



GUÍA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA TERAPIA INDIVIDUAL

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

Revisión:

Mtra. Laura Soubran Ortega
Subdirectora de Consulta Externa

Mtro. Otto Berdiel Rodríguez
Jefe del Departamento de Consulta Externa

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	4
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
 CAP 1. MARCO REFERENCIAL	 10
• EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL.	10
• LOS FUNDAMENTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES	13
• LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADICCIONES DESDE EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL	17
 CAP 2. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	 20
 CAP 3. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN	 25
• ENFOQUE PSICOANALÍTICO	25
• ENFOQUE SISTÉMICO	30
• ENFOQUE HUMANISTA	38
• ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	43
 CAP 4. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN	 50
• FASE 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO	52
• FASE 2: INTERVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS ASOCIADOS	52
• FASE 3: CIERRE DEL PROCESO TERAPÉUTICO	53
 REFERENCIAS	 54

PRESENTACIÓN

El servicio de Terapia Individual es una de las muchas estrategias con las que se cuenta en Centros de Integración Juvenil A. C. para brindar atención integral y multidisciplinaria a los pacientes que solicita ayuda a la institución.

Este servicio conjuga diferentes líneas teóricas de atención para dar respuesta desde la esfera psicológica a un fenómeno complejo como lo es el del consumo de drogas. Si bien el servicio ha variado a lo largo de la historia de CIJ, la evolución y dinámica que el mismo fenómeno presenta nos invita a estar siempre en la búsqueda de ofrecer respuestas que coadyuven a la recuperación de las personas.

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

La guía se encuentra organizada en cuatro capítulos. En el primero de ellos se delinearán 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 de la Terapia Individual.

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 se lleva a cabo el tratamiento individual desde ese enfoque en particular.

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 planee la intervención.

ANTECEDENTES

La psicoterapia tiene sus raíces en los diferentes tipos de saberes procedentes de la medicina, la filosofía y la religión desarrollados en la cultura occidental, mismos que parten de la idea de que el ser humano al verse enfrentado a vivir consigo mismo y con los demás, y al no poder lograr una sana convivencia o equilibrio realiza conductas anormales o desviadas socialmente¹ Ruiz, J.J., Cano, J.J., 1998.

Laplanche y Pontalis:² “Psicoterapia es, en sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación terapeuta-paciente...”).

Wolberg LR:³ “Psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbados y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo”.

Garrido⁴, realiza una definición integradora del término psicoterapia a partir de 39 definiciones. La definición sería la siguiente: “Psicoterapia es un conjunto de técnicas basadas en principios científicos del funcionamiento psicosocial que son aplicados a través de la relación y alianza que se crea entre un clínico profesional experto y/o equipo y un cliente individual, una pareja, una familia o grupo, con el fin de ayudar éstos últimos a realizar un cambio en sus ideas, sentimientos y conductas disfuncionales que provocan sufrimiento y malestar, para conseguir una mejor integración personal y adaptación al entorno. La relación se da en un contexto específicamente profesional y requiere como condiciones un marco estable, horario y condiciones contractuales. La duración de la misma puede ser breve, media o prolongada en función de la naturaleza de los problemas presentados y de los

¹ Ruiz, J.J., Cano, J.J., (1998). Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. España

² Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.

³ Wolberg LR. The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1977.

⁴ Garrido, M. (1994) Psicoterapia: concepto, fundamentos y tendencias actuales. En Garrido, M y García J.

objetivos de ambas partes. Las personas de diferentes edades pueden beneficiarse de la psicoterapia siempre que se adapten las técnicas a su específica situación vital” Garrido⁵.

HISTORIA

- En Grecia, surgieron los orígenes de la psicoterapia actual, derivados de la tradición filosófica y médica, así mismo, se produjo una transición desde el animismo hasta la mentalidad racional.
- Aristóteles habla de los distintos usos de la palabra que se usaban para fines curativos.
- Platón habla de cómo el discurso bello facilita a los procesos químicos produciendo un estado de armonía en todas las partes del alma.
- Galeno (128-200), dividió las causas de las enfermedades en orgánicas y mentales, estas últimas incluyen lesiones de la cabeza, excesos de alcohol, temores, cambios en la adolescencia y en la menstruación y adversidades económicas o amorosas. Ante estos trastornos proponía la guía de un tutor o pedagogo que aconsejaba como llevar una vida tranquila.
- Jaláís Vives (1492-1540) resalta el papel de la expresión de las emociones y sentimientos de los marginados.
- El médico vienés Mesmer (1758-1826), da un gran impulso a lo que actualmente se conoce como psicoterapia, su método básicamente consistía en la colocación de imanes cerca del paciente, la ingesta de un fluido de hierro y pases de mano de imanes por determinadas zonas corporales.
- Jabrid (1795-1860), médico británico, retomó las practicas magnetistas, pero las reformuló como producto de un estado neurofisiológico, como un estado de "sueño nervioso" y para explicar estos fenómenos acuñó el término "hipnosis".
- A principios del siglo XIX en Francia, Liébeault practicaba la hipnosis sugiriendo a sus pacientes que le miraran fijamente a los ojos, les decía que se iban adormeciendo gradualmente, una vez conseguido el estado de somnolencia les indicaban la desaparición de los síntomas.
- Berheim, aprendió el método de la hipnosis y lo explicó como producto de la sugestión, la cual para él era una característica común a las personas y era su "aptitud para transformar una idea en acto".

⁵ Garrido, M. (1994) Psicoterapia: concepto, fundamentos y tendencias actuales.

- Veréis prescindió de la hipnosis y se basó en la sugestión directa del enfermo, llamando a esta práctica psicoterapia.
- Sigmund Freud (1856-1939) en un principio practicaba el método catártico que desarrolló con Breuer (1895), posteriormente fue descubriendo los procesos defensivos del Yo que rechazaban los recuerdos y emociones insoportables y la importancia de la relación terapéutica para vencer y trabajar contra tales resistencias inconscientes, lo que le llevó a abandonar el método catártico y a desarrollar la asociación libre, que consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición. Posteriormente abandono esta presión y la proposición de un tema específico y la asociación libre se realizaba sobre el material que el paciente traía a consulta, indicando el terapeuta solo la regla de la asociación libre. Este método constituyo la base del psicoanálisis.
- A partir de la segunda guerra mundial comienza a reconocerse socialmente el trabajo psicoterapéutico de los psicólogos, y en la conferencia de Boulder (1949, Colorado, EEUU) se define el rol del psicólogo clínico que debe de recibir formación en tres áreas: diagnóstico, investigación y terapia.
- Carl Rogers (1943) crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica (grabación de las sesiones, análisis del proceso y contenido, etc.).
- Los conductistas Eysenck, Skinner y Wolpe desarrollan una nueva concepción de la psicoterapia, la cual propone que los trastornos mentales sin base orgánica son trastornos aprendidos, derivados de las leyes del condicionamiento y por lo tanto susceptibles de ser modificados en base a procedimientos de re aprendizaje.

Algunos objetivos psicoterapéuticos serían por ejemplo, hacer que el sujeto se conozca; que aprenda a convivir con sus dificultades y limitaciones, haciendo posible la modificación de la conducta y de algunas actitudes (Medina⁶,1999); modificar el ambiente en el que el sujeto se ha desarrollado si lo ha llevado a un estado de alteración mental o desadaptación social; o como lo indica el Dr. F. León Gómez⁷ (1970), mejorar la propia capacidad de adaptación del individuo en sus funciones intrapsíquicas y en las relaciones con sus semejantes. Los

⁶ Medina M.E. Psicología como profesión: Enfoques actuales. Universidad de Murcia. 1999.

⁷ León, F. (1970). La naturaleza del proceso psicoterapéutico. Rev. Med. Hondur. Vol.38.

métodos a utilizar van de acuerdo a la valoración que se hace del paciente y a la disciplina a la que se apega el psicoterapeuta.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente las adicciones representan una problemática de salud sumamente seria, sobre todo porque cada vez más personas se ven envueltas en dicho fenómeno social, mismo que tiene un origen multicausal y complejo. Derivado de esto se produce la necesidad en materia de salud, de poder construir modelos de abordaje en el tratamiento de la adicción que resulten ser integrales y de alta eficacia.

Una atención integral implica necesariamente el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, donde diversos profesionales de la salud conjunten sus prácticas y campos de conocimiento con el objetivo primordial de producir mejores formas de atender a quien así lo requiera. Es en este sentido que la labor de los psicoterapeutas se torna esencial en la elaboración y aplicación de los programas de tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones.

Especialmente hablando de la psicoterapia individual, es de suma importancia reconocer su pertinencia en el proceso de tratamiento que una persona inicie para tratar su adicción, la cual como se ha mencionado, involucra una serie de factores psíquicos y emocionales, los cuales es necesario que se atiendan en el marco de una escucha terapéutica que atienda la singularidad de cada paciente, ya que es precisamente en ese contexto único y personal donde se ha gestado el síntoma adictivo.

Es importante mencionar que la terapia individual puede abordarse desde diversos enfoques, eso dependerá de la formación profesional de cada terapeuta, no obstante la tarea en común será poner al alcance de los pacientes, un espacio terapéutico que permita a cada persona poder deconstruir su historia personal, así como aquellos elementos que han influenciado en el desarrollo de su adicción, para que de esta manera pueda resignificarlos y entonces accionar un cambio en pro de su bienestar.

OBJETIVOS

En la presente Guía de Intervención Clínica para Terapia Individual se presentan algunos referentes teóricos para el desarrollo del servicio de la terapia individual. 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 Individual, tendrá los objetivos de:

- Reducir o eliminar el consumo de sustancias psicoactivas.
- Abordar los problemas concomitantes al consumo de sustancias.
- Procurar el bienestar subjetivo de las personas.
- Facilitar que las personas alcancen un funcionamiento productivo dentro de la familia, el trabajo o escuela y su comunidad.

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL

EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

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 únicamente⁸.

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 Biopsicosocial⁹.

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

⁸ 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>

⁹Vargas, 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

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. Carrió¹⁰ 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 padecimiento¹¹. 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.

¹⁰ 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>

¹¹ 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

Como se puede observar, el Modelo Biopsicosocial¹² 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 intervención¹³.

LOS FUNDAMENTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES

De acuerdo con Lorenzo¹⁴ 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 de una nueva lógica de intervención. Lo que se pretende a partir de los postulados del

¹² Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007.

¹³ Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., Epstein. R.M., (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med.

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

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 Lorenzo¹⁵ 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 coste, grado de pureza, potencia farmacológica y las variables farmacocinéticas: capacidad de absorción de la droga según su vía de administración, rapidez de inicio de sus efectos, características de su biotransformación: capacidad de depósito y redistribución en el tejido graso, de inducción o inhibición enzimática del retículo sarcoplásmico liso metabolizador de fármacos, interacciones farmacológicas, etcétera.

El 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.

¹⁵ 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 sociedad¹⁶.

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/o otras drogas presentan desventajas neuropsicológicas, así como otros trastornos mentales, que los hacen vulnerables a padecer cuadros severos de adicción a diferentes drogas, esto afecta tanto a hombres como a mujeres, pudiendo ocasionar un inicio temprano del consumo.

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

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

¹⁶ Frankel, R., Quill, T., McDaniel, S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester: NY; 2003.

persona)¹⁷. 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 objetivos¹⁸:

¹⁷ Coombs, R. y Howatt, W.. The Addiction counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005

¹⁸ 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.

CAPÍTULO 2: 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.

El enfoque psicoanalítico, Freud afirma 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.

La corriente cognitiva –conductual, para algunos partidarios del cognitivo conductual destacan que es en la infancia donde lo cognicible 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 retoma desde una visión más crítica donde destaca la corriente existencial con Simone De Beauvoir, 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 teóricos¹⁹, 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 en 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

¹⁹ 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 la vida cotidiana, se produce un desplazamiento del interés de estudio hacia lo inconsciente para determinar las leyes y mecanismos de su funcionamiento y entonces poder incidir terapéuticamente

¿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.²⁰

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 la relación con éste, produce un alejamiento del mismo, pudiendo llegar a sustituir la relación con el entorno, por una representación fantasmática que llega a suplir completamente a la realidad cotidiana del sujeto. El bienestar casi completo e

²⁰ 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.

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 proporciona una determinada sustancia.²¹

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 así mismo hasta el grado de poder morir.

Como se observa, 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 INDIVIDUAL DE LA ADICCIÓN

Tomando en cuenta la manera en que la adicción representa para el sujeto una vía para tratar de manejar su malestar psíquico, el tratamiento de la misma resulta una tarea compleja en tanto que además de lo emocionalmente involucrado, el cuerpo se encuentra también comprometido en este comportamiento autodestructivo, es decir la sustancia en cuestión, en muchos casos ha generado ya una dependencia física, misma que por supuesto también hay que tratar.

La adicción se constituye en esta manera en un reto importante a trabajar en el dispositivo analítico, ya que en un proceso terapéutico se tocarán fibras dolorosas para el sujeto, mismas que se han pretendido anestesiar mediante la adicción. Es así que el análisis apuntaría más bien al acompañamiento del sujeto en su propio proceso de búsqueda y diálogo con aquello que lo aqueja, permitiéndose dar cabida y escucha a ese discurso que el consumo había sustituido.

²¹ 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>.

Se trata entonces de producir momentos fecundos, que alternen el acto y la palabra, para develar aquello que sostiene la íntima y personal convicción del drogadicto en su manara de gozar. De este modo, la medida del deseo podría ir sustituyendo a la desmesura del goce. Se irá produciendo así a un sujeto de la demanda de curación, que no pulverice de golpe el ser de un sujeto drogadicto. El objetivo sería que él mismo se pueda reconocer, para que se instale un efecto terapéutico, reconocerlo ante todo en su auténtica subjetividad, lo que va a permitir que acceda a formas más estables de relación.²²

En este sentido Ortega²³ enfatiza que tal y como afirmó Olievenstein: "El rol del terapeuta es aquel que conduce poco a poco al deseo del paciente de construir una identidad diferente de aquella de drogadicto."

Es importante mencionar también el papel que tiene la transferencia en cualquier proceso psicoanalítico, ya que sin éste depósito de afecto, el analista no ocuparía ningún papel en el escenario de la psique del analizante, y por tanto en esta ausencia de vínculo, estaría imposibilitada la cura. Como subraya H. Racker²⁴ la transferencia es en donde se actualizan nuevas ediciones de aquellos antiguos conflictos, que hacen que el sujeto se comporte como lo hizo en el pasado, esto es, se trata de una especie de reproducción de un afecto ya vivido en un objeto del hoy.

Sólo mediante la experiencia transferencial, justo en el momento del tratamiento puedes ser vencidas las resistencias del paciente, de manera que aquello que ha permanecido reprimido pueda hacerse consciente y aceptado, produciendo así un cambio. No obstante es primordial para el proceso de cura que el terapeuta no ceda a las demandas del paciente producidas por el efecto de la transferencia. En su lugar, tratará que el paciente comprenda lo que sucede como repetición en su manera de vincularse, la cual también influye en su relación con la droga.

Otro punto a considerar en el abordaje de esta población es que el tratamiento es visto en general como una legalidad prohibitoria, censuradora, correctora, que lo induce a los buenos comportamientos, y no creen en la intención del terapeuta de investigar en equipo con el

²² 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>

²³ Ibíd.

²⁴ Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Bs, Aires: Paidós; 2001.

paciente el sentido de sus síntomas y conductas.²⁵ Por lo que es a través de la escucha clínica que se puede ir generando el vínculo transferencial, mismo que permita al sujeto iniciar un proceso de análisis respecto a eso que lo tiene atado a la droga, los efectos que ésta ha tenido en su vida y lograr de esta manera que vislumbre la posibilidad de un cambio, en las condiciones que él mismo lo decida, con sus propias expectativas y deseos, encontrando nuevas y mejores formas de estar, de vivir.

²⁵ Treszezamsky J. *El adicto en el tratamiento psicoanalítico*. Proyecto Psi. Psicología y Psicoanálisis. [en línea]. Argentina. 2000.[Consultado el 14 de Mayo de 2014] Disponible en: http://www.proyectopsi.com/profesional/profesion/profes_019.asp

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 reguladores²⁶.

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 psicoterapia²⁷:

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".

²⁶ Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. España: Ed. Club Universitario; 2006.

²⁷ Ibíd.

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 estructura²⁸.

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 observar²⁹.

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 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*)³⁰.

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 clínico³¹.

²⁸ Fernández, CC. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.

²⁹ Cibanal, L. (2006) Introducción a la sistémica y terapia familiar. Ed. Club Universitario. España.

³⁰ 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.

³¹ Arango C., Ana M., Miguel F. (2009) Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico.

El enfoque posmoderno³²: 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.
- ✓ Pide al cliente defina el objetivo de la sesión.
- ✓ Busca ser transparente o ser públicos (*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 enfoque³³:

- Indagar la concepción del síntoma en la familia.
- 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.

³² 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.

³³ 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.

- 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 influye en las relaciones interpersonales y estas a su vez en la construcción del conocimiento.

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, Isao Berg³⁴.

- 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.
- Utilizan la "pregunta del milagro" y la "pregunta de la excepción".

¿CÓMO ENTIENDE LA ADICCIÓN?

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).³⁵

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

³⁴ Sánchez. D. y Gutiérrez. Terapia Familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno; 2000.

³⁵ Stanton, Duncan et al. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa: Barcelona; 1990.

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 Sociopáticas³⁶.

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 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

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

interpersonales e ignoran los mensajes de los otros miembros del sistema. Hay pacientes que alternan su disposición psíquica entre fases maníacas 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.- 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 INDIVIDUAL DE LA ADICCIÓN

Generalmente una sesión de terapia individual y 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 familiares, puede realizar sesiones individuales o grupales sin perder de vista, el sistema familiar como una visión integral en su conjunto.³⁷

A continuación se menciona de manera sumida, las principales intervenciones que realizan los enfoques posmodernos en la terapia^{38 39}:

Desarrollo de la sesión:

1. Frente al cliente consumidores/as de drogas, se colocan frente a frente a una distancia en la que el/la clienta se sienta a gusto.
2. Se realiza un encuadre en donde se mencione duración de la sesión y temporalidad de la terapia.
3. Al inicio de la sesión, el/la terapeuta pregunta cómo que situación lo o la lleva a solicitar terapia.
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 se siente y que se lleva de la sesión.
6. El o la terapeuta realiza una devolución o resumen de lo más relevante trabajado durante la sesión.

³⁷ Fernández, CC. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.

³⁸ Sánchez. D. y Gutiérrez. Terapia Familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno; 2000.

³⁹ 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.

Terapia Narrativa

Intervención del terapeuta narrativo⁴⁰:

- ✓ Puede utilizar el abordaje conocido como externalización del problema, en dicha técnica se separa a la persona del problema, haciendo que se imagine como una cosa o persona, lo cual favorece su objetividad.
- ✓ Es curioso en sus intervenciones y busca identificar *acontecimientos excepcionales*, el *panorama de acción* (los hechos) como el de *conciencia* (interpretación o significado que se le dieron a estos hechos) y el trabajo con equipos de *testigos externos* (*equipo reflexivo*).
- ✓ Usa *documentos terapéuticos* (como cuentos, testimonios y fabulas).
- ✓ Como parte de la red conversacional favorece que se genere una mayor apertura de espacios para la construcción de nuevos significados. Manifestando respeto, ser abierto/a y curioso/a.
- ✓ Ayuda al cliente a construir los objetivos que desea alcanzar.
- ✓ Da validez y contexto al problema.
- ✓ Enfatizará la nueva historia y su relación alternativa, favoreciendo una nueva distribución de roles.
- ✓ Realizará rituales que fortalezcan la nueva historia en la pos- terapia destinada a afirmar la nueva narrativa.

Enfoque Colaborativo

Intervención del terapeuta colaborativo:

- ✓ Mantiene una relación horizontal y la comunicación gira alrededor de una conversación terapéutica a través del lenguaje, cuyas intervenciones cuentan con intención y responsabilidad.
- ✓ Asume que ante cualquier “problema” existe una gran cantidad de discursos diferentes, dependiendo del contexto desde el cual se aborde.

Enfoque Reflexivo

Intervención del terapeuta reflexivo

- ✓ La técnica es llevada a cabo por un grupo de terapeutas que observa, a través de un espejo unidireccional, en una sesión que otro terapeuta está realizando con otros pacientes en una sala diferente a la que se encuentran los primeros.
- ✓ Posteriormente el equipo de terapeutas que observa pasa a la sala donde se encuentra el/la terapeuta con la familia.

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.

- ✓ El propósito es dialogar y retroalimentar en presencia del/la paciente sobre lo observado en la sesión⁴¹.

Terapia Centrada en Soluciones

Intervención del terapeuta centrado en soluciones:

- ✓ Cambia la frecuencia o causa de la queja, el tiempo, la duración, el lugar donde se presenta la queja
- ✓ Se añade al menos un elemento nuevo al patrón de la queja, así como la secuencia del mismo.
- ✓ Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
- ✓ Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravisca.
- ✓ Evoca, recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la solución percibida como problemática.
- ✓ Utiliza la “pregunta del milagro” y la “pregunta de la excepción”.
- ✓ Promueve pequeños cambios para generar mayores cambios dentro del sistema.

⁴¹ Ibid.

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 persona 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 vivencias de la persona en la etapa infantil 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 integral, 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 del/la paciente con el/la terapeuta, 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 incluyente, ya que también integra las esferas psicológica, biológica, y social de la persona.

El Humanismo es sensible a la reflexión de auto-comprensión y salud mental de la persona, y dentro de los autores más importantes se encuentran: Abraham Maslow⁴², quién desarrollo el enfoque de auto-realización, Carl Rogers⁴³, quien implantó la terapia centrada en la persona y Fritz Perls⁴⁴ 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 de la persona y la experiencia subjetiva.
- El respeto a los valores culturales de los pacientes y la libertad de ejercer una elección.
- Exploración de los problemas a través de un enfoque auténtico y de colaboración para ayudar al paciente a desarrollar una visión, constancia y responsabilidad.
- Exploración de las metas y expectativas, incluyendo la articulación de lo que la persona quiere lograr y espera obtener del tratamiento.
- Definir el papel del terapeuta, pero respetando la autodeterminación de la persona.
- Evaluación y mejora de la motivación de la persona.
- Establecimiento de un contrato terapéutico de manera formal o informal.

⁴² Maslow, A.H. *Motivation and Personality*, 3rd ed. New York: Harper & Row, 1987

⁴³ Rogers, C., citado en Pezzano, V, G. 2001.

⁴⁴ Perls, F. *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press, 1969.

En cuanto a la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers⁴⁵, propone que la persona es quien será responsable de su propio cambio, sin embargo visualiza al terapeuta como un facilitador para que la persona pueda darse cuenta de su propia realidad, comprendiendo y aceptando la guía del terapeuta, Carl Rogers propone los siguientes aspectos que debe incluir un terapeuta para ayudar a la persona a un cambio:

1. Consideración positiva incondicional.
2. Una actitud cálida, positiva y acepta que no incluya ninguna evaluación o juicio moral.
3. Empatía precisa, por el que el terapeuta, transmite una comprensión exacta del mundo de la persona a través de la escucha activa.

Según Carson, cree que en la terapia centrada en el cliente la persona puede tener las siguientes características:

- Cada persona tiene un mundo de experiencias en el cual el individuo es el centro.
- La lucha más importante de un individuo es hacia el mejoramiento de sí mismo.
- La persona responde a situaciones en su vida, en cuanto a la forma en que, las percibe de manera consciente desde su auto-concepto y su visión del mundo.
- Las tendencias internas de un individuo son hacia la salud e integridad; en condiciones normales, una persona se comporta de manera racional y constructiva y elige las vías hacia el crecimiento personal y de autorrealización. Carson⁴⁶.

El terapeuta que utiliza la terapia centrada en el cliente, busca que la persona se ubique en su núcleo de auto-realización y reconozca sus fortalezas positivas. (Los recursos que la persona ha utilizado en el pasado para enfrentar situaciones que le hayan resultado problemáticas). Esta terapia busca el no interpretar los conflictos y motivación inconsciente de la persona, si no proyectar lo que siente, bajando la resistencia, a través de la aceptación consciente y transformar actitudes negativas por positivas.

Dentro de La Terapia Centrada en el Cliente de Rogers⁴⁷ se aplican técnicas que ayudan, cuando alguna persona que tiene problemas con las drogas, sea motivada para que acuda a tratamiento.

El humanismo y el existencialismo comparten una misma visión en cuanto a enfocarse y comprender a la persona más que en el síntoma.

Problemas con el abuso en el consumo de drogas reflejan la incapacidad que tiene la persona para darse cuenta de otras maneras de cómo vivir (Schor)⁴⁸. El humanismo maneja

⁴⁵ Rogers, C., citado en Pezzano, V, G. 2001.

⁴⁶ Carson, R.C., and Butcher, J.N. *Abnormal Psychology and Modern Life*, 9th ed. New York: HarperCollins, 1992.

⁴⁷ Rogers, C., citado en Pezzano, V, G. 2001.

⁴⁸ Schor, L.I. "Apperception as a primary process of the psyche: Implications for theory and practice." Ph.D. diss. Auburn University, 1998.

generalmente la aceptación y el crecimiento, mientras que el existencialismo la responsabilidad y libertad.

El terapeuta buscará que la persona se reconozca a sí misma para que, se pueda dar su propio crecimiento y realización personal, ya que los objetivos en los que se basará el terapeuta, son en los procesos conscientes, más que en los procesos inconscientes.

¿CÓMO ENTIENDA LA ADICCIÓN?

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 se generan nuevas alternativas de solución para tomar una decisión con base en información, tanto para hacer uso o no de sustancias.

Las terapias humanistas y existenciales comparten objetivos que van más allá de curar a la persona, en cuanto que sirven para que la persona se dé cuenta del lugar que está ocupando la droga en su vida, y luego entonces poder visualizar donde está la persona y hacia dónde se dirigirá. Es de vital importancia la empatía y la aceptación por parte del terapeuta, ya que de esta forma se creará una atmósfera de confianza y el/la paciente se abrirá mejor y de esta forma tendrá un mejor conocimiento de sí mismo para construir nuevas posibilidades de enfrentar la vida y poder abstenerse de las drogas.

La persona va a desarrollar su autoestima, auto-motivación y auto-crecimiento para que de esta manera se pueda facilitar el tratamiento de la persona. 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, puede visualizar sus propios recursos internos y de esta manera responsabilizarse en cuanto a su proceso de recuperación, para que de esta forma pueda ampliar su propio conocimiento y visualizar una perspectiva a futuro para desarrollar su potencial.

De acuerdo al Enfoque Humanista, se 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 el mejoramiento terapeuta-paciente.

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 INDIVIDUAL DE LA ADICCIÓN

El enfoque Humanista aborda situaciones que conforman los diferentes trastornos por abuso de drogas, como sería la falta de sentido a la vida, miedo a la muerte o al fracaso. La empatía y la aceptación, así como la información que se recaba del paciente forman parte de la recuperación de la persona, generando nuevas alternativas en la existencia de la persona.

Desde los enfoques Humanistas y Existenciales facilitan la relación terapeuta-paciente, ayudan a que el Tratamiento a corto plazo sea efectivo, ya que facilitan la relación terapéutica, aumentar la conciencia de sí mismo, recursos internos y ubicar a la persona como responsable de su propio Tratamiento.

La sesión inicial, es muy importante para poder generar la alianza entre Terapeuta-Paciente, ya que deja sentadas las bases de participación y respeto, sin embargo los diferentes enfoques tienen distintas formas de atender la demanda de la persona.

La sesión inicial debe considerar los siguientes aspectos:

- Empezar a desarrollar alianza
- Hacer hincapié en la libertad de expresión y el potencial del cliente para un cambio significativo.
- Articular las expectativas y objetivos de la terapia (Como los objetivos que se quieren alcanzar).

La alianza puede generarse a partir de la escucha reflexiva por parte del terapeuta, lo que ayudará a establecer los valores que se utilizarán a lo largo de las sesiones como lo son el respeto, la honestidad y la transparencia, la confianza y otros valores que se irán incorporando a través de las sesiones.

El terapeuta con el paciente sientan las bases y el ritmo en el que se llevarán las sesiones terapéuticas, desarrollando una atmosfera agradable.

Las preguntas en cuanto a ¿Que se espera y a Donde se quiere llegar con la terapia?, se pueden desarrollar contestando las siguiente preguntas: “¿Qué podría ser logrado en el tratamiento que le ayudaría a vivir mejor? o Usted ahora se encuentra enfrente a la elección de la forma de participar en su propia recuperación del abuso de drogas”.

Referente al tema del tiempo en relación a una terapia breve en cuanto al abuso de drogas, la fase inicial es muy importante, ya que de no tener éxito en esta fase, el tratamiento podría no tener éxito, o no contar con la misma eficacia que si se tuviera éxito en la fase inicial.

En cuanto a la involucración, atender de forma adecuada al mayor número de pacientes, para que posteriormente se puedan canalizar a terapia de grupo.

También es importante comentar que las bases que se construyen durante la fase inicial continuarán durante todo el proceso terapéutico, el nivel de motivación que el/la paciente

experimenta durante la primera sesión estará marcado por el nivel de motivación que el/la paciente haya desarrollado en la primera sesión del tratamiento, ya que si el/la paciente experimentó una sesión negativa, esto puede generar que el/la paciente ya no regrese a terapia y deje el tratamiento, y en caso contrario una experiencia positiva y motivadora puede ayudar a que se revierta una situación en la que el paciente no estaba convencido de la terapia y finalmente se dé cuenta de la utilidad del tratamiento.

ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

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 Cognitiva⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹.

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 16 a 20 sesiones.
- 4) *Es objetiva y estructurada.* Constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta a las personas a lo largo del proceso de evaluación, formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración de los resultados.
- 5) *Se centra en el aquí y ahora.* Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y dificultades actuales.
- 6) *La Terapia Cognitivo-Conductual se basa en un proceso de autodescubrimiento y experimentación convenientemente guiados.* Se trata de un proceso activo que fomenta el hábito de cuestionar la validez de los pensamientos y creencias.

⁴⁹ Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. Am J Psychiatry; 2005;162:1452-1460.

⁵⁰ Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). Rethinking substance abuse. New York: The Guilford Press; 2006.

⁵¹ Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. A guide to treatments than work. New York, NY:Oxford University Press; 2007. P. 179.

7) *La Terapia Cognitivo-Conductual es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades.* Se trata de un enfoque centrado en la adquisición de habilidades con el objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y actuar⁵².

COMO ENTIENDE LA ADICCIÓN

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

Condicionamiento clásico

El Condicionamiento Clásico consiste en aparear un estímulo neutro con un estímulo incondicionado que produce una respuesta refleja. En este sentido, el condicionamiento clásico señala que las situaciones externas e internas (estado de ánimo, situaciones ambientales, personas del entorno social inmediato, etc.) se tornan para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en desencadenantes condicionados que pueden generar síntomas condicionados de abstinencia. Los cuáles son estímulos discriminatorios para volver a consumir la droga y así contrarrestar estas sensaciones negativas. Es decir, los individuos adquieren conductas por medio de la asociación de estímulos⁵³. 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 droga⁵⁴.

⁵² Stallard P. Pensar bien, sentirse bien. Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer; 2007.

⁵³ 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

⁵⁴ Littell M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. BMC Neuroscience. 2012;13(8):1-13.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante permite explicar la conducta especialmente la de autoadministración de drogas. El principio central de este modelo de aprendizaje es que la conducta de los individuos es regulada por sus consecuencias. En este contexto, se define como refuerzo a toda consecuencia de una conducta que sea capaz de incrementar la 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 futura⁵⁵.

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 sustancias⁵⁶⁻⁵⁷.

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 física⁵⁸.

⁵⁵ 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

⁵⁶ West R, Brown J. Theory of addiction. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Graña GJL. Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994.

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 mantenimiento del alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas⁵⁹.

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 realidad⁶⁰.

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.⁶¹ Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. De acuerdo a Beck⁶² 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 aliviarlas⁶³.

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.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.

⁶¹ Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.

⁶² Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.

⁶³ 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.

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 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, empeorará⁶⁴.

La terapia cognitivo conductual supone que el consumo de drogas 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 personas⁶⁵.

ABORDAJE INDIVIDUAL DE LA ADICCIÓN

La terapia cognitivo conductual es estructurada y con un componente psicoeducativo en comparación con otras modalidades de tratamiento. Donde el/la terapeuta asume una postura más directiva y el/la paciente es más proactivo. Y una gran parte del trabajo que se realiza en la sesión tiene que ver con la revisión de los ejercicios, las dificultades que tiene para hacer frente al consumo de drogas, los estados emocionales y el craving.

Cuando la persona consumidora de drogas llega a tratamiento, debe pasar antes que nada por la fase de evaluación clínica y diagnóstico y la información obtenida durante esta,

⁶⁴ Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia Cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.

⁶⁵ 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.

permite realizar la conceptualización del caso en donde supone un trabajo de colaboración terapeuta-paciente, es un proceso activo, basado en gran medida en preguntas abiertas y altamente estructurado. Durante esta fase una herramienta fundamental es la entrevista motivacional ya que esta permite identificar la etapa de cambio en la que se encuentra el consumidor de drogas y poder emplear las estrategias adecuadas para lograr que la persona avance a otra etapa ya que la no identificación de la motivación con la que llega la persona impactará en la adherencia al tratamiento.

El objetivo de la fase de evaluación es explorar a detalle la conducta de consumo, a través de instrumentos que permitan identificar el nivel de dependencia, el sistema de creencias en torno a la conducta de consumo y la etapa de cambio en la que se encuentra. El tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas considera tanto estrategias cognitivas como conductuales entre las que se encuentran el análisis funcional que ayuda a que el/la paciente identifique los pensamientos, las emociones y las circunstancias antes y después del consumo. Este análisis será de utilidad a lo largo del tratamiento. La evaluación inicial a su vez permite detectar que situaciones o estímulos funcionan como antecedentes y activan al organismo hacia la búsqueda de la sustancia y el consumo propiamente; dichos estímulos pueden corresponder al ambiente interno o externo del individuo y que constituyen situaciones de riesgo, ante las cuales el individuo tiene que aprender otras conductas alternativas orientadas a la abstinencia.

En este sentido, no existe un número específico de sesiones, se recomienda que al menos se trabajen 12 sesiones de las cuales 2 sean de evaluación y el resto de sesiones temáticas nucleares, sin embargo, es importante que el/la terapeuta no se al límite el número de sesiones mencionado ya que el número de sesiones dependerá de las necesidades identificadas durante la fase de evaluación. La duración de las sesiones será de 50 minutos⁶⁶.

⁶⁶ Kouimtsidis C, Reynolds M, Drummond C, Davis P, Tarrier N. Cognitive-Behavioural therapy in the treatment of addiction. A treatment Planner for Clinicians. England: John Wiley & Sons Ltd; 2007.

Estructura de las sesiones

- Todos los y las pacientes deben cubrir los temas identificados durante la evaluación
- El número de las sesiones dedicadas a cada tema pueden variar de acuerdo a las necesidades de el/la paciente.
- El/la paciente debe recibir al menos 12 sesiones de 50 minutos cada una.

Las sesiones se componen de tres partes:

- Primera parte incluye la bienvenida y el encuadre de la sesión, durante esta se realiza la revisión de los acontecimientos acaecidos durante la semana previo a la cita, la revisión de lo trabajado en la sesión anterior y el abordaje de las preocupaciones o problemas actuales y el establecimiento de la agenda de trabajo.
- La segunda parte es considerada como la principal ya que es donde se aborda el tema a trabajar de acuerdo a la agenda de trabajo.
- Y la tercera parte donde se realiza un resumen de la sesión, se indaga el punto de vista de el/la paciente y se establecen las tareas a realizarse hasta la próxima cita.⁶⁷

⁶⁷ Ibid.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA INDIVIDUAL

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 posible⁶⁸”.

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

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

Considerando las diferencias que se puedan observar tanto en los marcos conceptuales, como en las metodologías de intervención, se han identificado algunos puntos de encuentro en los que la mayoría de las orientaciones psicoterapéuticas tienden a coincidir a la hora de llevar a cabo el proceso de intervención. Por ejemplo:

- La mayoría de las orientaciones psicoterapéuticas consideran que el proceso terapéutico debe ser considerado, desde su inicio, como un proceso de colaboración entre la persona y el terapeuta.
- El proceso de tratamiento involucra la intervención de un profesional entrenado quien lleva a cabo una serie de actuaciones, según una metodología determinada, haciendo uso de recursos y las herramientas terapéuticas de diversa índole.
- La mayoría de los modelos de intervención se preocupan por generar empatía y establecer el vínculo terapéutico, que favorezca la cura del paciente.
- El proceso terapéutico es exclusivo para cada persona.

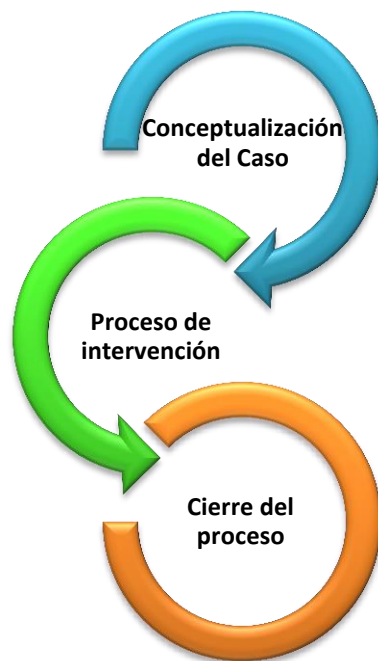
De manera general, la intervención psicoterapéutica sigue un derrotero más o menos predecible en su evolución y desarrollo, apegándose en mayor o menor medida a una serie de fases que constituyen el proceso de intervención: 1) fase inicial, 2) fase de desarrollo y 3) fase de cierre⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹.

⁶⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: tratamiento y rehabilitación. New York. Naciones Unidas. 2003

⁶⁹ De Rivera, J. L. G. The stages of Psychotherapy. *Eur. J. Psychiatry*. 6 (1), pp. 51-58. 1992

Independientemente del marco conceptual que el terapeuta menaje, la propuesta metodológica general de esta guía, es que el proceso de intervención en el servicio de Terapia Individual, se conduzca a través de una serie de fases vinculadas entre sí, pero con metas y objetivos diferentes. A saber:

1. **Fase 1:** Conceptualización del caso (Personalización del proceso de tratamiento).
2. **Fase 2:** Proceso de intervención y Manejo de problemas asociados.
3. **Fase 3:** Cierre del proceso terapéutico.



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 proceso a través de las fases planteadas.

⁷⁰ Sánchez-Escobedo, P. Psicología Clínica. El Manual Moderno. México. 2008.

⁷¹ Maier, A., & Boivin. Theoretical Bridges and the psychotherapy process. In Counselling and therapy techniques: Theory and practice. (pp. 1-16). Londres: SAGE Publications Ltd. 2011.

FASE 1

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO (PERSONALIZACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO)

La conceptualización de la situación del paciente es un paso importante en cualquier psicoterapia. El terapeuta estará en posibilidades de tener mayor comprensión de cómo los pacientes han llegado al uso, abuso o dependencia a las drogas, si es capaz de recoger de la narrativa del paciente, su constelación de creencias y actitudes, estrategias de afrontamiento, situaciones de vulnerabilidad, pensamientos y significados asociados al consumo de drogas.

Es un proceso mediante el cual el terapeuta y el paciente colaboran en la comprensión de la situación particular del paciente. Esta colaboración entre paciente 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 el/la paciente un espacio 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 *exploración y definición* de la situación del paciente. Lo cual se traducirá en una guía que direccionará la intervención hacia la siguiente fase.

La conceptualización no finaliza hasta que se comparte con el paciente. El terapeuta presentará su hipótesis al paciente para que colaboren en el intercambio de ideas sobre los planteamientos del terapeuta. La colaboración es clave en este proceso, ya que refuerza la alianza terapéutica al asegurar que el trabajo que se está realizando se basa en el entendimiento compartido y en el acuerdo sobre los objetivos y sobre las tareas del tratamiento.

FASE 2

INTERVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS ASOCIADOS.

Una vez definida la situación del paciente, 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, consiste básicamente en poner en juego la metodología, las estrategias y actuaciones específicas en función de las necesidades y evolución del paciente 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.

La idea central de esta fase es la de hacer consciente al paciente de los elementos relacionados a sus problemáticas actuales (emociones, pensamientos, conductas,

sensaciones), llevándolo a comprender el significado de los mismos y motivarlo a realizar acciones en pro de su recuperación.

FASE 3.

CIERRE DEL PROCESO TERAPÉUTICO

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 proceso⁵.

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 no le signifique una situación de riesgo

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

Así y desde un marco biopsicosocial, la intervención psicoterapéutica 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.

⁵ Ibid.

REFERENCIAS

- Ruiz, J.J., Cano, J.J., (1998). Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. España
- R. Bernardi, D. Defey, A. Garbarino, J. Tutté, L. Villalba|Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 68 N° 2 Diciembre 2004
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.
- Wolberg LR. The Technique of Psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1977.
- Medina M.E. Psicología como profesión: Enfoques actuales. Universidad de Murcia. 1999.
- Garrido, M. (1994) Psicoterapia: concepto, fundamentos y tendencias actuales. En Garrido, M y García J. (Comp.). Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones. Valencia: Promolibro. P.35
- López, D.J. (2004). Relación humana y psicoterapia : aproximación a las bases científicas y estudio prospectivo del método de prevención y tratamiento de las adicciones de Proyecto Hombre. España.
- León, F. (1970). La naturaleza del proceso psicoterapéutico. Rev. Med. Hondur. Vol.38.
- 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>
- 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
- 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>
- Tizón, J. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. España: Editorial SemFyc; 2007
- 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.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. Drogodependencias Tercera edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
- Frankel, R., Quill. T., McDaniel. S., (Eds.): The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, Rochester, NY, 2003.
- Coombs, R. y Howatt, W.. The Addicción counselor's. Desk reference. Canada: John Wiley & Sons; 2005

- CIJ. Guía Técnica. Consulta Externa Básica. Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Subdirección de Consulta Externa. México. 2013.
- Reyes Rodríguez, Yina M; Maldonado Santiago, Norma y Rivera Lugo, Carmen (2012) Postura de género: desde la cotidianidad a la psicoterapia. International Psychology. Practice and Research 3 (2012) Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico.
- Valls Llobet, Carme. Mujeres invisibles para la medicina, Barcelona, Debolsillo, 2006
- 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.
- Assoun P. L. La Metapsicología. Bs. Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores;2002
- 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
- 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>
- Racker H. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Bs, Aires: Paidos; 2001
- Treszezamsky J. El adicto en el tratamiento psicoanalítico. Proyecto Psi. Psicología y Psicoanálisis. [en línea]. Argentina. 2000.[Revisado el 14 de Mayo de 2014] Disponible en: http://www.proyectopsi.com/profesional/profesion/profes_019.asp.
- Cibanal, L. Introducción a la sistémica y terapia familiar. España: Ed. Club Universitario; 2006.
- Fernández, CC. Modelo de terapia familiar Multidimensional con perspectiva de Género. México: Centros de Integración Juvenil, A.C., Dirección General; 2006.
- 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.
- Arango C., Ana M., Miguel F. (2009) Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico
- Sánchez. D. y Gutiérrez. Terapia Familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno; 2000.
- Stanton, Duncan et al. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Gedisa: Barcelona; 1990.
- 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.
- Abnormal Psychology and Modern Life, 9th ed. New York: HarperCollins, 1992.

- Maslow, A.H. Motivation and Personality, 3rd ed. New York: Harper & Row, 1987
- Rogers, C., citado en Penzano, V, G. 2001. Rogers su pensamiento profesional y su filosofía personal. Psicología del Caribe. (007).60-69 p.p.
- Perls, F. Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette, CA: Real People Press, 1969.
- Schor, L.I. "Apperception as a primary process of the psyche: Implications for theory and practice." Ph.D. diss., Auburn University, 1998.
- Carson, R.C., and Butcher, J.N.
- Carroll K, Onken L. Behavioral therapies for Drug Abuse. Am J Psychiatry; 2005;162:1452-1460.
- Carroll K, Rounsaville B. Behavioral therapies. En Miller W, Carroll K (Eds). Rethinking substance abuse. New York: The Guilford Press; 2006.
- Finney JW, Wilbourne PL, Moos RH. Psychosocial treatments for substance use disorders. In: Nathan PH, Gorman JM, editors. A guide to treatments than work. New York, NY:Oxford University Press; 2007.P. 179.
- Stallard P. Pensar bien, sentirse bien. Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes. España: Desclée de Brouwer; 2007.
- 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
- Littel M, Franken HAI. Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. BMC Neuroscience. 2012;13(8):1-13.
- West R, Brown J. Theory of addiction. 2a ed. Oxford, UK: Wiley Blackwell; 2013.
- 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.
- Graña GJL. Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994.
- 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.
- Gómez-Escalonilla A, Plans B, Sánchez D, Sánchez-Guerra M. Cuadernos de terapia cognitivo conductual. Madrid: EOS; 2003.
- Becoña IE, Cortés TM coordinadores. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol; 2010.
- Beck A, Wright C, Newman C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 2006.

- 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.
- Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós; 1999.
- 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.
- Kouimtsidis C, Reynolds M, Drummond C, Davis P, Tarrier N. *Cognitive-Behavioural therapy in the treatment of addiction. A treatment Planner for Clinicians*. England: John Wiley & Sons Ltd; 2007.
- Maier, A., & Boivin. Theoretical Bridges and the psychotherapy process. In *Counselling and therapy techniques: Theory and practice*. (pp. 1-16). London: SAGE Publications Ltd. 2011.
- De Rivera, J. L. G. (1992), The stages of Psychotherapy. *Eur. J. Psychiatry*. 6 (1), pp. 51-58.
- Sánchez-Escobedo, P. *Psicología Clínica. El Manual Moderno*. México. 2008.