

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



**GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA  
PARA TERAPIA GRUPAL**

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

### **Revisión:**

Mtra. Laura Soubran Ortega  
Subdirectora de Consulta Externa

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez  
Jefe del Departamento de Consulta Externa

## CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	4
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
CAP 1. MARCO REFERENCIAL	11
• EL MODELO BIOSICOSOCIAL.	11
• LOS FUNDAMENTOS BIOPSICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES	14
• LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES DESDE EL MODELO BIOPSICOSOCIAL	18
CAP 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.	21
CAP 3. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN	26
• ENFOQUE PSICOANALÍTICO	26
• ENFOQUE HUMANISTA	31
• ENFOQUE SISTÉMICO	37
• ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	46
CAP 4. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA GRUPAL	53
• FASE 1: EXPLORACIÓN	55
• FASE 2: TRANSICIÓN Y TRABAJO	55
• FASE 3: CONSOLIDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO	56
REFERENCIAS	57

## PRESENTACIÓN

La Terapia de Grupo es una herramienta terapéutica muy popular en el campo de la atención a los problemas de salud mental. Ya sea en grupo abierto o cerrado, es una poderosa herramienta terapéutica para el tratamiento de abuso de sustancias. En muchos casos, es tan eficaz como la terapia individual porque los grupos intrínsecamente tienen muchos rasgos gratificantes, como la reducción del aislamiento, el apoyo entre pares, ser testigo de la recuperación de los demás, fomentar la esperanza, el apoyo y la motivación para abandonar el consumo.

El servicio de Terapia Grupal se suma a las estrategias con las que se cuenta en Centros de Integración Juvenil A. C. para brindar atención integral y multidisciplinaria a los pacientes que solicitan ayuda a la institución. Este servicio conjuga diferentes líneas teóricas y metodológicas de atención para dar respuesta desde la esfera grupal a un fenómeno complejo como lo es el consumo de sustancias psicoactivas.

En esta línea de pensamiento y en pro de brindar una mejor atención y ampliar la oferta de tratamiento, se desarrolló la presente guía, con la cual se busca hacer uso de las distintas herramientas de intervención disponibles.

La guía se encuentra organizada en cuatro capítulos. En el primero de ellos se delinear las bases del modelo de tratamiento sobre el que están cimentados los servicios de tratamiento. En el segundo, se abordan algunas recomendaciones para la aplicación de la perspectiva de género en la práctica clínica. En el capítulo tres presentan cuatro enfoques (Psicoanalítico, Humanista, Cognitivo- Conductual y Sistémico) desde los cuales abordar el problema del consumo y sus concomitantes. En cada uno de estos enfoques se describe una breve introducción, cómo se entiende la adicción desde este referente y finalmente, cómo desarrollar la intervención desde un encuadre grupal.

Finalmente, en el capítulo cuatro se presentan una propuesta metodológica para el desarrollo del servicio. En ella se describe de manera general las fases del tratamiento que se deben considerar independientemente del marco de referencia desde el cual se planea la intervención.

## ANTECEDENTES

El uso de los grupos con fines terapéuticos, inicia con los trabajos del médico internista Joseph Pratt hacia 1905, quien al percatarse de que pacientes con tuberculosis presentaban dificultades en su recuperación, hizo uso de sesiones grupales. La metodología consistía en discutir aspectos médicos y psicológicos relacionados con la enfermedad, junto con sugerencias útiles que les permitiera a los pacientes manejarse con su enfermedad crónica. Dichos encuentros tuvieron resultados positivos en el ánimo y evolución de la enfermedad de los pacientes, por lo que la experiencia se comenzó a replicar en otras poblaciones.

El uso de esta herramienta de intervención en el sentido de una actividad planificada, comenzó hacia 1930 en los Estados Unidos de Norteamérica, con la utilización de pequeños grupos para el tratamiento de trastornos de la personalidad.

En las siguientes dos décadas las experiencias grupales fueron reportadas por numerosos practicantes, los cuales adoptaron el trabajo grupal en varias formas y diferentes escenarios, principalmente a la situación de hospital, generalmente con el uso de técnicas educativas combinadas con la concientización de factores de apoyo grupal.

Hacia 1950 la Terapia de Grupo había demostrado su eficacia en una gran variedad de escenarios y un espectro amplio de la población, por lo que su uso se extendió a muchos países. La rápida aceptación como abordaje clínico válido que la terapia de grupo disfrutó entre los profesionales de la salud dio pie a un gran desarrollo de contribuciones teóricas, las que se resumen en el cuadro 1.

El psicoanálisis fue uno de las primeras corrientes teóricas en hacer aportaciones al desarrollo de la Terapia Grupal. Entre sus iniciadores se encuentran Wender, quien combinó conceptos freudianos sobre la psicología de los grupos con interpretaciones de la transferencia familiar a la transacción dentro del grupo y, Paul Schidler quien hacía uso de la de interpretación tanto de la transferencia como de los sueños<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Scheidlinger. S., Historia de la terapia de grupo. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.

Las terapias de grupo derivadas del psicoanálisis, se ocupan no sólo de lo manifiesto, sino también de lo latente en las interacciones y funcionamiento del paciente. El terapeuta dirige la investigación de los procesos inconscientes mediante la asociación libre y el análisis de los sueños, los mecanismos de defensa y la transferencia<sup>2</sup>.

<b>Cuadro 1</b>		
<b>Terapia de Grupo derivada del Psicoanálisis</b>	<b>Terapia de Grupo derivada de escuelas de Psicología y Filosofía</b>	<b>Otros tipo de terapia de grupo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoanálisis en grupo</li> <li>• Terapia psicoanalítica de grupo.</li> <li>• Análisis de grupo.</li> <li>• Teoría de las relaciones objetales.</li> <li>• Psicología del Self y terapia de grupo.</li> <li>• Terapia centrada en el grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia grupal interpersonal</li> <li>• Análisis transaccional en grupos.</li> <li>• Terapia Grupal Cognitivo-Conductual.</li> <li>• Psicodrama.</li> <li>• Terapia Grupal Gestalt</li> <li>• Humanista-Existencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia de grupo breve</li> <li>• Terapia familiar</li> <li>• Grupos de autoayuda.</li> <li>• Grupos operativos.</li> <li>• Sistémica.</li> </ul>

En esencia, la utilización de los principios psicoanalíticos en la terapia de grupo se centra en la transferencia y contratransferencia generada en el ámbito multipersonal del grupo y en la oportunidad para el estudio de temáticas individuales en el encuadre grupal<sup>3</sup>.

Para la década de 1960 surgió una gran cantidad de terapias, entre ellas al análisis transaccional, la terapia centrada en la persona, la terapia racional-emotiva y las derivadas de los enfoques humanistas.

Dentro de los enfoques humanistas confluyen varios modelos (Gestalt, logoterapia. Terapia existencial, psicoterapia centrada en la persona) que comparten una serie de principios básicos con relación a su concepción del ser humano y de cara a la intervención terapéutica.

<sup>2</sup> Kutash, I. L., Wolf. A. Psicoanálisis en grupos. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.

<sup>3</sup> Rutan. J. S., Terapia Psicoanalítica de grupo. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.

El supuesto principal que une a los enfoque humanistas, es el énfasis que ponen en la comprensión de la experiencia humana y la persona en sí misma antes que en el síntoma.

La perspectiva humanista, concibe a la persona como una totalidad organizada y como una unidad configurada que, en cuanto tal, no puede ser reducido a la simple suma de sus partes constituyentes. En su realidad más inmediata y comprensiva, es un todo orgánico significativo e integrado, compuesto por distintas facetas o aspectos que representa una organización compleja y contradictoria dentro de la cual actúan armónicamente o inarmónicamente, compiten o cooperan, dominan o son sometidas las múltiples partes que lo caracterizan<sup>4</sup>.

La Terapia Grupal Cognitivo-Conductual vio la luz a finales de los años 70's. Este enfoque nació de la unión de técnicas derivadas de la terapia conductista y técnicas derivadas del modelo de terapia cognitiva. En sus inicios este enfoque encaminó sus esfuerzos al entrenamiento en habilidades sociales, posteriormente el entrenamiento en el manejo del estrés y la agresividad se convirtieron en los objetivos terapéuticos más importantes de este enfoque en su modalidad grupal.

Actualmente la Terapia Grupal Cognitivo-Conductual es utilizada para tratar una diversidad de problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y consumo de sustancias. Es una forma de intervención en la cual el terapeuta y los pacientes trabajan como equipo para identificar y resolver problemas. El terapeuta usa el Modelo Cognitivo-Conductual para ayudar a sus pacientes a sobreponerse a sus dificultades, mediante la modificación de sus pensamientos, conductas y respuestas emocionales.

Otra importante contribución teórica proviene de la teoría general de los sistemas, que investiga las relaciones entre los diferentes niveles del sistema. En este enfoque se considera a la propia familia como un sistema de interacción que contiene otros subsistemas, donde sus componentes son interdependientes<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Henao. O. M. C., Del surgimiento de la psicología humanista a la psicología humanista-existencial de hoy. Rev. Colombiana de Ciencias Sociales. Vol. 1 (4). Colombia. 2013.

<sup>5</sup> Slipp. S. Terapia familiar y terapia familiar múltiple. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.

La epistemología sistémica define a los seres humanos como sistemas biopsicosociales, que a su vez, desde su origen se constituyen, crecen y desarrollan en múltiples y diferentes sistemas contextuales, con sus propios valores y creencias que le dan sus características relacionales. Desde este ángulo el grupo terapéutico se puede definir como un sistema en el que confluyen operativamente los requerimientos de una multiplicidad de sistemas humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y particular manera de significar el mundo. Saber entender ambas lecturas (digital y analógica) y utilizarlas aporta una gran ventaja en los procesos grupales, en otras palabras, no hace falta que un paciente diga que necesita decir algo para que el terapeuta pueda darse cuenta de esto<sup>6</sup>.

En términos generales, la Terapia de Grupo hace referencia al proceso grupal en el cual la interacción entre los miembros que lo componen es considerada el factor terapéutico primario; también hace referencia a una modalidad de tratamiento que se estima como una herramienta muy utilizada para el tratamiento de la adicción a sustancias.

Como modalidad de atención, la Terapia de Grupo cuenta con muchas ventajas a su favor ya que es vista como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismo y sobre otros, sentimientos y conductas.

---

<sup>6</sup> Serebrinsky. H. Psicoterapia de grupo. Rev. Ajayu. Vol. 10 (1). 2012. Disponible en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v10n2/v10n2a01.pdf>

## JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el consumo de drogas se ha intensificado de manera alarmante, hecho que por supuesto no sólo afecta a quien consume, sino que de igual manera los efectos negativos de dicha conducta repercuten ampliamente en las familias y entornos sociales implicados en el tema. Las adicciones se han convertido en un problema serio de salud pública, principalmente porque cada vez son más las personas que se ven implicadas en dicho fenómeno, incluyendo a jóvenes de edades cada vez más tempranas y en mayor vulnerabilidad social.

Es por ello que es de suma importancia para los organismos encargados de brindar los servicios de salud pública destinados a atender el fenómeno de la adicción, encontrar mecanismos de atención cada vez más eficaces en su alcance y efectividad. En este escenario que la psicoterapia grupal surge como herramienta metodológica sumamente valiosa en cuanto a sus objetivos y efectos en la población atendida, sobre todo porque ante la demanda creciente de tratamiento en adicciones, dicha modalidad de intervención permite poder dar respuesta pronta y con un mayor espectro de alcance a la población atendida.

Cabe mencionar que la terapia grupal cuenta actualmente con una amplia gama de profesionales de diversos enfoques dedicados a su práctica, sobre todo por las múltiples ventajas que atañen tanto al terapeuta como a los integrantes de los grupos. Los beneficios de dicha práctica clínica se traducen en muchas ocasiones, en una disminución en el costo del servicio, menor tiempo de espera y en una mayor agilidad en el alcance de su objetivo. Además de que clínicamente hablando, el grupo permite otra dinámica intrasubjetiva, pudiéndose tornar en un recurso terapéutico sumamente valioso en el desarrollo del proceso de tratamiento y rehabilitación.

Es por lo anterior que la psicoterapia de grupo implica un campo de conocimiento importante a explorar y desarrollar como instrumento de intervención, considerando esencialmente sus ventajas y beneficios en la práctica clínica.

## OBJETIVOS

La Terapia de Grupo centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse los problemas personales e interpersonales en un contexto grupal.

En la presente Guía de Intervención Clínica para Terapia Grupal se presentan algunos referentes teóricos para el desarrollo del servicio. Su objetivo principal es exponer las diferentes herramientas y marcos teóricos de referencia desde los cuales abordar el problema del consumo de drogas.

Como parte de los servicios multidisciplinarios de CIJ, el servicio de Terapia de Grupo, tendrá los objetivos de:

- Reducir o eliminar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Ayudar a resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes

Algunas de sus metas pueden ser 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 respeto a sí 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.

## MARCO REFERENCIAL

### EL MODELO BIOPSIOSOCIAL

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<sup>7</sup>.

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 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<sup>8</sup>.

Principalmente, al revisar los postulados de Engel, considerado el ideólogo principal del Modelo Biopsicosocial, se vislumbra cómo surge 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, la idea de que en su desarrollo fueron dejando de lado la cuestión humana (tanto del médico como del paciente).

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

**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

---

<sup>7</sup> 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>

<sup>8</sup> 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](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf)

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 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. Carrió<sup>9</sup> 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 padecimiento<sup>10</sup>. 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 implica y se realizará en sintonía con los procesos sociales del contexto en el que el paciente se encuentre.

---

<sup>9</sup> 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>

<sup>10</sup> 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](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf)

Como se puede observar, el Modelo Biopsicosocial<sup>11</sup> 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 intervención<sup>12</sup>.

## **LOS FUNDAMENTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES**

De acuerdo con Lorenzo<sup>13</sup> 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 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 detenerse 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 independiente. Será importante no creer que la mera suma de estas tres áreas dará cuenta

---

<sup>11</sup> Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007.

<sup>12</sup> Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein. R.M., (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med.

<sup>13</sup> Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009.

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 se hace 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 se incluyen 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, 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 se pretende 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 se puede 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.

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 Lorenzo<sup>14</sup> se puede ubicar la distribución de estas variables en tres ámbitos: la propia droga, el sujeto y el entorno.

La droga y su potencial adictivo: los factores relacionados con la propia droga que condicionan su capacidad de desarrollar una drogodependencia son su costo, 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 sujeto: existen una serie de factores que podrían poner en un estado de vulnerabilidad a las personas, mismos que de alguna manera podrían desencadenar la dependencia a determinadas drogas, por ejemplo:

- *El Sexo* parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a características constitucionales inherentes a uno u otro, pero sobre todo es importante considerar cómo las construcciones que ese sujeto hace de su sexo y su género influyen en su actuar, incluyendo en un posible consumo.
- *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.

---

<sup>14</sup> Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009.

- *Las diferentes etapas de transición* por las que pasa un sujeto y que pueden afectarlo en un determinado momento, como podrían ser: alguna enfermedad, el fin de una relación afectiva, la pérdida de trabajo, etc.
- *Problemáticas psicológicas y/o comorbilidad*, ya que la adicción de sustancias tóxicas es frecuente en personas con problemas de salud de otra índole, por lo que 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 un estado depresivo o la inseguridad en las relaciones interpersonales, así como por la existencia de una falta de control de impulsos y agresividad. Además, con frecuencia aparecen síntomas psíquicos después de un periodo de consumo de drogas; por lo tanto, más que aliviar una problemática de índole psicológica, a veces la ocasionan, no la reducen.

El entorno, lo social: es importante tomar en cuenta que toda persona se encuentra inscrita en un contexto familiar y social, el sujeto crece y se construye a partir de una serie de discursos que lo habitan. Entre estos discursos se halla el del momento social determinado en el cual la persona crezca y se desarrolle. Actualmente nos encontramos ante un entorno donde el consumismo se intensifica, el sujeto consume y se consume (en la adicción). Los vínculos con los otros se diluyen y las drogas vienen a ocupar un lugar, se entabla una relación con una determinada sustancia que pareciera obturar, los vacíos. No obstante esto no sucede, el sujeto se halla entrampado en un goce mortífero que pretende difuminar los límites, esos que la sociedad establece y que por tanto posibilita, aun para su ruptura.

## LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

La perspectiva biopsicosocial involucra, como ya se ha 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 sociedad<sup>15</sup>.

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 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/u 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 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/u otras drogas.

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

---

<sup>15</sup> Frankel, R., Quill. T., McDaniel. S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester: NY; 2003.

persona)<sup>16</sup>. Por lo que la oferta de servicio debe ser integral, es decir encaminada a tratar cada una de las áreas.

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 entender y atender los efectos fisiopatológicos derivados del consumo agudo y/o crónico de sustancias psicoactivas; para así tratar de restablecer la función normal, disminuir los efectos patógenos o detener el avance de los mismos cuando este es irreversible, en todos los tejidos, órganos y sistemas de la economía corporal; así como el coadyuvar en la disminución del síndrome de abstinencia proporcionando de acuerdo a las necesidades y características específicas de cada individuo, el apoyo fisioterapéutico pertinente.

*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<sup>17</sup>:

---

<sup>16</sup> Coombs, R. y Howatt, W.. The Addiction counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005

<sup>17</sup> CIJ. Guía Técnica. Consulta Externa Básica. Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Subdirección de Consulta Externa. México. 2013

- 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 se puede 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.

## **PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**

El género es una construcción social e histórica que se refiere a las relaciones de poder entre los géneros y de ninguna manera es sinónimo de mujer, se confunde porque surgió de los estudios de la mujer para después tomar el nombre de género. Actualmente hay estudios de las masculinidades con enfoque de género.

En la práctica clínica se encuentran diversas corrientes psicoterapéuticas cuyo origen son las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud-enfermedad y el contexto socio-histórico, estas han dejado legados a la perspectiva de género.

Desde el enfoque psicoanalítico, Freud afirmaba que la construcción social del género se debe al intermedio de la psique, el deseo sexual y el inconsciente; la identidad sexual resulta del proceso del devenir del sujeto y de sus relaciones con el Otro. Freud y Simone de Beauvoir no admiten una esencia dada sino que el ser mujer o ser hombre es producto de una génesis social.

Para algunos partidarios del cognitivo conductual es en la infancia donde lo cognoscible tiene referente de género y se desarrolla un esquema cognitivo basado en éste siendo núcleo de la tipificación sexual. Particularmente en la teoría del aprendizaje social plantea que el género se aprende en la infancia y que el pensamiento estereotipado identitario juega un rol menor con otras fuerzas sociales.

La escuela humanista destaca la corriente existencial con Simone De Beauvoir, , desde esta escuela se conforma su cuerpo teórico desmontando que la desigualdad de mujeres y hombres se debe a las construcciones sociales y propone una sociedad más igualitaria y libertadora.

Dentro de la mirada postmoderna uno de los enfoques es el construccionismo social, éste considera que el género y las relaciones con el otro son construcciones sociales; mira las diferencias de género, los roles y estereotipos inmersos en la construcción social de la realidad, construcciones que evolucionan y se resignifican porque se cuestiona la realidad de la vida cotidiana. La postura de género comprende y valida que las diferencias de género se convierten en desigualdades de género que oprimen a hombres y mujeres.

El género como mirada analítica indaga y explica cómo las sociedades construyen sus reglas, valores, prácticas, procesos, subjetividad y las relaciones que se producen entre los géneros. El género es un determinante social en los procesos de salud-enfermedad ya que las construcciones sobre lo femenino y masculino inciden en la forma de enfermar diferencialmente. 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.

Cabe mencionar que, la perspectiva de género es también una postura metodológica que se define por su crítica al androcentrismo, misoginia y sexismo que ha obstaculizado el derecho a la no discriminación y la equidad de género. Esta mirada debe ser transversal en los contenidos y la praxis.

Lo que le ocurre a una persona no se debe exclusivamente a lo biológico, o sólo social o sólo psíquico sino que hay una relación del sexo, el género y su interacción en el contexto social de ahí la importancia del 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, se termina 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; **sin embargo éstos pueden ser modificables.**

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 los sujetos tienen distinta vulnerabilidad a los mismos factores **debido a su singularidad.**

Además los determinantes subjetivos de vulnerabilidad de género, favorecen posiciones subjetivas enfermantes. Por ejemplo, para la mayoría de 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; **sin embargo, esas construcciones sociales se modifican coexistiendo otras formas de ser mujer y ser hombre y se reconoce la diversidad humana.**

Por lo tanto las **personas**, debido a diferencias biológicas y, en otros casos, debido a su distinta socialización, **clase social, etnia, edad y otras condiciones sociales así como** 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.

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.
- 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 las personas usuarias, 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.

## CAPÍTULO 3: ENFOQUES DE INTERVENCIÓN

### 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 teóricos<sup>18</sup>, los cuales han conformado una teoría que apuesta por el análisis de la psique humana a través del lenguaje, el cual es constitutivo precisamente del sujeto.

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 aqueja, 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

---

<sup>18</sup> Assoun P. L. La Metapsicología. Bs. Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores;2002

encuentre una nueva posición en la palabra, y se posibilite de esta manera un cambio de posición subjetiva respecto a su propia existencia.

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 mío, 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.

Por otro lado, hay quien afirma al interior de la perspectiva psicoanalítica, que la adicción sería más bien una ruptura del síntoma, en el sentido de que éste último representaría una formación de compromiso entre censura y satisfacción, mismo que por tanto puede ser, por decirlo de alguna manera, traducible o descifrado vía el discurso del sujeto. No así en el caso de la adicción donde dicha formación sustitutiva no se da, ya sea porque el síntoma no logra estructurarse o no logra ser tramitado, lo que sucede es que su función caduca o se diluye, hecho que es denominado como el fracaso del síntoma, sobre todo porque la palabra en este caso, poco vale.<sup>19</sup>

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

---

<sup>19</sup> Estaude S. y Couso O. La adicciones: el fracaso del síntoma. [Consultado el 11 de junio de 2014] Disponible en: [www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\\_articulo=409](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=409)

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.<sup>20</sup>

Además 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 a sí mismo hasta el grado de poder morir.

Como se puede 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 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 se ha llamado el ámbito de lo intrasubjetivo grupal, conceptualización que permite comprender claramente algunos de los fenómenos del proceso grupal, en especial de los efectos movilizados 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.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> 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>

<sup>21</sup> 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>

Lo anterior puede entenderse desde uno de los conceptos fundamentales en psicoanálisis: la transferencia, que como subraya H. Racker<sup>22</sup> 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 se puede 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 transferenciales<sup>23</sup>:

- a) El analista.
- b) Los compañeros de grupo
- c) El grupo como un todo
- d) 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.

<sup>22</sup> Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Bs, Aires: Paidós; 2001

<sup>23</sup> 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>

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.<sup>24</sup>

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-Rivière<sup>25</sup> lo que ocurre es que uno de los integrantes de la familia se encuentra en el lugar del portavoz del 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.

---

<sup>24</sup> *Ibíd.*

<sup>25</sup> 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

El enfoque humanista se integra como la tercera fuerza psicológica junto con el conductismo y el psicoanálisis, dicho enfoque aborda la construcción de la persona, así como la manera de desarrollar a la misma desde su postura individual, sin embargo los psicólogos humanistas reconocen el trabajo que ha realizado el conductismo y el psicoanálisis. Partiendo de esta base se reconocen las experiencias previas en relación al comportamiento, así como lo importante que son las primeras etapas de la persona desde la infancia y todo el procesamiento psicológico a nivel inconsciente, cabe destacar que el humanismo ve a la persona más allá del comportamiento y procesos inconscientes, es por esto que la psicología humanista se ve a sí misma como una corriente holística, ya que es incluyente y abierta a otras teorías y técnicas terapéuticas.

La finalidad de la corriente humanista, es la de construir un enlace terapéutico de manera que exista la colaboración, sensibilizándose con las experiencias y entorno en el que vive la persona, de esta manera podemos decir que el humanismo al estar abierto a integrar recursos se visualiza a sí mismo como integral, ya que también considera las esferas psicológica, biológica, social y espiritual de la persona.

El humanismo es sensible a la reflexión de auto-comprensión de la persona y salud mental, dentro del enfoque humanista se encuentran los siguientes autores: Abraham Maslow<sup>26</sup>, quién desarrollo el enfoque de auto-realización, Carl Rogers<sup>27</sup>, quien implantó la terapia centrada en la persona y Fritz Perls<sup>28</sup> quién instauró la terapia Gestalt, la cual ve a la persona en su totalidad de acuerdo a las experiencias que ha vivido, la terapia Humanista considera los siguientes puntos básicos:

- Comprensión empática del marco de referencia del/la paciente y la experiencia subjetiva.
- El respeto a los valores culturales de los/las pacientes y la libertad de ejercer una elección.

---

<sup>26</sup> Maslow, A.H. *Motivation and Personality*, 3rd ed. New York: Harper & Row, 1987.

<sup>27</sup> Rogers, C., citado en Pezzano, V. G. 2001.

<sup>28</sup> Perls, F. *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press, 1969.

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

### **¿CÓMO ENTIENDE LA ADICCIÓN EL ENFOQUE HUMANISTA?**

La visión de la Terapia Humanista en cuanto a la adicción profundiza más allá de los trastornos de abuso de sustancias, ya que ayuda en la generación de alternativas para llenar el vacío que la persona está viviendo. El ser empático y la aceptación, además del conocimiento que genera la persona ayuda a la recuperación de la misma, ya que generan nuevas alternativas de solución para la persona desde tomar una decisión con base a información tanto para hacer uso o no de sustancias.

La persona va a desarrollar su autoestima, auto-motivación y auto-crecimiento para que de esta manera se pueda facilitar el tratamiento. La terapia humanista es muy útil en cuanto a la atención de drogas de manera breve, ya que al promover la relación terapéutica la persona desarrolla su propia conciencia, visualiza sus propios recursos internos y de esta manera responsabiliza a la propia persona en cuanto a su proceso de recuperación. De esta forma la persona puede ampliar su visión y puede visualizar una perspectiva a largo plazo para desarrollar su potencial.

El enfoque humanista busca que la persona desarrolle estrategias para hacerle frente al uso de drogas, ya que este es el principal objetivo, sin embargo, también se pueden compartir ciertos mecanismos con otras terapias, para que de esta manera se desarrolle la relación paciente-terapeuta.

Aspectos de la Terapia Humanista como son la empatía, estímulo del afecto, la escucha reflexiva y la aceptación de la experiencia subjetiva de la persona, son básicas en el desarrollo de cualquier tipo de Terapia Breve, ya sea estratégica, psicodinámica o cognitivo conductual. El objetivo de cualquiera de las terapias citadas anteriormente es el de generar una atmosfera agradable y de confianza para que la persona pueda abrirse y generar tanto involucramiento como información necesaria durante el tratamiento.

### **ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFOQUE HUMANISTA**

Los grupos pueden ser de gran utilidad para las personas con abuso de drogas, teniendo las siguientes características:

- Ayudan a reducir la negación, la ambivalencia del proceso y facilitar la aceptación del abuso de drogas.
- Aumentar la motivación por la sobriedad.
- Tratar las condiciones emocionales que a menudo acompañan a la bebida.
- Aumentar la capacidad de reconocer, anticipar y hacer frente a situaciones que puedan precipitar la conducta del beber.
- Cumplir con las intensas necesidades de los dependientes del alcohol, para la aceptación social y apoyo.

Personas que tienen problemas con las drogas por lo regular son más seguras que permanezcan en abstinencia y con el compromiso en su recuperación cuando se integran a la terapia grupal, ya que la fuerza gratificante y de pertenencia al grupo como es la afiliación, confrontación, apoyo, satisfacción e identificación. Entre más sea la calidad y duración del tratamiento, se podrá tener un mejor pronóstico del/la paciente<sup>29</sup>.

El buen funcionamiento de la terapia de grupo en el tratamiento de drogas se debe al mismo origen de la adicción y factores que se asocian como: depresión, ansiedad, aislamiento, negación, vergüenza, deterioro cognitivo temporal y de carácter patológico como (trastornos de la personalidad, déficit estructural o falta de sentido de la identidad). Si una persona tiene

---

<sup>29</sup> Leshner, A.I. Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4):211–215, 1997.

problemas o no con las drogas en general responderá mejor a la terapia grupal ya que por lo general la persona se desenvuelve en un entorno social.<sup>30</sup>.

La psicoterapia de grupo de enfoque humanista permite a los pacientes recrear su pasado en el aquí y ahora del grupo y reestructurar los problemas que han tenido a lo largo de la vida y que los han llevado al consumo de sustancias adictivas.

El primer mes es especialmente crítico, ya que en las primeras sesiones los pacientes están muy vulnerables a recaer y abandonar el tratamiento.<sup>31</sup>.

### **Etapas Iniciales**

Los nuevos integrantes del grupo se presentan en la primera sesión y el Terapeuta inicia formulándoles la pregunta: ¿Cuéntanos lo que te condujo hasta aquí?

- Los pacientes reflexionan sobre si tienen la capacidad de elegir acciones efectivas o si se sitúan en una postura de víctimas indefensas.
- Se aclaran metas para el grupo.
- El Terapeuta busca establecer un ambiente seguro, cálido, ambiente de apoyo, puede haber una necesidad de establecer normas para aumentar la seguridad.
- El Terapeuta ayuda a los miembros del grupo a que establezcan conexiones entre sí, señalando preocupaciones y problemas.
- La línea de tiempo recomendada para el grupo no debe de exceder más de dos sesiones por semana (Excepto en los Centros Residenciales), con tan solo 6 sesiones en total.

En la fase Inicial el/la terapeuta encargado/a de guiar al grupo, busca que los pacientes reconozcan y comprendan la manera en cómo las drogas han controlado y dañado sus vidas. Cómo pueden retirar o hacer a un lado las sustancias que han fungido como un apoyo y el vivir sin estas.<sup>32 33</sup>.

---

<sup>30</sup> Kanas, N., and Barr, M.A. Homogeneous group therapy for acutely psychotic schizophrenic inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 34(3):257–259, 1983.

<sup>31</sup> Margolis, R.D., and Zweben, J.E. *Treating Patients with Alcohol and Other Drug Problems: An Integrated Approach*. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.

<sup>32</sup> Brown, S. *Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery*. New York: John Wiley and Sons, 1985.

El grupo necesita tiempo para definir su identidad, desarrollar cohesión y se genere un entorno seguro en el que haya suficiente confianza para que los pacientes se reflejen a sí mismos.

### **Etapa Media**

En la etapa media, el/la responsable del grupo es vital, ya que el objetivo es conducir a los pacientes a un camino de recuperación y adherencia al tratamiento. Es por esto que los pacientes necesitan aprender a controlar sus sentimientos y pensamientos, contactando consigo mismos para poder escucharse internamente y de esta forma evitar las recaídas. Los pacientes pueden tener recuerdos de malos momentos que vivieron en su vida anteriormente, mientras que la visión y dirección que ha generado el grupo en esta etapa, en cuanto a una mejor calidad de vida es una fuerte motivación y esperanza del cambio en sus vidas.

El/la terapeuta puede ayudar a que se dé el proceso de cambio hacia el mejoramiento positivo, haciendo énfasis en los logros que van teniendo los pacientes y de esta manera generar una mejor conexión y satisfacción, así como el que los/las pacientes se motiven cuando alcancen algún objetivo planteado, pero es importante que los objetivos sean alcanzables y de acuerdo al proceso que esté viviendo el/la paciente.

### **Etapa Final**

En esta etapa los/las pacientes han generado adherencia al grupo y al tratamiento y están constantemente trabajando en ellos mismos, ya que en esta etapa aprenden a anticipar y desarrollar factores de protección para detectar y hacerle frente a situaciones que en el pasado los hacían caer en el consumo de drogas.

Se pueden dar casos que aún con la prevención de recaídas, los/las pacientes que han llegado a la última etapa del tratamiento, recaen en el uso de sustancias, sin embargo no

---

<sup>33</sup> Straussner, S.L.A. Group treatment with substance abusing clients: Model of treatment during the early phases of outpatient group therapy. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 7(1/2):67-80, 1997.

todos los esfuerzos fueron en vano, ya que ahora cuentan con nueva información sobre ellos mismos y factores que les pueden ayudar a prevenir el consumo de drogas.

Finalmente es importante que los objetivos que se planten los/las pacientes sean alcanzables para prevenir el no conseguirlos y refuercen las estrategias a seguir para que sigan recuperándose y finalmente logren los objetivos planteados y tengan éxito en su tratamiento.

## ENFOQUE SISTÉMICO

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina. En un sentido amplio, la teoría general de los sistemas se presenta como una forma científica y sistemática de aproximación y representación de la realidad, orientada hacia el trabajo interdisciplinario. Este enfoque se fundamenta epistemológicamente en la Teoría General de Sistemas y en la cibernética.

En 1936, Bertalanffy menciona que la teoría de los sistemas debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Siendo esta teoría un conjunto de principios relativos al funcionamiento y estructura de órganos y entidades complejas como reglas de interacción, ordenamientos y procesos reguladores<sup>34</sup>.

La teoría general de los sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde se concibe el todo como algo que trasciende a la suma de las partes, destacando la importancia de la interdependencia entre cada integrante o miembro del sistema, es decir que los fenómenos y elementos se abordan como parte de un todo e interactúan de forma integral, lo cual genera nuevas cualidades con características diferentes y en donde los resultados son superiores al de los elementos que lo conformaron originalmente.

Desde esta teoría un sistema se define como un conjunto de elementos (subsistemas) en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de uno que forma parte de él. Siendo un sistema cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su medio ambiente y sistema abierto si intercambia materia, energía y/o información, por lo tanto es modificado por ello y a su vez modifica el entorno.

A continuación se presentan algunos postulados que retoman las y los terapeutas sistémicos al momento de realizar psicoterapia:<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. España: Ed. Club Universitario; 2006.

<sup>35</sup> *Ibíd.*

Totalidad no es la suma de las partes: Las pautas de interacción y funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos que los constituyen.

Circularidad o retroalimentación: indica que las pautas de causalidad son circulares en el sentido que "B" refuerza retroactivamente la manifestación de "A", es decir, todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos.

Equifinalidad: significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, lo importante aquí es la naturaleza de la organización. Sin embargo, diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas".

Isomorfismo: se refiere a la proyección de dos estructuras complejas pueden proyectar una sobre otra de tal forma que cada parte de una estructura o familia, existe una parte equivalente en la otra familia o estructura.<sup>36</sup>

**El estudio de la Cibernética** se puede apreciar en dos momentos diferentes: primera y segunda cibernética, en la primera se enfoca en la homeostasis de un sistema, asumiendo que un sistema puede ser operado desde fuera, porque comprende a sus elementos como una realidad independiente del observador, por lo tanto, con la capacidad de ser manipulados por éste y la segunda, integra al observador en todo acto de lo observado, es decir se realiza la reflexión sobre el propio acto de observar.<sup>37</sup>

Algunos conceptos que los/as terapeutas familiares retoman de esta teoría son:

- Feedback: En un sistema, las acciones de cada uno de los miembros se convierte en información para los demás, de manera que promueven determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).
- Homeostasis: Se refiere al mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo.
- Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo. Ejemplo: los miembros de la familia apoyan que uno de

<sup>36</sup> Fernández, CC. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.

<sup>37</sup> Cibanal, L. (2006) Introducción a la sistémica y terapia familiar. Ed. Club Universitario. España.

los hijos vaya a estudiar a otro país, acción que fomenta mayor independencia en la familia.

El proceso de conformación de la terapia sistémica ha sido de manera gradual; construyendo un trabajo arduo al retomar y conectar diversas disciplinas que dieran cuenta de los sistemas familiares, sociales y sistemas humanos, cuyo principal propósito es crear técnicas para la provocación de cambios en los sistemas reguladores disfuncionales.

Tanto la teoría de los sistemas como la cibernética proporcionan conceptos que aportan y alimentan la creación de diversos enfoques y escuelas que integran a la terapia familiar sistémica (*la Escuela Interaccional del Mental Research Institute (MRI), la Escuela Estructural, la Escuela de Milán, la Escuela Estructural Estratégica, Modelo Terapia Centrada en Soluciones, Enfoque Narrativo, Enfoque Colaborativo, Enfoque Reflexivo*)<sup>38</sup>.

El enfoque sistémico socioconstruccionista o posmoderno, cuenta con una diversidad de escuelas que son parte de la terapia familiar, la cual pone un gran énfasis en la deconstrucción y el papel de la narración, el texto y la reflexión en el discurso clínico<sup>39</sup>.

El enfoque posmoderno<sup>40</sup>: Tiene una formación interdisciplinaria.

- ✓ Considera que la experiencia de la realidad o el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas.
- ✓ Se piensa en el cliente como parte de un contexto cultural, social de sus interacciones con otras personas o en el de los sistemas conversacionales en los que participa.
- ✓ Ve el lenguaje como eje central de la terapia.
- ✓ Asume la terapia como colaboraciones e intercambios y discusión (*entre el terapeuta y el/la cliente*).
- ✓ Reconoce múltiples perspectivas, voces o realidades humanas.
- ✓ Cuestiona los discursos universalizadores.

<sup>38</sup> Pereyra HC. Terapia Familiar: Manual de apoyo al terapeuta. México: Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección de Tratamiento y rehabilitación, Subdirección de Consulta Externa; 2011.

<sup>39</sup> Arango C., Ana M., Miguel F. (2009) Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico.

<sup>40</sup> Tarragona, SM, Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones (México). Psicología Conductual. 2006; 14 (3): 511 -532.

- ✓ Pide al cliente defina el objetivo de la sesión.
- ✓ Busca ser transparente o ser público (*respecto a los sesgos como terapeuta*).
- ✓ Pone énfasis en lo que si funciona.
- ✓ Toma decisiones que ayuden a acerca al cliente a lograr lo que quiere en su vida.
- ✓ Flexibilidad en la duración de la terapia.

Desde el abordaje sistémico en la terapia individual y grupal del tratamiento en adicciones es recomendable intervenir desde los siguientes enfoques:

1. Enfoque Narrativo
2. Enfoque Colaborativo
3. Enfoque Reflexivo
4. Terapia Centrada en Soluciones

El **Enfoque Narrativo** tiene como principales representantes a White y Epston, Russell y Van den Broek (1992), Gonsalves (1994) y Guidano (1995), quienes han colaborado en la formulación de los siguientes postulados para este enfoque:<sup>41</sup>

- Indagar la concepción del síntoma.
- Emplear los procesos de deconstrucción en los que las personas pueden identificar cómo el contexto social, influye y moldea creencias.
- El pensamiento narrativo se centra en las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y en las intenciones.

En el **Enfoque Colaborativo**, los principales autores son: Harold Goolishian y Harlene Anderson (1988) y cuyos principales postulados son:

- Los sistemas humanos son sistemas de lenguaje generadores de significados.
- Existe una pensamiento socio construccionista e incluyendo a la visión interaccional.
- Se considera que cualquier problema psicológico se encuentra inmerso dentro de un contexto, como parte de pautas de interacción
- Este enfoque pone atención al modo en que el conocimiento influencia en las relaciones interpersonales y estas a su vez en la construcción del conocimiento.

---

<sup>41</sup> Pereyra HC. Terapia Familiar: Manual de apoyo al terapeuta. México: Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección de Tratamiento y rehabilitación, Subdirección de Consulta Externa; 2011.

El **Enfoque Reflexivo**, tiene como principal representante a Tom Andersen (1991) y como postulados propios de este enfoque los siguientes:

- Se maneja bajo el referente sistémico, prestando atención a los procesos de interacción humana.
- Su complemento estratégico se apoya en el constructivismo, el cual se plasma en las intervenciones psicoterapéuticas.
- Se tiene un gran respeto hacia los comentarios que emite el sistema.

La **Terapia Centrada en Soluciones**, se encuentra representada por Milton Erickson (1990), Steve de Shazer, O'Hanlon, Isoo Berg.<sup>42</sup>

- Toma del constructivismo que no hay una realidad única.
- El/la cliente establece los objetivos que se deberán alcanzar en la terapia.
- Se necesita un pequeño cambio para generar un detonador o bola de nieve que provoque otros cambios en el sistema.
- El cambio se puede generar sin conocer el origen del problema.

### ¿CÓMO ENTIENDE LA ADICCIÓN EL ENFOQUE SISTÉMICO?

**Stanton (1990)** considera que la adicción a drogas es parte de un proceso cíclico dentro del sistema familiar que involucra a tres o más personas, comúnmente al consumidor de drogas y sus dos padres de origen o sustitutos. Juntos forman un sistema íntimo. Este sistema pierde equilibrio cuando por algún motivo los padres se disgustan o entran en desacuerdos con amenaza de separación, cuando esto ocurre, el consumidor/a de drogas crea una situación dramática atrayendo la atención de los padres hacia él/ella, con la finalidad de que los desacuerdos y la amenaza de separación pase a un segundo plano y en donde ambos padres o tutores se unan para resolver las consecuencias del abuso o dependencia de sustancias del hijo/a (apego parental).<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Sánchez. D. y Gutiérrez. Terapia Familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno; 2000.

<sup>43</sup> Stanton, Duncan et al. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa: Barcelona; 1990.

Desde este punto de vista, la conducta de la persona consumidora de drogas cumple una importante función *protectora* y contribuye a conservar el *equilibrio homeostático* del sistema familiar. Por un lado el consumidor/a de drogas vive grandes presiones para mantenerse fuertemente ligada a la familia (concibiéndose como el salvador de la misma) y por otro lado el contexto social (sociocultural y biológico) le exige establecer relaciones íntimas externas. Es por ello que la adicción es una muy particular y *paradójica solución* para el dilema de la persona consumidora de drogas, de conservar o disolver la interacción tríadica. Dicha interacción tríadica se disuelve y restablece una y otra vez en el cual el/la adicta participa de forma activa en este *patrón homeostático* (equilibrio) de ida y vuelta entre sus pares y su hogar.

Así mismo las relaciones que establece el/la persona consumidora refuerza la dependencia respecto de la familia. Es decir las relaciones externas que establece se pueden considerar conductas *seudoindependiente* y *seudocompetente* por parte de la/el consumidor. Paradójicamente cuanto mayor sea su vínculo con el grupo de pares, mayor es su adicción o indefensión, la cual se redefine como agente generador de dependencia dentro de la familia (como si fuera una enfermedad, en donde la droga es la culpable y no permite ver la responsabilidad de la persona que la consume) y por lo tanto es aceptada.

Es decir cuando el problema de adicción del hijo/a se comprende simbólicamente en la familia como una comprobación de su incompetencia, lo cual justifica su incapacidad de abandonar a la familia y por lo tanto ésta familia se libera de la responsabilidad de promover la independencia de su hijo/a.

**Luigi Cancrini** (1994) explica la adicción en cuatro escenarios distintos y propios de la estructura familiar: 1) Toxicomanías Traumáticas, 2) Toxicomanías de Neurosis actual, 3) Toxicomanías de Transición y 4) Toxicomanías Sociopáticas.<sup>44</sup>

La Toxicomanía Traumática: explica como la adicción se puede generar cuando la persona tiene dificultad de verbalizar una experiencia traumática vivida o de su problema dentro de una relación percibida como confiable y segura, por ejemplo una persona que pasa por un

---

<sup>44</sup> Fernández, CC. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.

momento de dolor, duelo u otros caso similar y establece una nueva red relaciones con personas consumidoras.

La Toxicomanía de Neurosis actual: se genera dentro de una familia con: a) Fuerte implicación de uno de los padres b) el papel periférico del otro padre, c) el padre protege y cubre los problemas y las consecuencias de los problemas del comportamiento del hijo/a, d) el límite difuso intergeneracional, e) establecimiento de una polaridad en la figura del/la hija consumidor de sustancias como “malo” en relaciona al hijo “bueno”, f) la comunicación se establece por mensajes contradictorios por la rapidez y la violencia del desarrollo de los conflictos.

La Toxicomanía de Transición: se presenta cuando la familia del consumidor establece una comunicación con mensajes paradójicos e incongruentes y evita definir las relaciones interpersonales e ignoran los mensajes de los otros miembros del sistema. Hay pacientes que alternan su disposición psíquica entre fases maniacas y depresivas y otros que buscan satisfacer la necesidad de aturdirse de modo crónico.

La Toxicomanía Sociopática: se presenta cuando los/as pacientes forman parte de familia con desorganización caótica y cuyas características se encuentran.- a) comportamientos antisociales anteriores del consumo de drogas que viven en desventaja social y cultural, b) rápida adaptación y asimilación de la adicción en su estilo de vida, c) persona que se comporta con frialdad y como una persona incapaz de amar y aceptar amor, con una precepción hostil y frío, d) desapego de su hábito y búsqueda de la anestesia que ofrece el uso de drogas, carecen de relaciones sociales y familiares.

#### **ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN A DROGAS DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO**

Generalmente una sesión de terapia grupal bajo este enfoque se compone de:

La bienvenida – encuadre, la intervención y el cierre, una sesión dura entre 60 y 90 minutos, cuya temporalidad del tratamiento es a criterio clínico.

En ocasiones los terapeutas, pueden realizar sesiones grupales sin perder de vista, el sistema familiar como una visión integral en su conjunto.

#### Desarrollo de la sesión:

1. En un grupo de pacientes consumidores/as de drogas, se colocan en círculo o semicírculo de tal forma que se puedan ver todos/as.
2. Se establecen las reglas de la sesión o se leen las reglas ya establecidas por el mismo grupo.
3. Al inicio de la sesión, el/la terapeuta pregunta cómo se sienten, los y las pacientes expresan su sentir y son escuchados/as con atención.
4. El o la terapeuta inicia el trabajo con el grupo de acuerdo a su perfil y enfoque de preferencia.
5. Al finalizar la sesión, como cierre el o la terapeuta pregunta cómo se sienten y que se llevan de la sesión.
6. El o la terapeuta realiza una devolución o resumen de lo más relevante en la terapia.

A continuación se despliegan tres enfoques o terapias con algunas etapas o pasos para su intervención:

#### **Terapia Colaborativa**

El/la terapeuta colaborativo:

- ✓ Y sus clientes se convierten en socios o compañeros conversacionales, colaboran y construyen procesos terapéuticos.
- ✓ Se interesa por el conocimiento que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación.
- ✓ Considera que el cliente es el experto sobre su propia vida.
- ✓ Trabaja desde una postura del “no saber”.
- ✓ Se maneja en la incertidumbre de no saber a dónde le va a llevar la conversación.
- ✓ Mantiene pública su propia conversación interna.

- ✓ Enfatiza que todos somos parte de una infinidad de sistemas conversaciones y que la terapia es uno de ellos.

### **Terapia Narrativa**

El/la terapeuta Narrativo:

- ✓ Establece conversaciones exteriorizadas
- ✓ Explora los efectos del problema
- ✓ Deconstruye o pone el problema en contexto
- ✓ Trabaja en descubrir acontecimientos excepcionales
- ✓ Fortalece la nueva historia alternativa para que adquiera mayor significancia.
- ✓ Subrayar como la identidad se construye en el contexto de estas relaciones entrelazadas.
- ✓ Uso de documentos en la terapia.
- ✓ Trabajo con una variante de Equipos Reflexivos

### **Terapia Centrada en Soluciones**

El/la terapeuta Centrado en Soluciones:

- ✓ Énfasis en las soluciones y las excepciones
- ✓ Establecimientos de metas
- ✓ La pregunta del milagro
- ✓ El uso de escalas
- ✓ Retroalimentación

## 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.<sup>45-46-47</sup>

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. Esto no significa que no se consideren las cuestiones del pasado sobre todo en la historia clínica médica o psicológica.
- 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.

<sup>45</sup> Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. Am J Psychiatry; 2005;162:1452-1460.

<sup>46</sup> Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). Rethinking substance abuse. New York: The Guilford Press; 2006.

<sup>47</sup> Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. A guide to treatments that 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.*<sup>48</sup>

## **¿CÓMO ENTIENDE LA ADICCIÓN EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL?**

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.<sup>49</sup> 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.<sup>50</sup>

### **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

<sup>48</sup> Stallard P. Pensar bien, sentirse bien. Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer; 2007.

<sup>49</sup> 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](http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf)

<sup>50</sup> Littel M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. BMC Neuroscience. 2012;13(8):1-13.

como refuerzo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de incrementar la 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.<sup>51</sup>

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.<sup>52-53</sup>

### **Teoría del aprendizaje social (TAS) de Bandura**

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.<sup>54</sup>

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

---

<sup>51</sup> 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](http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf)

<sup>52</sup> West R, Brown J. Theory of addiction. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> 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.<sup>55</sup>

### **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.<sup>56</sup>

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.<sup>57</sup> Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. De acuerdo a Beck<sup>58</sup> 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.<sup>59</sup>

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 que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la

<sup>55</sup> 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.

<sup>56</sup> Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.

<sup>57</sup> Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.

<sup>58</sup> Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.

<sup>59</sup> 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.

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.<sup>60</sup>

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.<sup>61</sup>

#### **ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

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.

---

<sup>60</sup> Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.

<sup>61</sup> 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.<sup>62</sup>

### **Consideraciones para la terapia de grupo cognitivo conductual**

Antes de que el/la paciente ingrese al grupo se realiza la evaluación clínica y diagnóstico de cada caso. En esta fase se incluye los instrumentos necesarios para identificar los niveles de dependencia, las situaciones que los llevan al consumo y se indaga sobre el nivel de autoeficacia para hacer frente al consumo.

Una vez que se ha finalizado la fase de Evaluación Clínica y Diagnóstico se integra toda la información recabada en el Plan de Tratamiento individualizado y después de la sesión de retroalimentación donde se le informa de su incorporación a la terapia de grupo permitiendo que la persona externé si está de acuerdo o no con este plan, donde el/la terapeuta externa el porqué de esta decisión. Entre los criterios de exclusión se encuentran:

- Hombres y mujeres que presenten un trastorno de personalidad antisocial.
- Un cuadro psicótico.
- Que presenten intentos suicidas.

Los grupos son abiertos, homogéneos o heterogéneos, y para que se pueda considerar que es un grupo el mínimo de integrantes es 3 y para un adecuado manejo la evidencia sugiere como un máximo 10 integrantes.

---

<sup>62</sup> 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.

En cuanto a la duración de las sesiones se sugieren 90 minutos. No hay un número determinado de sesiones dado que están en función de las necesidades detectadas en el plan de tratamiento individualizado.

### **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.
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.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Brook WD, Spitz IH editors. The group therapy of substance abuse. New York: The Haworth Medical Press; 2002.

## 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”*<sup>64</sup>.

El proceso de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, se apega 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 apega 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 grupales<sup>65</sup>:

- 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 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 mostraran 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),

<sup>64</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. New York. Naciones Unidas. 2003.

<sup>65</sup> 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 cíclicos<sup>66</sup>. 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 terminación<sup>67 68</sup>.

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.

<sup>66</sup> Ibid. pag. 1

<sup>67</sup> Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. España. Desclée De Brouwer; 1995

<sup>68</sup> Bernard H, et al. Clinical Practice Guide Lines for Group Psychotherapy. Int Journal of Group Psychotherapy 2008; 58 (4).

## 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 problemas<sup>69</sup>.

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

---

<sup>69</sup> Ibid.

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 proceso<sup>70</sup>.

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.

---

<sup>70</sup> Sanchez-Escobedo, P. Psicología Clínica. El Manual Moderno. México. 2008

## REFERENCIAS

1. Scheidlinger. S., Historia de la terapia de grupo. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.
2. Kutash, I. L., Wolf. A. Psicoanálisis en grupos. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.
3. Rutan. J. S., Terapia Psicoanalítica de grupo. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.
4. Henao. O. M. C., Del surgimiento de la psicología humanista a la psicología humanista-existencial de hoy. Rev. Colombiana de Ciencias Sociales. Vol. 1 (4). Colombia. 2013.
5. Slipp. S. Terapia familiar y terapia familiar múltiple. En Kaplan. H., Sadock. B. Terapia de grupo. 3ed. Panamericana. Madrid. 1998.
6. Serebrinsky. H. Psicoterapia de grupo. Rev. Ajayu. Vol. 10 (1). 2012. Disponible en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v10n2/v10n2a01.pdf>.
7. 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>
8. 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](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf)
9. 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>
10. Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007
11. 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.
12. Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
13. Frankel, R., Quill. T., McDaniel. S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester, NY, 2003.
14. Coombs, R. y Howatt, W.. The Addicción counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005.
15. VALLS LLOBET, Carme. Mujeres invisibles para la medicina, Barcelona, Debolsillo, 2006

16. 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.
17. Assoun P. L. La Metapsicología. Bs. Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores; 2002
18. Estaude S. y Couso O. La adicciones: el fracaso del síntoma. [Consultado el 11 de junio de 2014] Disponible en: [www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id\\_articulo=409](http://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=409)
19. 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-psicoanalisis-y.html>
20. 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: <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>
21. <http://www.campogrupal.com/Psicoanalisisgrupal.pdf>
22. Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Bs, Aires: Paidós; 2001
23. 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
24. Maslow, A.H. Motivation and Personality, 3rd ed. New York: Harper & Row, 1987
25. Rogers, C., citado en Penzano, V, G. 2001. Rogers su pensamiento profesional y su filosofía personal. Psicología del Caribe. (007).60-69 p.p.
26. Perls, F. Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette, CA: Real People Press, 1969.
27. Leshner, A.I. Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors 11(4):211–215, 1997.
28. Kanas, N., and Barr, M.A. Homogeneous group therapy for acutely psychotic schizophrenic inpatients. Hospital and Community Psychiatry 34(3):257–259, 1983.
29. Margolis, R.D., and Zweiben, J.E. Treating Patients with Alcohol and Other Drug Problems: An Integrated Approach. Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
30. Association, 1998.
31. Brown, S. Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery. New York: John Wiley and Sons, 1985.
32. Straussner, S.L.A. Group treatment with substance abusing clients: Model of treatment

33. during the early phases of outpatient group therapy. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 7(1/2):67–80, 1997.
34. Cibanal, L. *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España: Ed. Club Universitario; 2006.
35. Fernández, CC. *Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.
36. Pereyra HC. *Terapia Familiar: Manual de apoyo al terapeuta*. México: Centros de Integración Juvenil A.C. Dirección de Tratamiento y rehabilitación, Subdirección de Consulta Externa; 2011.
37. Arango C., Ana M., Miguel F. (2009) *Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico*
38. Sánchez. D. y Gutiérrez. *Terapia Familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno; 2000.
39. Stanton, Duncan et al. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa: Barcelona; 1990.
40. Tarragona, S. (2006) *Las Terapias Posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones*. *Psicología conductual* 14, 512 – 532.
41. Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. *Am J Psychiatry*; 2005;162:1452-1460.
42. Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). *Rethinking substance abuse*. New York: The Guilford Press; 2006.
43. Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. *A guide to treatments that work*. New York, NY:Oxford University Press; 2007.P. 179.
44. Stallard P. *Pensar bien, sentirse bien. Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée de Brouwer; 2007.
45. Acuña GG. *Comprendiendo las adicciones: teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas*. [Consultado 6 de mayo 2014]; Disponible en:
  - a. [http://www.schilesaludmental.cl/2009\\_enero\\_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr\\_Acuna2.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf)
46. Littel M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. *BMC Neuroscience*. 2012;13(8):1-13.
47. West R, Brown J. *Theory of addiction*. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.

48. 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.
49. Graña GJL. Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994.
50. 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.
51. Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.
52. Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.
53. Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.
54. 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.
55. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.
56. 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.
57. 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.
58. Brook WD, Spitz IH editors. The group therapy of substance abuse. New York: The Haworth Medical Press; 2002.
59. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. New York. Naciones Unidas. 2003.

60. Bernard H, et al. Clinical Practice Guide Lines for Group Psychotherapy. Int Journal of Group Psychotherapy 2008; 58 (4).
61. Corey G. Teoría y práctica de la terapia grupal. España. Desclée De Brouwer; 1995.
62. Sánchez E. P., Psicología Clínica. México. El Manual Moderno. 2008.