conocer cómo interactúan y cómo se relacionan estos factores con la problemática de consumo en cada uno de los pacientes que se atienden.

Con esto es necesario detenernos a considerar que la incorporación de un modelo biopsicosocial no puede quedarse únicamente en el enlistado de los factores que corresponden a cada una de las áreas (biológica, psicológica y social) de manera

⁸ Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007

⁹ Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein. R.M., (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med.

¹⁰ Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009

independiente. Será importante no creer que la mera suma de estas tres áreas dará cuenta de una nueva lógica de intervención. Lo que se pretende a partir de los postulados del Modelo Biopsicosocial es lograr dar cuenta de que cada uno de los elementos que integran al sujeto (bio-psico-social) están tocados unos con otros y sería erróneo considerar que un elemento de la persona corresponde únicamente a una de las áreas sin relacionarse con las otras.

En la literatura científica sobre el tema nos encontramos con textos que hacen referencia a los fundamentos principales de la problemática de la adicción (causas, consecuencias y modelos explicativos) en términos del modelo biopsicosocial pero, en su mayoría, aún siguen intentando hacer una limitación, que puede parecer un poco rígida, para los elementos que corresponden a cada una de las áreas. Conviene tener en cuenta que estas exposiciones (que también incluiremos más adelante) tienen más fines didácticos que explicativos, pues sabemos que ningún elemento en la subjetividad del paciente puede ser puramente biológico, puramente psicológico o puramente social.

Desde esta lógica, pensamos que el reto es poder llevar la reflexión y el análisis a niveles de complejidad que estén a la altura del fenómeno, problematizando las relaciones de esos elementos entre ellos y proponiéndolos no como elementos separados sino como categorías que también guardan un nivel de complejidad en sus dimensiones internas y en las relaciones entre ellas.

No pretendemos negar la utilidad de correlacionar ciertos fenómenos involucrados en la problemática adictiva a cada una de las dimensiones que integran a la persona, pues esto dará pautas a intervenciones efectivas: medicando cuando sea necesario usar medicación, haciendo intervención de terapia individual o grupal, interviniendo con la familia, etc. Pero también es cierto que no podemos dejar de señalar que todas estas cuestiones son también fenómenos que no pertenecen unívocamente a una disciplina, por lo que se dan con múltiples dimensiones, con sus propias interconexiones para cada paciente en particular.

Podemos decir que no existe una causa única que pueda considerarse responsable de la aparición del fenómeno de la adicción ni tampoco la hay para el consumo de droga por parte de una persona concreta. Además, en el inicio del consumo de una droga y en su

mantenimiento intervienen numerosas variables: sólo algunas son comunes. Según Lorenzo¹¹ podemos ubicar la distribución de estas variables en tres ámbitos: la propia droga, el individuo y el ambiente.

La droga y su potencial adictivo: los factores relacionados con la propia droga que condicionan su capacidad de desarrollar una drogodependencia son su coste, grado de pureza, potencia farmacológica y las variables farmacocinéticas: capacidad de absorción de la droga según su vía de administración, rapidez de inicio de sus efectos, características de su biotransformación: capacidad de depósito y redistribución en el tejido graso, de inducción o inhibición enzimática del retículo sarcoplásmico liso metabolizador de fármacos, interacciones farmacológicas, etcétera.

El individuo: La vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas drogas está relacionada con una serie de factores biológicos y psicológicos:

- *El Sexo* parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales inherentes a uno u otro, así como las construcciones que ese sujeto hace de su sexo y su género.
- *La carga genética* de la persona puede mediar en las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo, la eliminación de las drogas y, también, en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor. Las diferencias interindividuales pueden explicar los distintos grados de refuerzo positivo y negativo que una misma droga puede ejercer sobre distintas personas. No obstante, la existencia de factores hereditarios no implica que una dependencia sea un trastorno hereditario en sí mismo, sino que existe un riesgo mayor de desarrollar esa dependencia.
- *La adolescencia* es un factor de riesgo debido a las características del proceso madurativo psicológico de esta etapa de la vida.

¹¹ Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009

- *Los trastornos psiquiátricos*, la adicción de sustancias tóxicas es frecuente en personas con problemas psiquiátricos e igualmente las patologías mentales son frecuentes en individuos que presentan alguna adicción. Muchas veces se acude a las drogas para aliviar determinados síntomas de la esfera psíquica, como la ansiedad, la tristeza, la abulia, el insomnio, etc., o para cambiar la vivencia de una baja autoestima o la inseguridad en las relaciones interpersonales o por la existencia de una falta de control de impulsos y de la agresividad. Además, con frecuencia aparecen síntomas psíquicos después de un periodo de consumo de drogas; por tanto, más que aliviar una patología psiquiátrica, la ocasionan o la reducen.

El ambiente: son muchos los factores ambientales que condicionan el desarrollo de una adicción; el *entorno familiar*, cuando este es disfuncional, las probabilidades de inicio de consumo de drogas se dispara. También son factores ambientales de riesgo: la propia *legislación* en materia de consumo de drogas; la *actitud social* ante la droga; la publicidad y propaganda inductora al consumo; la información incompleta, incluso errónea, sobre el peligro del consumo de drogas; la *situación laboral*; la inadecuada orientación del *tiempo de ocio*, el comportamiento de los modelos sociales; la necesidad de reconocimiento dentro de un grupo; las influencias de compañeros y amigos.

LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

La perspectiva biopsicosocial involucra, como ya hemos mencionado, la apreciación de que los fenómenos relativos a la salud, como el de la dependencia a sustancias, que es el campo que nos atañe, no sólo se manifiestan en términos de fisiopatología, sino que se expresan simultáneamente en diferentes niveles de funcionamiento de las personas, que pasan por lo celular, los órganos, la persona, la familia o la sociedad¹².

Desde esta concepción, el Modelo Biopsicosocial proporciona un marco de referencia holístico para entender como el fenómeno de la adicción afecta a las personas en las dimensiones biológica, psicológica y social, enfatizando que la relación entre estas

¹² Frankel, R., Quill. T., McDaniel. S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester: NY; 2003.

dimensiones es recíproca, por lo que cualquier cambio que ocurra en alguna de ellas, afecta a las demás.

Este modelo sugiere que un número importante de factores biológicos y psicosociales pueden predisponer a una persona a desarrollar dependencia a las drogas; diversos estudios en el campo de la genética y la biología molecular, han proporcionado evidencia científica acerca de que, en individuos con historia familiar de consumo de alcohol y/o otras drogas presentan desventajas neuropsicológicas, así como otros trastornos mentales, que los hacen vulnerables a padecer cuadros severos de adicción a diferentes drogas, esto afecta tanto a hombres como a mujeres, pudiendo ocasionar un inicio temprano del consumo.

Entre los factores psicosociales se mencionan como predisponentes: la dinámica familiar y sus problemáticas en ocasiones de violencia, el abuso físico o sexual, el nivel socioeconómico o de bienestar y calidad de vida, altos niveles de estrés escolar o laboral, desempleo y en algunas ocasiones la presión que los amigos pueden ejercer para que consuma alcohol, tabaco y/o otras drogas.

Finalmente es importante mencionar que los factores genéticos y ambientales interactúan con las etapas críticas del desarrollo del ser humano, siendo la más crítica la adolescencia, cuando el individuo no ha madurado aun sus capacidades neurológicas de toma de decisiones, juicio, y autocontrol, lo que hace doblemente vulnerable esta etapa de desarrollo (biológicos), dando como experiencia que mientras más temprano se comienza a consumir mayor es la probabilidad de llegar a la dependencia.

Bajo este modelo, se considera a la adicción como una intrincada y compleja interacción entre factores biológicos (funcionamiento del organismo), psicológicos (emociones y motivaciones de las personas) y sociales (sistema social en el cual interactúa la persona)¹³. Por lo que la oferta de servicio debe ser integral, es decir encaminada a tratar cada una de las áreas.

¹³ Coombs, R. y Howatt, W.. The Addicción counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005

A continuación se describe en forma breve, las metas que se pretende alcanzar en cada una de las dimensiones que aborda el modelo biopsicosocial:

La dimensión biológica busca atender los efectos fisiológicos derivados del consumo crónico de sustancias psicoactivas; restablecer la función normal del sistema nervioso central, disminuir los deseos de consumir las drogas y proporcionar ayuda farmacológica para favorecer el logro de la abstinencia.

La dimensión psicológica busca reducir el malestar psicológico a través de diversas técnicas, mismas que buscan incidir en el comportamiento de las personas (actitudes, creencias, emociones y conductas auto-destructivas), a través de un tratamiento individual, grupal y familiar.

La dimensión social propone una serie de estrategias que consisten en ayudar a el/la paciente a fortalecer sus habilidades en el ámbito social, laboral, escolar y recreativo, de modo tal que pueda sentirse satisfecha/o y exitosa/o en su entorno de pertenencia (Anthony, 1979; en Acuña, 1999). Para tal propósito, la Rehabilitación y Reinserción Social están diseñadas para ofrecer la recuperación del funcionamiento Bio-Psico-Social de un individuo, al mejor nivel posible a través de procedimientos de aprendizaje y apoyo social.

Este marco de referencia es la guía bajo la cual, los servicios de tratamiento que se otorgan en la Consulta Externa Básica e intensiva (Centro de Día) están estructurados, teniendo como objetivos:

- 1) suprimir o reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas;
- 2) incrementar el bienestar físico, psicológico y social promoviendo estilos de vida saludable y libre de consumo de drogas.

Como podemos observar el Modelo Biopsicosocial pretende conformar un proceso de atención de las adicciones que sea integral, profesional y ético, atendiendo cada una de las esferas que implica lo humano, teniendo presente de manera permanente que dicho proceso no será una tarea fácil, considerando lo complejo que resulta ser una adicción en cada sujeto, ya que como hemos visto, el consumo de sustancias tóxicas obedece a una historia

singular de vida y por tanto habrá que adaptar el modelo de intervención a la particularidad de cada caso, éste es el reto que nos plantea la mirada biopsicosocial y que nos atañe a nosotros como profesionales de la salud.

Referencias Bibliográficas

1. Alonso, Y. ¿Qué ha pasado con el modelo biopsicosocial en la investigación médica? Jano: Medicina y humanidades. 2009 [Consultado el 23 de abril de 2014]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2940091>
2. Vargas, P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. Madrid: SEMFYC y CIMF. 1997 [Consultado el 8 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf
3. Carrio, F.B. El Modelo Biopsicosocial en Evolución. Barcelona: Med Clin. 2002 [Consultado el 6 de mayo de 2014] Disponible en: <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>
4. Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007
5. Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein. R.M., (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med. 2:576-582.
6. Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
7. Frankel, R., Quill. T., McDaniel. S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester, NY, 2003.
8. Coombs, R. y Howatt, W.. The Addicción counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Los roles de género son determinante sociales, son modos de vida socialmente perpetuados que imprimen vulnerabilidad de género a hombres y mujeres. Y en tercer lugar, los ideales de feminidad y masculinidad y sus vivencias subjetivas son determinantes psíquicos de género.

Por lo anterior es necesario reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad. Es decir, las formas de vida impuestas por los roles e ideales que hay que representar como hombre o mujer son determinantes psicosociales para la salud.

Se trata ahora de analizar la relación del sexo, el género, el sujeto y su interacción en el sistema biopsicosocial:

- En la esfera biológica, el cuerpo es portador de la diferencia anatomo-fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Cada persona nace con un sexo que en términos anatómicos sería de macho o de hembra. Hablamos de sexo para referirnos a estas realidades anatómicas aún no reconvertidas por el proceso social y psíquico.
- En la esfera social de relación y vínculos con los otros, nos acabamos adscribiendo a identificaciones de mujeres o de hombres. Durante la socialización, aprendemos a representar los roles asignados y a identificarnos con esos papeles sociales de hombre y mujer. Estos son los roles de género. Así, hombres o mujeres se construyen como experiencia social que añade significados al estado corporal de macho/hembra.
- Y por último, en la esfera psíquica se construyen para cada persona posiciones subjetivas femeninas y masculinas. Se construyen a lo largo de la vida interiorizando los ideales sociales y las identificaciones a través de las experiencias vividas. Las feminidades y masculinidades proceden de los modelos ideales propuestos por la sociedad, pero interiorizados y modificados por cada persona hasta convertirlos en sus ideales personales motor de sus actos.

El sujeto, en este sentido, es el habitante del cuerpo en el espacio psíquico y se ha construido a partir de la interacción de las tres esferas. El sujeto está condicionado tanto por el cuerpo, como por las relaciones sociales, como por la realidad psíquica.

La subjetividad comprende las funciones de este sujeto biopsicosocial particular construido por cada individuo. El sexo es 'bio', el género es psicosocial y el sujeto es biopsicosocial.

La concepción biopsicosocial de la atención implicaría entonces que, si consideramos que el proceso de salud/enfermedad está determinado por los anteriores factores de las tres esferas, la intervención clínica deberá contar con instrumentos para intervenir en los tres tipos de factores.

Desde dicha perspectiva se contempla que hombres y mujeres tienen distinta vulnerabilidad a los mismos factores biológicos. Esta vulnerabilidad puede subyacer en patologías de alta prevalencia en las mujeres para las que no se encuentra explicación causal, por falta de una mirada diferencial¹⁴.

Además los determinantes subjetivos de vulnerabilidad de género, favorecen posiciones subjetivas enfermantes. Por ejemplo, las mujeres que viven en el modelo de género tradicional, quedan en posición subordinada y siendo objeto del deseo y necesidades de los otros, sujetas al ideal de feminidad pasivo, quedando expuesta a abusos, a fijación en funciones de cuidadora, sin capacidad de decisión y realización de proyectos propios. Para los hombres, la fijación en el modelo tradicional les coloca en la necesidad de mantener posiciones de poder, expuestos a la caída de su masculinidad cuando se producen descapitalización de ese poder.

Por lo tanto Las mujeres y los hombres, debido a diferencias biológicas y, en otros casos, debido a su distinta socialización y modelos de comportamiento de género, presentan diferente forma de experimentar la enfermedad, de búsqueda de ayuda; de expresión de la queja y los síntomas y de comunicación e interacción con el sanitario/a.

El objetivo, si realmente se pretende brindar una atención clínica integral y eficaz, es identificar los factores de vulnerabilidad psicosocial asociados al proceso de salud/enfermedad. Y, a partir de ello, identificar posibles necesidades de atención psicosocial e influir en su transformación. Lo que se buscaría con esto sería evitar el sesgo de género en la atención, mismo que se produce al no considerar las diferencias debidas al sexo biológico y las diferentes formas de enfermar debidas al género, o bien, actuar a través de un estereotipo de género.

¹⁴ Valls L. C. Mujeres invisibles para la medicina, Barcelona: Debolsillo ; 2006

Los y las profesionales sanitarios tienen un alto potencial de transmisión de mensajes debido al lugar que hoy en día ostenta el saber médico. Así que, lo tengan en cuenta o no, pueden tener una gran influencia generadora de cambio de actitudes.

Es así que se desde un modelo biopsicosocial, que contemple la perspectiva de género, la intervención no reposa sólo sobre la capacidad técnica y el conocimiento biomédico del sanitario/a. También sobre su capacidad de escucha de aspectos psicosociales y su integración con los biológicos y de su capacidad para crear las condiciones del encuentro en las que la persona pueda expresar sus experiencias y participar en las decisiones. Así como favorecer una relación integral profesional-paciente.

Estamos hablando de una relación que permita acoger los aspectos psicosociales y subjetivos del/la paciente, interesándose por quién es el/la paciente, y también que permita al profesional auto-interrogarse sobre los aspectos subjetivos que le implican. Y poner estos afectos al servicio de los efectos del encuentro. Esto es una relación significativa con potencial para causar efectos en el/la paciente.

Desde este modelo se considera a la persona como sujeto activo en su proceso de salud/enfermedad y no como objeto del saber y actuaciones médicas. Para ello servirán tácticas de:

- Reconocer al sujeto paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, reconociendo su experiencia y su saber.
- Devolución de la palabra a los y las pacientes, especialmente a las mujeres.
- Escucha activa de la o el paciente.
- Potenciar las posibilidades de expresión del/la paciente y su participación en las decisiones.
- Potenciar y encaminar a la/el paciente a enfrentarse con sus problemas de salud.
- Redistribución del poder en la relación profesional-paciente.

Como podemos observar una práctica clínica que pretenda ser integral, buscará adoptar una perspectiva de género que permee la atención que se brinde a los usuarios, considerando sobre todo, que dichas categorías sociales, tienen alto impacto en la salud de las personas y en la manera en que éstas se relacionan consigo mismas y con su entorno.

Referencias Bibliográficas

1. VALLS LLOBET, Carme. Mujeres invisibles para la medicina, Barcelona, Debolsillo, 2006

Fuente:

Velasco A. S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer. Madrid: Digital Solutions Networks S.A.; 2009

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

El psicoanálisis es gestado en el siglo XIX, alrededor de 1896 por Sigmund Freud, consiste esencialmente en un pensamiento que gira entorno de una práctica clínica, de un modo de abordar terapéuticamente el discurso del sujeto, teniendo como un postulado central el hecho de que mucho de lo que aqueja a una persona se origina a nivel inconsciente, ahí donde la voluntad y la razón no alcanzan.

Es así que el psicoanálisis implica un método de investigación de los procesos inconscientes, un modo de tratamiento de las perturbaciones neuróticas y una serie de conceptos teóricos¹⁵, los cuales han conformado una teoría que apuesta por el análisis de la psique humana a través del lenguaje, el cual nos constituye precisamente como sujetos.

En este sentido, el psicoanálisis podría ser entendido como un método y técnica de tratamiento psicoterapéutico basada en la exploración del inconsciente a través del lenguaje. A diferencia de otros métodos que se basan en ejercicios, entrenamiento o técnicas de aprendizaje inducidas, el psicoanálisis pretende que el paciente logre dar cuenta de aquellas circunstancias (generalmente inconscientes) que han dado origen a sus afecciones y malestares psíquicos. Se trataría entonces de lograr una deconstrucción de la historia personal del sujeto, donde él mismo se implique en ella y pueda entonces resignificar o cambiar aquello que le aqueje, esencialmente lo que se refiere a su vida afectiva y particularmente aquellas áreas que contribuyen y mantienen la formación de síntomas, o que le han causado malestar psíquico y por ende emocional.

Según la teoría psicoanalítica, las representaciones del inconsciente tienen la particularidad de incidir de manera decisiva en la vida psíquica del sujeto y es por tanto importante analizar de qué manera dichas interacciones se están dando para poder generar entonces un cambio óptimo en el día a día de la persona, quien además llega a consulta por que un sufrimiento la aqueja, para lo cual el psicoanalista brindará una escucha ética y profesional. El enfoque psicoanalítico no consistiría en la búsqueda permanente por darle un sentido a lo que le ocurre al sujeto, sino en acompañar a éste en el proceso de analizar su discurso, a que encuentre una nueva posición en la palabra, y se posibilite de esta manera un cambio de posición subjetiva respecto a su propia existencia.

¹⁵ Assoun P. L. La Metapsicología. Bs. Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores;2002

En función de lo expuesto, se puede afirmar que para el enfoque psicoanalítico la vida psíquica no tiene su centro emisor en la conciencia del hombre, en su racionalidad, sino que considerando que lo inconsciente tiene efectos determinantes en nuestra vida cotidiana, se produce un desplazamiento del interés de estudio hacia el mímico, para determinar las leyes y mecanismos de su funcionamiento y entonces poder incidir terapéuticamente en la vida del sujeto.

¿Cómo entiende la adicción el enfoque psicoanalítico?

En psicoanálisis se habla de síntomas, refiriéndose a que existen ciertas formaciones sustitutivas, las cuales implican que algo del deseo del sujeto ha sido acallado por efecto de la censura, quedando por supuesto a nivel inconsciente dicho proceso. No obstante el síntoma, en su constante repetición, no cesa de decir algo, y es en este escenario donde puede entenderse la adicción, la cual se gesta como una conducta compulsiva a través de la cual el sujeto pretende obturar el malestar psíquico que lo aqueja.

El síntoma adictivo se convierte así para el paciente en una fuente de alivio inmediato de tensión, no obstante la droga se convierte en una forma de relación con el deseo que más que desarrollar u optimizar nuestra relación con éste, nos aleja más y más del mismo, pudiendo llegar a sustituir la relación con el entorno, por una representación fantasmática que llega a suplir completamente a la realidad cotidiana del sujeto. El bienestar casi completo e instantáneo que proporcionan las drogas le coloca por encima de las relaciones sociales incluyendo las amorosas y sexuales, no es por ello difícil imaginar que un consumidor pueda sustituir a las personas por el goce en polvo o líquido que le proporcionan las sustancias tóxicas.¹⁶

Además como sabemos el cuerpo está implicado de manera singular en la adicción, de hecho la droga puede llegar a ocupar el lugar del objeto que permitiría una vía de acceso privilegiada e inmediata hacia el goce, sin embargo se trata de un goce mortífero en el cual el consumidor se consume así mismo hasta el grado de poder morir.

Como podemos observar la adicción implica un acto sintomático, una trampa en la que el sujeto cae pretendiendo anestesiar un dolor que no ha sido elaborado, quizás porque no ha

¹⁶ Ortega J. *El goce del adicto*. Psicoanálisis en Extensión [en línea]. México. 2008 [Consultado el 13 de Mayo de 2014] Disponible en: <http://psicoanalisisextension.blogspot.mx/2008/03/el-goce-del-adicto-psicoanlisis-y.html>

sido ni siquiera hablado y por tanto escuchado. El análisis apuntaría a que el sujeto pueda dar palabras, escucharse, permitirse moverse de ese lugar donde el goce lo es todo, para poder advenir entonces como sujeto deseante, capaz de vivir su vida, con todo lo que ello implique, incluyendo sus faltas.

Abordaje grupal de la adicción desde el enfoque psicoanalítico

En psicoanálisis no se considera al grupo como una simple reunión de personas en un lugar determinado, sino que es visto como una forma de organización de vínculos intersubjetivos, donde los distintos elementos constitutivos del psiquismo se organizan como un grupo interno, es esto lo que hemos dado en llamar el ámbito de lo intrasubjetivo grupal, conceptualización que permite comprender claramente algunos de los fenómenos del proceso grupal, en especial de los efectos movilizadores que esta situación estimula. De acuerdo a esta conceptualización es el grupo externo adquiere valor de prolongación o de una extensión de los grupos internos, en este sentido lo que ocurre en el grupo es también experimentado y elaborado como pertenencia intrasubjetiva.¹⁷

Lo anterior puede entenderse desde uno de los conceptos fundamentales en psicoanálisis: la transferencia, que como subraya H. Racker¹⁸ es en donde se actualizan nuevas ediciones de aquellos antiguos conflictos, lo que hace posible entre otras cosas, que el sujeto pueda reproducir un afecto ya vivido en un objeto del hoy. Es mediante el entendimiento de dicho proceso que podemos dar cuenta de cómo entre los integrantes del grupo, el sujeto depositará afectos que no son necesariamente provocados por sus compañeros sino por una dinámica interna, que además es inconsciente.

La relación entre estos dos grupos, el intersubjetivo y el intrasubjetivo, crean un campo de estudio invaluable en la comprensión de los dinamismos psíquicos subjetivos que aborda el psicoanálisis aplicado. Cabe señalar que en el grupo, la transferencia toma una forma distinta a la del proceso individual. Se escinde tomando cuatro objetos transferenciales¹⁹:

f) El analista o el equipo de analistas

¹⁷ Bleger L. y Pasik N. *Psicoanálisis Grupal, Cuándo, Cómo, Porqué*. Campo Grupal, [en línea]. Argentina. UBA.1997. [Consultado el 16 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>

¹⁸ Racker H. *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Bs, Aires: Paidós; 2001

¹⁹ Bleger L. y Pasik N. *Psicoanálisis Grupal, Cuándo, Cómo, Porqué*. Campo Grupal, [en línea]. Argentina. UBA.1997. [Consultado el 16 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>

g) Los compañeros de grupo

h) El grupo como un todo

i) Un objeto exterior, generalmente la institución en la que funciona y enriquece el proceso.

La presencia de este abanico de objetos transferenciales actúa como un prisma que permite poner en evidencia aspectos de la transferencia que pueden quedar ocultos o confusos cuando se dirigen a un sólo objeto. Por otro lado este hecho permite que en ocasiones, al no concentrarse la transferencia en el analista, este formule intervenciones que puedan ser escuchadas más libremente por los pacientes.

En este sentido es sumamente importante que quien esté a cargo del manejo psicoterapéutico grupal, tome en cuenta toda la serie de elementos psíquicos y comportamentales que se juegan al interior del grupo, esto con la finalidad de accionar un plan de intervención que atienda a la complejidad de este tipo de tratamiento, el cual además, es uno de los más utilizados en el campo de las adicciones.

Hablando del manejo grupal, en psicoanálisis se enfatiza la actitud abstinerente del o los terapeutas, la cual promueve efectos transferenciales que se suman a aquellos que se favorecen en relación a la presencia de los otros y al grupo como totalidad. En este contexto, a través de interpretaciones sistemáticas (en especial de las transferencias y de las redes de identificación), que el proceso terapéutico puede devenir en la elucidación de la correlación de los conflictos, ansiedades y defensas con las formaciones y los procesos psíquicos constituidos dentro de los vínculos intersubjetivos primarios. El señalamiento y la interpretación de los “efectos transferenciales” y las identificaciones que surgen en el seno del grupo, como repetición de situaciones actuales en la “dramática grupal”, permiten la comprensión de las constelaciones conflictivas.²⁰

Es por lo descrito anteriormente, que la intervención grupal desde el psicoanálisis se torna en un recurso sumamente valioso respecto al tratamiento de las adicciones, ya que como sabemos la toxicomanía implica un síntoma familiar, en el cual según Pichón-Rivière²¹ lo que ocurre es que uno de los integrantes de la familia se encuentra en el lugar del portavoz del

²⁰ *Ibid.*

²¹ Aldrete L. Modelos sistémico estructural y psicodinámico vincular, en confluencia a través de un enfoque integrativo familiar. Tesis para obtener el grado de maestría en terapia familiar. México: IFAC; 2008

sufrimiento familiar, es decir él es quien denuncia la situación conflictiva y el caos subyacente.

Es en este sentido, que desde el psicoanálisis se plantea cuando el consumidor se integra a un grupo terapéutico, la transferencia accionará de manera inconsciente la forma en que éste ha vinculado a lo largo de toda su vida, factor que lo ha llevado entre otras cosas a relacionarse de manera conflictiva con su entorno y a caer en la adicción como síntoma. Por lo que sería a través del accionar terapéutico grupal que se buscaría que el sujeto pueda hacer consciente el lugar que ha ocupado en la dinámica de sus grupos de referencia, en especial en el de su familia, para poder entonces resignificar su posición y si así lo desea, cambiar.

Bibliografía

1. Assoun P. L. La Metapsicología. Bs. Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores;2002
2. Ortega J. El goce del adicto. Psicoanálisis en Extensión [en línea]. México. 2008 [Revisado el 13 de Mayo de 2014] Disponible en: <http://psicoanalisisextension.blogspot.mx/2008/03/el-goce-del-adicto-psicoanlisis-y.html>
3. Bleger L. y Pasik N. Psicoanálisis Grupal, Cuándo, Cómo, Porqué. Campo Grupal, [en línea]. Argentina.UBA.1997.[Revisado el 16 de Mayo de 2014].Disponible en:
 - a. <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>
4. Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Bs, Aires: Paidos; 2001
5. Aldrete L. Modelos sistémico estructural y psicodinámico vincular, en confluencia a través de un enfoque integrativo familiar. Tesis para obtener el grado de maestría en terapia familiar. México: IFAC; 2008

ENFOQUE HUMANISTA

La perspectiva Humanista considera la naturaleza humana como básicamente buena, con un potencial inherente para mantener relaciones significativas, saludables y para tomar decisiones que son del interés de uno mismo y de los demás. Esta perspectiva apunta actuales procesos conscientes en lugar de los procesos inconscientes y las causas últimas, pero al igual que el enfoque existencial, que sostiene que las personas tienen la capacidad intrínseca de auto-dirección responsable. Para el terapeuta humanista, al no ser el verdadero yo, es la fuente de los problemas. La relación terapéutica sirve como un vehículo o un contexto en el que el proceso de crecimiento psicológico es fomentado.

La psicología humanista, a menudo referida como la “tercera fuerza” además del conductismo y el psicoanálisis, tiene que ver con el potencial humano y la experiencia personal única del individuo. Los psicólogos humanistas en general, no niegan la importancia de muchos de los principios del conductismo y el psicoanálisis. Ellos valoran el conocimiento de antecedentes de comportamiento, así como la importancia de las experiencias de la infancia y los procesos psicológicos inconscientes. Los psicólogos humanistas podrían argumentar, sin embargo, que los seres humanos son más que la colección de comportamientos u objetos de fuerzas inconscientes. Por lo tanto la psicología humanista a menudo se describe como holístico, en el sentido de que tiende ser inclusiva y la aceptación de diversas tradiciones teóricas y prácticas terapéuticas. El énfasis de muchos terapeutas humanistas es la primacía de establecer una relación terapéutica que es de colaboración, aceptando el mundo en el que vive el paciente. El enfoque humanista también es holístico, ya que supone una interrelación entre las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del paciente. La psicología humanista asume que las personas tienen una capacidad innata hacia la auto-comprensión y la salud psicológica. Algunos de los principales promotores de este enfoque incluyen a Abraham Maslow, quien popularizó el concepto de “autorealización”, Carl Rogers, quien formuló la terapia centrada en la persona y Fritz Perls, cuya terapia Gestalt enfocada en la totalidad de la experiencia de una persona en cualquier momento dado. Algunas de las características esenciales de la terapia humanista son:

- Comprensión empática del marco de referencia del cliente y la experiencia subjetiva.

- El respeto a los valores culturales de los clientes y la libertad de ejercer una elección.
- Exploración de los problemas a través de un enfoque auténtico y de colaboración para ayudar al cliente a desarrollar una visión, el coraje y la responsabilidad.
- Exploración de las metas y expectativas, incluyendo la articulación de lo que el cliente quiere lograr y espera obtener del tratamiento.
- Definir el papel del terapeuta, pero respetando la autodeterminación del paciente.
- Evaluación y mejora de la motivación del paciente.
- Establecimiento de un contrato terapéutico de manera formal o informal.

¿La Terapia Humanista Cómo ve la adicción?

La Terapia Humanista penetra en un nivel más profundo de los problemas relacionados con los trastornos de abuso de sustancias, a menudo actúa como un catalizador para la búsqueda de alternativas para las sustancias para llenar el vacío que el paciente está experimentando. La empatía y la aceptación, así como el conocimiento que se obtiene por el paciente, contribuyen a la recuperación del paciente, proporcionando oportunidades para hacer nuevas elecciones existenciales, a partir de una decisión informada para utilizar o abstenerse de sustancias. La terapia puede agregar para el paciente una dimensión de la autoestima, la auto-motivación y auto-crecimiento que mejor facilite su tratamiento. El enfoque Humanista puede ser particularmente adecuado para el tratamiento de abuso de sustancias a corto plazo, ya que tienden a facilitar la relación terapéutica, aumentar la conciencia de sí mismo, centrarse en los posibles recursos internos y establecer al paciente como la persona responsable de la recuperación. De este modo, los pacientes pueden ser más propensos a ver más allá de las limitaciones del tratamiento a corto plazo y la recuperación se visualiza como un proceso de toda la vida, para alcanzar su pleno potencial.

Debido a que este enfoque trata de abordar los factores subyacentes de los trastornos por abuso de sustancias, que no siempre pueden enfrentar directamente el abuso de sustancias en sí. Dado que el abuso de drogas es el principal problema que se presenta y debe permanecer en primer plano, esta terapia se usa más eficazmente en combinación con los tratamientos más tradicionales para los trastornos de abuso de sustancias. Sin embargo muchos de los principios subyacentes que se han desarrollado para apoyar estas terapias,

se pueden aplicar a casi cualquier otro tipo de terapia para facilitar la relación cliente-terapeuta.

Mucho de los aspectos de los enfoques Humanistas (incluyendo la empatía, estímulo del afecto, la escucha reflexiva y la aceptación de la experiencia subjetiva del paciente) son útiles en cualquier tipo de sesión de terapia breve, si se trata de la terapia psicodinámica, estratégico o cognitivo-conductual. Ellos ayudan a establecer una buena relación y proporcionar fundamentos para una participación significativa con todos los aspectos del proceso de tratamiento.

¿La Terapia Humanista Cómo aborda la adicción?

La terapia Humanista aborda factores que configuran los trastornos por abuso de sustancias, como la falta de sentido de la vida, miedo a la muerte o al fracaso. Las terapias humanistas y existenciales penetran en un nivel más profundo de los problemas relacionados con los trastornos de abuso de sustancias, a menudo actúa como un catalizador para la búsqueda de alternativas a las sustancias para llenar el vacío que el paciente está experimentando. La empatía y la aceptación, así como el conocimiento que se obtiene por el paciente, contribuyen a la recuperación del paciente, proporcionando oportunidades para hacer nuevas elecciones existenciales, a partir de una decisión informada para utilizar o abstenerse de sustancias. La terapia Humanista puede agregar al paciente una dimensión de la autoestima, la auto-motivación y auto-crecimiento que mejor facilite su tratamiento. Enfoques terapéuticos humanistas y existenciales pueden ser particularmente adecuados para el tratamiento de sustancias a corto plazo, ya que tienden a facilitar la relación terapéutica, aumentar la conciencia de sí mismo, centrarse en los posibles recursos internos, y establecer al paciente como la persona responsable de su recuperación. De este modo, los pacientes pueden ser más propensos a ver más allá de las limitaciones del tratamiento a corto plazo y lograr la recuperación como un proceso para trabajar toda la vida para alcanzar su pleno potencial

Debido a que estos enfoques tratan de abordar los factores subyacentes de los trastornos de abuso de sustancias, que no siempre pueden enfrentar directamente el abuso de sustancias en sí. Dado que el abuso de drogas es el principal problema que se presenta y debe permanecer en el primer plano, estas terapias se usan más eficazmente en combinación con los tratamientos más tradicionales para los trastornos de abuso de sustancias. Sin embargo

muchos de los principios subyacentes que se han desarrollado para apoyar estas terapias se pueden aplicar a casi cualquier otro tipo de terapia para facilitar la relación paciente-terapeuta.

Terapia de Grupo.

El enfoque de Carl Rogers, representa un enfoque de peso en la psicoterapia de grupo centrada en el cliente, autodenominada terapia de grupo, por su estilo y énfasis en los grupos de encuentro, que es su forma de realización. Las escalas de Autenticidad, Estimación, Calor y solicitud, Comprensión Empática, van a marcar un hito en su época y van a influir mucho en la psicoterapia de la época, particularmente en los enfoques que a continuación surgirán.

Yalom, ha demostrado que la integración es el único camino de la ciencia del grupo y el aprender del grupo.

El trabajo de Yalom emergió y fue el resultado de una ola de cambios sociales en este campo, recibía la influencia de Lewin del aprovechamiento de la Psicología Social; de Rogers quien había estado trabajando en los "grupos de crecimiento personal", usando sus conceptos de la terapia centrada en el cliente; de Jerome Frank , estuvo simultáneamente investigando el impacto de "factores inespecíficos", semejantes a la esperanza y aceptación en la relación de ayuda; de H. S. Sullivan, desarrolló sus ideas sobre las relaciones interpersonales como base del desarrollo psicológico. El enfoque de Yalom reflejó su orientación personal con las rutas de los psicólogos humanistas-existencialistas. Hizo énfasis en la importancia de la interacción entre los miembros del grupo, promueve la operación de los llamados "Factores Curativos". El grupo fue visto como un microcosmo social con sus propias propiedades terapéuticas. El insight genético y las interpretaciones del terapeuta decayeron como mecanismos de cambio en favor de las experiencias de aprendizaje interpersonal en la interacción corriente del grupo. Este enfoque tuvo en su época una influencia general en la terapia de grupo en Norte América que continúa hasta el presente. Existen algunos enfoques que asocian éste con la tradición analítica, que destaca la importancia de las interpretaciones centradas en el líder. La escuela interpersonal describe el rol del terapeuta en la creación y mantenimiento del ambiente terapéutico dentro del cual los factores terapéuticos pueden activarse. Puede decirse que la Teoría

interaccional o integracionista de Yalom marcó un hito en el campo de la psicoterapia de grupo y puede considerarse a este autor como alguien que integró la necesidad del grupo sin que nada sobrara o faltara, o al menos fue su intención, debe ser una propuesta seria a considerar por el terapeuta que se enfrente al grupo siempre.

Bibliografía.

Carson, R.C., and Butcher, J.N.

Abnormal Psychology and Modern Life, 9th ed. New York: HarperCollins, 1992.

Corey, G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, 4th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1991.

Feinstein, D., and Krippner, S.

The Mythic Path: Discovering the Guiding Stories of Your Past--Creating a Vision for Your Future. New York: Putnam, 1997.

Giorgi, A., ed.

Phenomenology and Psychological Research. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1985.

Lyotard, J.F.

The Post-Modern Condition: A Report on Knowledge. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1984.

Nichols, M.P., and Schwartz, R.C.

Family Therapy: Concepts and Methods. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

Von Eckartsberg, R.

Existential-phenomenology, validity, and the trans-personal ground of psychological theorizing. In: Giorgi, A.; Barton, A.; and Maes, C., eds. Duquesne Studies in Phenomenology, Vol. 4. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1983. pp. 199-201.

Yalom, I.D.

Existential Psychotherapy. New York: Basic Books, 1980

ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL DE LA TERAPIA GRUPAL.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, en el que se fusionan principios y procedimientos derivados del Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría Cognitiva.²²⁻²³⁻²⁴

La Terapia Cognitivo-Conductual está basada en los siguientes principios que guían la intervención:

- 1) *Se sustenta en una determinada teoría.* La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en modelos empíricamente comprobables que determinan la base y el fundamento lógico de las intervenciones.
- 2) *Se basa en un modelo de colaboración.* Las personas desempeñan un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento. El papel de el/la terapeuta es ser un guía en la comprensión de sus problemas y las formas alternativas de solucionarlas.
- 3) *Tiene un plazo limitado.* Es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse más allá de 24 sesiones.
- 4) *Es objetiva y estructurada.* Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta a las personas a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración de los resultados.
- 5) *Se centra en el aquí y ahora.* Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y dificultades actuales.
- 6) *La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados.* Se trata de un proceso activo que fomenta el hábito de cuestionar la validez de los pensamientos y creencias.

²² Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. Am J Psychiatry; 2005;162:1452-1460.

²³ Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). Rethinking substance abuse. New York: The Guilford Press; 2006.

²⁴ Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. A guide to treatments than work. New York, NY:Oxford University Press; 2007. P. 179.

7) *La Terapia Cognitivo-Conductual es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades. Se trata de un enfoque centrado en la adquisición de habilidades con el objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y actuar.*²⁵

Como entiende la adicción

A continuación se describe como desde los diferentes pilares que sustentan la terapia cognitivo conductual conciben la adicción:

Condicionamiento clásico

El Condicionamiento Clásico consiste en aparear un estímulo neutro con un estímulo incondicionado que produce una respuesta refleja. En este sentido, el condicionamiento clásico señala que las situaciones externas e internas (estado de ánimo, situaciones ambientales, personas del entorno social inmediato, etc.) se tornan para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en desencadenantes condicionados que pueden generar síntomas condicionados de abstinencia. Los cuáles son estímulos discriminatorios para volver a consumir la droga y así contrarrestar estas sensaciones negativas. Es decir, los individuos adquieren conductas por medio de la asociación de estímulos.²⁶ Este paradigma señala que con el paso del tiempo el consumo de una droga se asocia a una serie de contextos (estímulos condicionados): lugares, personas, momentos del día o días de la semana, estados emocionales, entre otros. Y al paso del tiempo, la exposición a estás estímulos es suficiente para provocar el deseo muy intenso o impulsos que a menudo son seguidas por el consumo de la droga.²⁷

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante permite explicar la conducta especialmente la de autoadministración de drogas. El principio central de este modelo de aprendizaje es que la conducta de los individuos es regulada por sus consecuencias. En este contexto, se define como refuerzo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de incrementar la

²⁵ Stallard P. Pensar bien, sentirse bien. Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer; 2007.

²⁶ Acuña GG. Comprendiendo las adicciones: teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas. [Consultado 6 de mayo 2014]; Disponible en:

http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf

²⁷ Littel M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. BMC Neuroscience. 2012;13(8):1-13.

probabilidad de su ocurrencia a futuro. Un refuerzo positivo supone una recompensa, mientras que un refuerzo negativo implica la remoción de un estímulo aversivo. El opuesto al refuerzo es el castigo que es toda aquella consecuencia de una conducta que sea capaz de disminuir la probabilidad de su presentación futura.²⁸

Bajo este paradigma las personas consumen drogas como consecuencia de los efectos, ya sea que funcionen como reforzadores positivos de la conducta al producir sensaciones de placer, bienestar, excitación, mejor rendimiento, entre otros, o como reforzadores negativos evitando sensaciones desagradables como la tensión, cansancio e incluso el síndrome de abstinencia producido por el consumo mismo de las sustancias.²⁹⁻³⁰

Teoría del aprendizaje social (TAS)

Esta teoría sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo. Desde esta teoría los comportamientos adictivos son conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados de la droga, la experiencia directa de los efectos de esta como recompensa y castigo y la dependencia física.³¹

Enfatiza el mecanismo de autoeficacia, para explicar cómo el pensamiento afecta a la acción y como los patrones de conducta son seleccionados por los individuos. La expectativa de autoeficacia supone que el individuo tiene habilidad suficiente para afrontar una situación específica, estas expectativas de eficacia influyen directamente sobre el desarrollo y

²⁸ Acuña GG. Comprendiendo las adicciones: teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas. [Consultado 6 de mayo 2014]; Disponible en:

http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf

²⁹ West R, Brown J. Theory of addiction. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.

³⁰ Martín del Moral M, Fernández L. Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y Tratamiento. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I, editores. Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2009. P. 27-61.

³¹ Graña GJL. Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994.

mantenimiento del alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas.³²

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva señala que el modo en que el individuo estructura cognitivamente sus experiencias va a determinar en buena medida cómo se siente, cómo actúa y la reacción física que experimenta. Por lo tanto, establece una clara relación entre cogniciones, emociones y conductas. Según este modelo, las personas organizan su mundo en esquemas, los cuales son *patrones cognitivos* es decir, (formas de procesar la información) relativamente estables que constituyen la base de las interpretaciones de la realidad.³³

Aplicado al comportamiento adictivo, se basa en que los estímulos que llevan al consumo de drogas no son externos al sujeto (ambientales), sino que se encuentran en su sistema de creencias.³⁴ Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. De acuerdo a Beck³⁵ en el corazón del problema de la adicción se encuentra un conjunto de creencias centrales o nucleares del tipo “estoy indefenso”, “no soy querido”. Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad que conduce a la búsqueda de la sustancia para aliviarlas.³⁶

En este sentido, las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Pueden dividirse en varios grupos: las que guardan relación con la idea de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; la creencia de que la droga proporciona energía al individuo y por consecuencia más fuerza y poder; la expectativa de

³² Echeverría SVL, Ruiz TGM, Salazar GML, Tiburcio SMA. Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de Capacitación para profesionales de la salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2008.

³³ Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.

³⁴ Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.

³⁵ Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.

³⁶ Polo MI, Restrepo AMF, Cerra BC, Parra SM, Medina FV, Paez GA. Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. Revista Española de Drogodependencias. 2011;36(2):185-196.

que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; y la convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continuará indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará.³⁷

La terapia cognitivo conductual supone que el uso de sustancias adictivas es una conducta aprendida, mantenida por las consecuencias del consumo tanto positivas como negativas, así como por las expectativas que la persona mantiene con respecto al consumo de dichas sustancias, supone además que el agente de cambio de la conducta de consumo es la misma persona y enfatiza la autoeficacia del individuo para conseguir su meta.

En resumen, la Terapia Cognitivo Conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y las experiencias así como identificar, entender y modificar las distorsiones que son la base de los trastornos emocionales y conductuales que presentan las personas.³⁸

Abordaje de la adicción a drogas desde la terapia cognitivo conductual grupal

Por lo tanto, las terapias cognitivo-conductuales, o "terapias de amplio espectro", tienen como objetivo principal mejorar las capacidades cognitivas y de comportamiento del paciente para poder cambiar el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas y lograr mantener la abstinencia. De esta manera, las personas podrán distinguir las situaciones en las que se presenta el riesgo de volver a hacer uso de la sustancia y de esta forma podrá evadirlas y combatirlas. Este tipo de terapia, si bien es estructurada y tiene objetivos concretos, es flexible y amoldable a las necesidades y rasgos personales de cada paciente integrante del grupo.

Ventajas de la terapia grupal

El abordaje del consumo de sustancias en la terapia grupal cognitivo conductual tiene las siguientes ventajas:

- El grupo proporciona apoyo positivo para resistirse al consumo de sustancias psicoactivas.

³⁷ Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.

³⁸ Dobson K, Dozois D. Historical and Philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson K editor. Handbook of the cognitive behavioral therapies. New York: The Guilford Press;2010.

- El grupo reduce la sensación de aislamiento que la mayoría de las personas con problemas de abuso de sustancias experimenta.
- Les permite darse cuenta de que no son los únicos que tienen este problema.
- El grupo permite a las personas consumidoras de drogas ser testigo de los logros de los otros miembros del grupo, lo que provoca esperanza de que pueden lograr la abstinencia.
- El grupo proporciona retroalimentación en relación a los valores y habilidades de otros miembros del grupo lo que permite que modifiquen su concepto de sí mismos e incrementen su percepción de autoeficacia.³⁹

Se propone trabajar alrededor de 24 sesiones, de 3 a 10 miembros que se reúnen dos veces a la semana durante 3 meses, la duración de las sesiones es de 90 minutos. El grupo se orienta a la recuperación temprana centrándose en las habilidades para lograr autocontrol de los síntomas. Los grupos son homogéneos y utiliza dispositivos psicoeducativos para promover un aprendizaje sostenido. Las temáticas a trabajarse durante la sesión estarán en función de las necesidades identificadas en la fase de evaluación clínica y diagnóstico.

Estructura de una sesión grupal

Cada sesión consiste de los siguientes componentes:

1. Presentación de el/la terapeuta. El/la terapeuta se presenta ante el grupo y realiza la presentación de la modalidad de tratamiento. Se estima un tiempo aproximado de 5 minutos.
2. Presentación de los integrantes del grupo. Cada uno de los integrantes del grupo se presenta mientras el/la terapeuta va registrando la información que proporciona cada miembro del grupo identificando los estímulos tanto internos como externos que activan la conducta de consumo, la identificación de las creencias orientadas al bienestar ante condiciones aversivas, los pensamientos automáticos que son breves, así como la avidez por consumir y los síntomas de la abstinencia, las creencias facilitadoras y las creencias instrumentales o planes de acción.
3. Una vez identificados los pensamientos y creencias que conducen al consumo, se realiza el desafío de estos pensamientos y creencias.

³⁹ Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

4. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. A los integrantes del grupo se les enseña habilidades de afrontamiento específicas de acuerdo a las necesidades identificadas en cada miembro durante la evaluación.
5. Establecimiento de objetivos y tareas para casa. A cada miembro del grupo se le motiva a fijar metas a corto y largo plazo y se dejan las tareas a realizar para el logro de estos objetivos.
6. Cierre de la sesión. Los integrantes del grupo realizan reflexiones sobre lo aprendido durante la sesión grupal.⁴⁰

Referencias

1. Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. *Am J Psychiatry*; 2005;162:1452-1460.
2. Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). *Rethinking substance abuse*. New York: The Guilford Press; 2006.
3. Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. *A guide to treatments than work*. New York, NY:Oxford University Press; 2007.P. 179.
4. Stallard P. Pensar bien, sentirse bien. *Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée de Brouwer; 2007.
5. Acuña GG. Comprendiendo las adicciones: teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas. [Consultado 6 de mayo 2014]; Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
6. Littel M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. *BMC Neuroscience*. 2012;13(8):1-13.
7. West R, Brown J. *Theory of addiction*. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.
8. Martín del Moral M, Fernández L. Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. *Prevención y Tratamiento*. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC,

⁴⁰ Brook WD, Spitz IH editors. *The group therapy of substance abuse*. New York: The Haworth Medical Press; 2002.

- Lizasoain I, editores. Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana; 2009. P. 27-61.
9. Graña GJL. Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994.
 10. Echeverría SVL, Ruiz TGM, Salazar GML, Tiburcio SMA. Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de Capacitación para profesionales de la salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2008.
 11. Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.
 12. Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.
 13. Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.
 14. Polo MI, Restrepo AMF, Cerra BC, Parra SM, Medina FV, Paez GA. Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. Revista Española de Drogodependencias. 2011;36(2):185-196.
 15. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.
 16. Dobson K, Dozois D. Historical and Philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In Dobson K editor. Handbook of the cognitive behavioral therapies. New York: The Guilford Press; 2010.
 17. Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
 18. Brook WD, Spitz IH editors. The group therapy of substance abuse. New York: The Haworth Medical Press; 2002.