



Centros de Integración Juvenil, A.C.

Para vivir sin adicciones

Psicoterapia individual, grupal y familiar del consumo de drogas

SERIE TÉCNICA DE TRATAMIENTO
Y REHABILITACIÓN

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 Vitalicia del Patronato Nacional

MTRA. CARMEN FERNÁNDEZ CÁCERES

Directora General

DR. RICARDO SÁNCHEZ HUESCA

Director General Adjunto Normativo

DR. ÁNGEL PRADO GARCÍA

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

LIC. IVÁN RUBÉN RÉTIZ MÁRQUEZ

Director General Adjunto Administrativo

Coordinación General:

Mtra. Carmen Fernández Cáceres

Elaboración:

Mtro. Félix Iván Huerta Lozano

Psic. Lydia Gaona Márquez

Mtro. Marco A. Hernández Delgado

Psic. Virginia Ortiz Gonzáles

Psic. Humberto Flores Dorantes

Psic. Edgar Vázquez Salcedo

Psic. Edgar Esteban Hernández López

Psic. Juan M. Rivas Alvarado

Mtro. Otto Berdier Rodríguez

Lic. Graciela F. Alpizar Ramírez

Mtra. Laura Soubiran Ortega

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado

Corrección:

Lic. Araceli García Domínguez

Diseño Editorial:

Lic. Víctor Gerardo Gutiérrez Campos



Centros de Integración Juvenil, A.C.

Para vivir sin adicciones

Psicoterapia individual, grupal y familiar del consumo de drogas

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Presentación	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Capítulo 1. Marco referencial	7
1.1 El modelo biopsicosocial desde el paradigma de la complejidad	7
1.2 Los fundamentos biopsicosociales de las adicciones	12
1.3 La intervención clínica en adicciones desde el modelo biopsi- cosocial	16
Capítulo 2. Perspectiva de género en la práctica clínica	18
Capítulo 3. Enfoques de intervención y adicciones	23
3.1 Enfoque psicoanalítico	23
3.2 Enfoque humanista	28
3.3 Enfoque cognitivo-conductual	32
3.4 Enfoque sistémico	36
Capítulo 4. Terapia individual	50
4.1 Objetivos de la terapia individual	51
4.2 Fases de la terapia individual	52
4.3 La terapia individual desde los diferentes enfoques	55

Cap. 5. Terapia grupal	68
5.1 Objetivos y metas de la terapia grupal	68
5.2 Fases de la terapia grupal	69
5.3 La terapia grupal desde los diferentes enfoques	73
Cap. 6. Terapia familiar	85
6.1 Terapia estratégica	88
6.2 Terapia de MRI de palo alto	90
6.3 Escuela de Milán	92
6.4 Terapia centrada en soluciones	93
6.5 Terapia estructural	96
6.6 Terapia estratégica – estructural	98
Referencias	106

PRESENTACIÓN

Esta serie se dedica a la terapia individual, terapia grupal y la terapia familiar, las cuales se ponen al servicio de pacientes y familiares, partiendo de las necesidades específicas para su atención. Estos servicios conjugan diferentes líneas teóricas y metodológicas, cuyo reconocimiento y validez se soporta en la evidencia científica. Si bien los enfoques de los servicios han variado a lo largo de la historia, la evolución y dinámica que el mismo fenómeno presenta nos invita a estar siempre en la búsqueda de respuestas que coadyuven en la rehabilitación de las personas.

Bajo este contexto, este material se presenta como un instrumento con el objetivo de incluir distintas formas de intervención psicoterapéuticas para abordar el problema del consumo de drogas y sus concomitantes, por lo que se plantean los enfoques teóricos y las fases de desarrollo de la terapia individual, terapia grupal y terapia familiar.

El texto se encuentra organizado en seis capítulos. En el primero de ellos se delinear los fundamentos del modelo biopsicosocial desde el paradigma de la complejidad y su aplicación en el campo de las adicciones. En el segundo se abordan algunas recomendaciones para la aplicación de la perspectiva de género en la práctica de los servicios terapéuticos.

El capítulo tres corresponde a los enfoques psicoanalítico, humanista, cognitivo-conductual y sistémico, los cuales seán abordados con una breve introducción y un desarrollo acerca de cómo se entiende la adicción en cada uno.

El capítulo cuatro se destina a la terapia individual, mientras que el capítulo cinco se enfoca en la terapia grupal. En cada psicoterapia se establecen los objetivos, fases de intervención y abordaje, según el enfoque psicoterapéutico. El capítulo seis corresponde a la terapia familiar, donde se hace referencia a las diferentes escuelas de la terapia familiar, desde la terapia estratégica, terapia de MRI de Palo Alto, Escuela de Milán, Terapia centrada en soluciones, terapia estructural y la terapia estratégico-estructural, así como la intervención en la atención de las adicciones a sustancias psicoactivas.

ANTECEDENTES

Los procedimientos utilizados a lo largo de la historia para hacer frente a los problemas de la convivencia humana se remontan desde las sociedades primitivas relacionadas con metáforas sobrenaturales y animistas, como el caso de la posesión. Así también, en la antigua Grecia, Aristóteles y Platón ya reconocían el uso del lenguaje con fines curativos (Benito, 2009), pero no fue sino hasta el último cuarto del siglo pasado, que la psicoterapia como la conocemos ahora, aparece con la puesta en escena del psicoanálisis (Feixas & Miró).

Con el inicio de la psicoterapia se dio origen al desarrollo de diversas modalidades y orientaciones psicoterapéuticas, acordes con las problemáticas individuales y con las condiciones socioculturales, históricas y geográficas.

Actualmente, existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos y en consonancia también una amplia gama de definiciones que tratan de dar cuenta de esa diversidad. Un ejemplo de la multiplicidad de acepciones lo podemos encontrar en el texto de Feixas y Miró (1993), en el que realizaron una compilación de definiciones que aluden al término psicoterapia:

- Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones.
- Término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.
- Concepto que describe cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte de un profesional clínico con el fin de llevar a cabo los cambios de personalidad o de conducta deseados.
- 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.

- Es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una orientación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta un cambio duradero en múltiples aspectos de la vida de los clientes; el proceso es idiosincrático y está determinado por las posiciones preconcebidas de pacientes y terapeutas.

Desde estas diferentes perspectivas, las modalidades y orientaciones psicoterapéuticas surgen para abordar los problemas psicológicos que no están determinados por causas orgánicas y que no responden a tratamientos orgánicos. En este sentido, se ha desarrollado un cuerpo de conocimientos que permiten explicar y tratar estos problemas, cuyo origen se encuentra en una cambiante realidad social (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2003).

En resumen, las psicoterapias, en cualquiera de sus modalidades (individual, grupal o familiar) consisten en un conjunto de procedimientos técnicos que se sustentan en conocimientos teóricos relativos a cuestiones de orden etiológico, psicopatológico y terapéutico sobre los problemas a los que se dirigen. La existencia de un cuerpo de hipótesis teóricas y técnicas que fundamenta la práctica distingue las psicoterapias formales de los intentos espontáneos de ayuda que se dan entre individuos, los cuales, si bien pueden ser de gran utilidad, no buscan explicar teóricamente las razones de su eficacia ni transmitirse en forma de técnicas replicables y evaluables (Bernardi, Defey, Grbarino, Tutté, & Villalba, 2004).

JUSTIFICACIÓN

A nivel nacional, el consumo de sustancias adictivas ha ido en aumento con el paso de los años, con variaciones en la sustancias, de acuerdo con la ubicación geográfica, el momento histórico y las condiciones sociales de la persona (edad, sexo, clase social, etcétera).

Este fenómeno tiene un carácter multifactorial y complejo, es decir, existen diversos factores que pueden llevar a una persona al consumo de alguna sustancia y a su vez desarrollar una adicción; lo cual no sólo afecta a las personas consumidoras, sino que también daña directa e indirectamente a quienes le rodean y a la sociedad en general.

Una atención integral implica necesariamente el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, donde diversos profesionales de la salud conjunten sus prácticas y campos de conocimiento a fin de crear mejores formas de atención para quien lo requiera. En ese sentido, la labor de los psicoterapeutas se torna esencial en la elaboración y aplicación de los programas de tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones.

Las intervenciones pueden abordarse desde diversos enfoques teóricos, eso dependerá de la formación profesional de cada terapeuta; no obstante, la tarea en común será poner al alcance del paciente un espacio 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.

La terapia individual, se basa en el encuentro del terapeuta con el paciente en un espacio confidencial y cálido que permita la expresión de sus problemas y emociones. Se trata del proceso enfocado, entre otras cosas, a facilitar que cada persona adquiera una mayor comprensión de sí mismo y del entorno; que logre cambios positivos en las distintas áreas de su vida; superar desafíos y resolver problemas; aprender a convivir y gestionar emociones como la tristeza, la ira y el miedo; aumentar la confianza y autoestima, entre otros.

En tanto la terapia grupal surge como herramienta metodológica sumamente valiosa en cuanto a sus objetivos y efectos en la población atendida, sobre todo porque ante la demanda creciente de tratamiento en adicciones, dicha modalidad de intervención permite poder dar respuesta pronta y con un mayor espectro de alcance a la población atendida. Los beneficios de dicha práctica clínica se traducen, en muchas ocasiones, en una disminución en el costo del servicio, menor tiempo de espera y en una mayor agilidad en el alcance de su objetivo. Además, clínicamente hablando, el grupo permite otra dinámica intrasubjetiva, pudiéndose tornar en un recurso terapéutico sumamente valioso en el desarrollo del proceso de tratamiento y rehabilitación.

Por su parte, la terapia familiar, identifica al consumo de drogas como un síntoma del sistema familiar. Escuchar a los miembros de la familia es de vital importancia para llegar a una comprensión contextual de las fuentes emocionales primarias que participaron en la gestación del consumo. Un aspecto relevante de la adicción es que posee un significado específico para cada familia ya que el impacto es diferente y ésta distinción guarda una estrecha relación con su historia emocional. Cabe decir que es importante considerar la interacción de los sistemas y de éstos con la familia y al interior de ésta.

Entre los principales enfoques que se abordan están la terapia cognitivo conductual, misma que se basa en el principio de que todo comportamiento inadaptado es aprendido, pero puede ser desaprendido. Las actitudes, hábitos y pensamientos negativos son respuestas aprendidas y el mejor medio de deshacerse de ellos es aprender nuevas formas (de pensar, actuar, sentir); las psicoterapias psicoanalíticas y dinámicas cuyo centro es el estudio introspectivo del ser humano, las terapias de corte existencial-humanista soportadas en la relación terapeuta-paciente, se centra en el presente y trabaja con las emociones experimentadas por el cliente y con su vivencia actual y las terapias sistémicas, cuyo foco es revisar el sistema ya que un problema o malestar que aqueja es resultado de éste.

En este sentido, es que se presentan los enfoques psicológicos y psicoterapias acotando su aplicación en el abordaje del consumo de drogas.

CAPÍTULO 1: MARCO REFERENCIAL

1.1 EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DESDE EL PARADIGMA DE LA COMPLEJIDAD

Las razones para que aparezcan nuevos modelos en el escenario científico de una disciplina pueden girar en torno a dos panoramas: por un lado, que surjan conocimientos que antes no habían, irrumpiendo drásticamente en las bases teóricas con las que se contaba. En este caso se vuelve necesaria la construcción de nuevos fundamentos, coherentes con los nuevos hallazgos. La otra razón es que el modelo existente comience a carecer de fundamentos, en una suerte de proceso deconstructivo, cae frente a los nuevos contextos, lo que ocasiona que se tambaleen sus cimientos y se corre el riesgo de no sobreponerse ante los desafíos y discursos de la época (Alonso, 2009).

Para el caso particular del cambio de paradigma del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial, podríamos pensar que ambas razones han contribuido a su debilitamiento. Principalmente, si revisamos los postulados del psiquiatra americano George Engel, considerado el ideólogo principal del Modelo Biopsicosocial, podemos observar que surgen a partir de una reflexión crítica hacia un modelo de medicina basado en lo biológico, con procesos de tecnificación y especialización cada vez más sofisticados, que en su desarrollo dejaron de lado la cuestión humana (tanto del médico como del paciente).

La llamada de atención que hace Engel es, principalmente, la necesidad de considerar los factores psicológicos y sociales dentro de la medicina, tanto en sus procesos diagnósticos como de tratamiento. La idea en la que se fundamenta es que para poder tener un abordaje clínico, que aspire a tener cierta eficacia, el paciente no puede ser reducido a su enfermedad, y a su vez, la enfermedad misma no puede ser llevada al campo de la fisiopatología únicamente (Alonso, 2009).

Estas ideas no son completamente nuevas para el momento cuando se plantean. Por ejemplo, mencionemos el camino de indagación seguido por Freud: desde el terreno del malestar físico, que al no encontrar el correlato orgánico en sus pacientes lo hizo sospechar de otros escenarios (diferentes al anatómico) para poder indagar e intervenir en el padecimiento, verificando así la existencia de vín-

culos entre los trastornos físicos y el malestar psíquico del paciente. Asimismo, a partir del desarrollo de la técnica psicoanalítica, se constata que la palabra y la vivencia subjetiva tienen papeles centrales en los síntomas de quien padece, en su manera de enfermar y en el proceso de la cura.

Como el caso del psicoanálisis, existen otros casos de indagaciones que comenzaron en el terreno de la medicina pero que se desprendieron de ella por tratarse de construcciones novedosas y que fueron armando su propio marco referencial, desprendiéndose del campo de la medicina.

Son procesos que abrieron camino en terrenos poco explorados y que construyeron un propio cúmulo teórico y metodológico. Sin embargo, es cierto que estas drásticas separaciones se deben también a que estas irrupciones teóricas tuvieron sus inicios en terrenos signados por esquemas positivistas y reduccionistas, que en su camino por hacer ciencia abrieron grandes brechas con otras formas de saberes, provocando un quiebre entre sus campos de conocimiento.

Las cuestiones ideológicas que van determinando la investigación y el camino para lo que se erige como objeto de estudio en un campo disciplinario, son los elementos centrales para que se instalen las fronteras entre los territorios de los saberes. Incluso hasta el día de hoy existe una necesidad (en ciertos sectores científicos) de erradicar toda idea que haga tambalear el paradigma positivista de la ciencia, calificando a todo lo que quede fuera de estos límites como de poco científico (usando esto como adjetivo peyorativo que da la idea de poco confiable, oscuro, desordenado, ineficaz, etcétera).

Es así que sostenemos que la ciencia o lo considerado científico pende de lazos sólidos pero frágiles al mismo tiempo, que dependen de las ideologías imperantes y que de manera sutil tienen una efectividad poderosa para instaurar y construir subjetividades. Sin embargo, lejos de considerar a los argumentos de la ciencia, sus paradigmas y modelos como preceptos inmutables que se instauran sobre nosotros y nuestras prácticas y que, por lo tanto, son inamovibles e incuestionables por su carácter científico, tenemos que darnos a la tarea de interpelarlos, cuestionarlos y de ser necesario, transformarlos. En palabras de Kuhn (2011) podemos agregar:

"La adopción de un nuevo paradigma requiere a menudo de una redefinición de la ciencia correspondiente. Algunos problemas antiguos pueden ser relegados

a otra ciencia o declarados “no científicos” por completo. Otros que anteriormente podrían haber sido inexistentes o triviales pueden, bajo un nuevo paradigma, convertirse en los arquetipos reales de significativos logros científicos” (Kuhn, 2011).

De esta manera es como a finales del siglo XX comienzan a cuestionarse y entrar en crisis los paradigmas científicos de la época, dando lugar a muy diversas irrupciones en el terreno de la producción de conocimiento y de intervención en la realidad. En 1977 Engel, desde el interior del campo de la medicina, propone un modelo capaz de incluir el elemento humano en la experiencia de la enfermedad (Vargas, 1997), dando lugar a lo que él llamaría Modelo de Atención Biopsicosocial.

El modelo Biopsicosocial encuentra una estrecha relación con la teoría general de los sistemas de L. Von Bertalanffy y se puede relacionar con los supuestos del paradigma de la Complejidad, que han sido ampliamente abordados por Edgar Morín a partir de los años 70 que se presentan a continuación.

El paradigma de la complejidad

Edgar Morín, principal representante de esta corriente epistemológica, opone los fundamentos del paradigma de la Complejidad a los del pensamiento cartesiano; el autor “dialoga” directamente con Descartes y también con el positivismo científico para cuestionar sus discursos (Morín & Packman, 1994).

Morín señala estas argumentaciones bajo el título del “paradigma de la simplificación”. Menciona que hemos vivido bajo los principios de reducción, disyunción y abstracción. Podemos reconocer que también se lograron importantes conocimientos y desarrollos teóricos desde esta postura, sin embargo no podemos permanecer inmóviles ante los grandes costos que puede representar seguir pensando nuestras realidades humanas desde concepciones puramente mecanicistas.

Para Morín, hemos llegado a un punto donde se han construido inteligencias ciegas en el sentido de que son visiones que destruyen los conjuntos y las conexiones; aíslan los objetos de sus ambientes y contextos; niegan el lazo inseparable entre el observador y lo observado; lo complejo se simplifica y con esto también se aniquilan muchos sentidos.

La simplificación aniquilante a la que el autor se refiere tiene sentido al pensar los efectos que advienen al reducir lo biológico al plano físico, lo humano a lo biológico, lo cultural a lo natural, etcétera. Se van construyendo hiperespecializaciones para abordar partes de un tejido, poniéndonos en riesgo de pensar que el corte arbitrario que se ha hecho desde las disciplinas, para comprender la realidad, es la realidad misma (Morín & Packman, 1994).

El término complejo viene del latín *complexus*, que hace referencia a lo que está tejido en conjunto, que se compone de varios elementos. Podemos decir que la complejidad de un fenómeno corresponde al entramado de diversos factores heterogéneos y complejos en sí mismos que son inseparables. Se trata entonces de una diversidad de eventos, acciones, retroacciones, determinaciones que constituyen nuestro mundo.

Considerando los elementos del marco que aporta el paradigma de la complejidad y siguiendo a autores como Vargas, Alonso y Carrió, se mencionan a continuación los principales elementos que componen el Modelo Biopsicosocial (Vargas, 1997; Alonso, 2009; Carrió, 2002).

1. **Multidimensional y multicausal:** Los fenómenos se consideran dentro de una complejidad donde no pueden tener una causa única, sino que responden a muchos factores de muy diversa índole, donde a su vez estos factores múltiples no son homogéneos en su composición sino de naturaleza multidimensional en sí mismos.
2. **Multidisciplina-interdisciplina:** Las fronteras entre los terrenos disciplinarios se desdibujan. Se plantean retos que conducen a crear cuotas de saber entre los diferentes campos del conocimiento. El desafío primordial en las intervenciones desde este modelo es la construcción de estrategias interdisciplinarias que puedan producir andamiajes complejos para dialogar con problemáticas y fenómenos también complejos.
3. **Proceso salud-enfermedad:** no se considera a la salud como un estado a conquistar, definido por la ausencia de lo patológico. Se piensa la salud-enfermedad como un proceso 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, etcétera.

4. **Sujeto-objeto:** Desde este modelo no existe 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, definir el problema, diagnosticar e 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 la necesidad de incorporar al paciente como sujeto del proceso asistencial. Carrió 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 (Carrió, 2002).
7. **Relación médico-paciente:** se considera un elemento central en la evolución de una enfermedad. En función de esta relación se establecen efectos psicológicos que pueden modificar la vivencia de la enfermedad e incluso influir en procesos bioquímicos que aporten variables al padecimiento (Vargas, 1997). Asimismo el paciente participa junto con el profesional de la salud en la defini-

ción 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, etcétera. 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, etcétera. 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.

Como se puede observar, el Modelo Biopsicosocial (Tizón, 2007) implica una vía para entender cómo los fenómenos relativos de 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 cómo el sufrimiento y el proceso de enfermedad se ven afectados por múltiples niveles de organización (molecular y social), desde el nivel práctico, es una forma de entender que la experiencia subjetiva y el entorno social del paciente son factores significativos para la elaboración de un diagnóstico preciso que favorezca los resultados de la intervención (Borrel-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004).

1.2 LOS FUNDAMENTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LAS ADICCIONES

De acuerdo con Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009), 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 Modelo Biopsicosocial es exponer a cada uno de los elementos que integran al sujeto (bio-psico-social) como un sistema unívoco donde cada dimensión se relaciona con la otra. Sería erróneo considerar que un elemento de la persona corresponde únicamente a una de las áreas sin relacionarse con las otras; además éste sistema de lo individual se relaciona e interactúa con otros sistemas familiar, de pareja, comunitario, institucional, social.

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 ningún elemento en la subjetividad del paciente puede ser puramente biológico, psicológico o 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, etcétera. Pero también es cierto que no se puede dejar de señalar que todas estas cuestiones son también fenómenos que no pertenecen unívocamente a una disciplina, por lo que se dan con múltiples dimensiones, con sus propias interconexiones para cada paciente en particular.

No existe una causa única que pueda considerarse responsable de la aparición del fenómeno de la adicción, ni tampoco la hay para el consumo de droga por parte de una persona concreta. Además, en el inicio del consumo de una droga y en su mantenimiento intervienen numerosas variables: sólo algunas son comunes. Según Lorenzo et al. (2009), 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); potencial adictivo diferencial en hombres y mujeres, por citar, las mujeres en menor tiempo de consumo tiene mayores daños a su salud que los hombres. En las diversas etapas del ciclo de vida, el potencial adictivo se diferencia por ejemplo entre los adolescentes, ya que puede causar graves daños, como impedir la maduración de los circuitos cerebrales y del control de impulsos.

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 de determinadas drogas, por ejemplo:

- *El sexo* parece ser un factor de vulnerabilidad a ciertas sustancias debido a las características constitucionales inherentes de uno y 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 de drogas diferenciado. Las construcciones sociales del ser hombre y ser mujer, junto con los determinantes sociales, hacen posible diferentes formas de enfermar en los hombres y en las mujeres. Preferentemente las mujeres consumen drogas lícitas, mientras que en los hombres se presenta con mayor frecuencia el uso de drogas ilícitas, con efectos diferenciados en lo biológico, psicológico y social.

- *La carga genética* de la persona puede mediar en las características farmacocinéticas de la droga, dado que existe un polimorfismo de los genes codificadores de las enzimas que participan en la absorción, el metabolismo, la eliminación de las drogas y, también, en las reacciones mediadas por la interacción droga-receptor. Las diferencias interindividuales pueden explicar los distintos grados de refuerzo positivo y negativo que una misma droga puede ejercer sobre distintas personas. No obstante, la existencia de factores hereditarios no implica que una dependencia sea un trastorno hereditario en sí mismo, sino que existe un riesgo mayor de desarrollar esa dependencia. La carga genética se vuelve un factor predisponente para el consumo de alcohol u otras drogas.
- *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, pérdida de una persona significativa, etcétera.
- *Problemáticas psicológicas o comorbilidad psiquiátrica y médica*, se acude a las drogas para aliviar determinados síntomas de la esfera psíquica, malestares emocionales que detonan en estados de ansiedad, tristeza, apatía, insomnio, etcétera, inseguridad en las relaciones interpersonales, falta de control de impulsos y agresividad, en la búsqueda de alivio, entre otros.

Las problemáticas de comorbilidad psiquiátrica con la co-ocurrencia del trastorno del consumo de drogas y otros trastornos mentales, frecuentemente la ansiedad y depresión, psicosis, déficit de atención e hiperactividad, esquizofrenia, etcétera. que complejizan y agudizan el problema y la comorbi-

dad médica identificando diversas afectaciones al organismo de hombres y mujeres.

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 haciéndolos suyos. Entre estos discursos se halla el del momento social determinado en el cual la persona crece y se desarrolla. 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. El sujeto se halla atrapado en un goce mortífero que pretende difuminar los límites, esos que la sociedad establece y que por tanto posibilita, aun para su ruptura.

1.3 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 de sustancias, que es el campo que nos atañe, no sólo se manifiestan en términos de fisiopatología, sino que se expresan simultáneamente en diferentes niveles de funcionamiento de las personas, que pasan por lo celular, los órganos, la persona, la familia o la sociedad (Frankel, Quill, & McDaniel, 2003).

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 de 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 otras drogas presentan desventajas neuropsicológicas, así como otros trastornos mentales que los hacen vulnerables a padecer cua-

dros 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 se consuma alcohol, tabaco y 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 persona) (Coombs, & Howatt, 2005). 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 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 y proporcionar, de acuerdo con 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 autodestructivas), a través de un tratamiento individual, grupal y familiar.

La dimensión social propone una serie de estrategias que consisten en ayudar al paciente a fortalecer sus habilidades en el ámbito social, laboral, escolar y recreativo, de modo tal que pueda sentirse satisfecho y exitoso en su entorno de pertenencia (Anthony, 1979, citado en Acuña, 2009). Para tal propósito, la rehabilitación y reinserción social están diseñadas para ofrecer la recuperación del funcionamiento biopsicosocial 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 Centros de Integración Juvenil están estructurados, teniendo como objetivos (CIJ, 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 del consumo de drogas.

Como se puede observar el Modelo Biopsicosocial pretende conformar un proceso de atención de las adicciones integral, profesional y ético, de manera que se considere cada una de las esferas que implica lo humano, al tener presente permanentemente que dicho proceso no será una tarea fácil y considerando lo complejo de una adicción en cada sujeto, ya que el consumo de sustancias 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 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.

En 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.

Algunos partidarios de la corriente cognitiva-conductual destacan que es en la infancia donde lo cognoscible tiene referente de género y se desarrolla un esquema

cognitivo basado en éste siendo núcleo de la tipificación sexual. Particularmente, 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.

En la terapia familiar con la perspectiva de género se busca liberar a los clientes masculinos y femeninos de limitaciones destructivas e innecesarias que surgen de una estructura social opresiva, para lo cual el terapeuta identifica de qué forma los roles de género y estereotipos afectan a cada miembro de la familia, así como sus relaciones con la familia, la sociedad y el terapeuta (Sánchez, 2004).

Como parte de la intervención terapéutica con este modelo, se busca que los padres que no se involucran con la paternidad, se estimule para que se corresponsabilicen, no porque las madres sean incapaces en su maternidad, sino porque es un compromiso compartido.

Desde el enfoque feminista (1990-1999), la terapia familiar cuenta con una serie de puntos que guían al terapeuta:

Identificar los mensajes y constructos sociales que condicionan las conductas y los roles, según el sexo.

Reconocer las limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos, de manera que el terapeuta se abstenga de culpar a la víctima o mujer por causar o tolerar abusos físicos o psicológicos, y renuncie a incitarla a

emprender precipitadamente acciones que la dejarán sola.

Darse cuenta de la presencia de pensamientos o ideas sexistas que restringen las opciones de las mujeres para dirigir su propia vida.

Reconocer que la mujer ha sido socializada para asumir la responsabilidad de mantener la estabilidad emocional de la familia.

Reconocer el dilema y conflicto que implica para la mujer, el tener y criar hijos en nuestra sociedad, donde se le antepone este rol a cualquier otra aspiración.

Darse cuenta de los patrones que dividen a la mujer en la familia.

Reconocer que ninguna intervención está libre de género y que tendrá un significado diferente y específico para cada caso.

El género es también una 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 y 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 social o 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 y hembra.
- Y por último, en la esfera psíquica se construyen para cada persona posiciones subjetivas femeninas y masculinas. Se componen 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.

En este sentido, el sujeto 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, las relaciones sociales y 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.

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 busca con esto es 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 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 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, 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 paciente, interesándose por quién es y también que permita al profesional autointerrogarse sobre los aspectos subjetivos que le implican; así como poner estos afectos al servicio de los efectos del encuentro. Esto es una relación significativa con potencial para causar efectos en el 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:

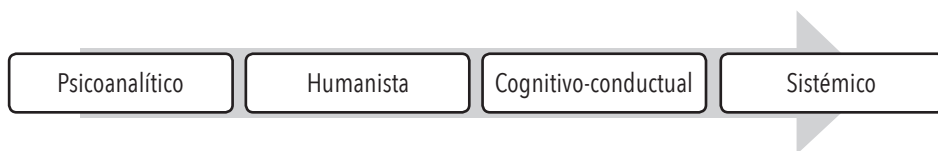
- Reconocer al sujeto paciente como el que tiene el conocimiento sobre sus padecimientos, reconociendo su experiencia y su saber.
- Devolución de la palabra a los pacientes.
- Escucha activa del paciente.
- Potenciar las posibilidades de expresión del paciente y su participación en las decisiones.
- Potenciar y encaminar al 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 Y ADICCIONES

Es de suma importancia partir de los enfoques de intervención ya que son orientaciones teóricas que dan explicación, en este caso, al consumo de drogas. Cada enfoque le da un sentido particular y propone una metodología a seguir para generar el cambio.

Enfoques



3.1 ENFOQUE PSICOANALÍTICO

El psicoanálisis surge a finales del siglo XIX dentro del campo de la investigación neurológica, en dialogo con la psiquiatría (Charcot y Janet, sobre todo) y en franca ruptura con la psicología académica y experimental de la época (todavía sin aplicaciones prácticas); Freud postula que en el caso de la histeria no existía una perturbación orgánica, ni una degeneración intelectual, ni tampoco se trataba de una simulación, comprobó en cambio que se trataba de una afección en la representación del cuerpo; "en el momento en que Freud está investigando el mecanismo de la producción de síntomas histéricos, se presenta la idea de una cura por la palabra que prescindiera de cualquier remisión de la causalidad a lo orgánico [...] ubicando estos fenómenos en la esfera psíquica. La segunda conclusión que se puede obtener es que un recuerdo, una representación, una idea puede ser patógena" (Consentino, 2006, p. 15). A partir de ello desarrolló las nociones de conflicto, trauma y el concepto de inconsciente, en su práctica descubrió que los efectos curativos conseguidos a través de la hipnosis, y de hecho en todo intento de suprimir los síntomas, se basaban en la relación de sugestión ya que al finalizar el tratamiento, los síntomas reaparecían. Leemos en Freud (2006a, p. 158): "Los síntomas prestan el servicio de satisfacciones sustitutivas. En el curso de un análisis se puede observar que toda mejoría del padecer aminora el tiempo del restablecimiento y reduce la fuerza que empuja hacia la curación"; concluye entonces que una precipitación tal trae consigo el riesgo de "no conseguir nunca otra cosa que una mejoría modesta y no duradera" (Freud 2006b, p. 158). Hizo extensivas estas observaciones a las distintas categorías construidas por la psiquiatría, construyendo su propia nosografía y propuso principios técnicos para su abordaje.

A partir del síntoma histérico, Freud afirma que los síntomas son mensajes sobre algo que le ha pasado a la persona, la manifestación de una vivencia o de una fantasía del sujeto, serían entonces mensajes cifrados que hay que traducir por la vía de la interpretación. Con ello Freud encuentra que los síntomas tienen una doble naturaleza: a primera vista, encubren la verdad, pero al mismo tiempo son reveladores de la verdad, le llama entonces "formación de compromiso"; es decir, un compromiso entre dos instancias, un conflicto entre un deseo inconsciente y las exigencias de la realidad. Propone para la indagación de estos conflictos la asociación libre, Freud invitaba a hablar sin

censura, no desde el punto de vista del contenido sino de la intención consciente, con la asociación libre se invita a romper el discurso coherente y es, en rigor, el único principio técnico del psicoanálisis.

El síntoma es el primer fenómeno que Freud estudió como formación del inconsciente, se dedicó después a otros fenómenos que hasta entonces no habían sido objeto de un estudio sistemático: los sueños, los chistes, los actos fallidos o lapsus y concluye que todos ellos tienen una cara manifiesta, el texto del relato, y una latente o inconsciente que se va despejando a través de las asociaciones y la interpretación. Luego de los desarrollos de Freud y de la popularización de sus descubrimientos, se producen adaptaciones y aplicaciones para los campos más heterogéneos, destacándose la atención a pacientes con padecimientos psicóticos y el tratamiento de niños.

Siguiendo la enseñanza del psicoanalista francés J. Lacan (1986), se puede decir que los fundamentos del psicoanálisis reposan sobre cuatro conceptos: en la presentación de su *Seminario XI* afirma: "no intentaba otra cosa que el cuestionamiento del origen, es decir, averiguar mediante qué privilegio pudo encontrar el deseo de Freud, en el campo de la experiencia que designa como el inconsciente, la puerta de entrada. Si queremos que el análisis se sostenga en pie es esencial remontarse a este origen [...] tal modo de interrogar la experiencia estará orientado por la siguiente referencia: ¿qué status conceptual habremos de dar a cuatro de los términos introducidos por Freud como conceptos fundamentales, a saber, el inconsciente, la repetición, la transferencia y la pulsión?" (Lacan, 1986).

Fundamentos del psicoanálisis:



1. Inconsciente

Este término fue usado antes de Freud para describir representaciones que se sitúan por fuera del campo de la conciencia (Inconsciente descriptivo), o que sin ser conscientes pueden llegar a serlo (Inconsciente dinámico); sin embargo, la originalidad del concepto freudiano de inconsciente es la de haber puesto al descubierto un con-

junto de leyes. El inconsciente es un orden legal que rige una serie de acontecimientos, como en el caso del síntoma y el sueño, la traducción de representaciones latentes en contenidos manifiestos, en la que se establece una relación entre términos, entonces el inconsciente del que habla Freud no es un atributo, ni una cualidad.

2. Transferencia

El término alemán para transferencia es *Übertragung*, significa traducción, transcripción, desplazamiento de un punto a otro. El fenómeno de transferencia fue considerado inicialmente como la repetición de una relación original, una especie de transcripción o re edición de un vínculo amoroso tomando otra figura, en este caso el terapeuta, su valor en el dispositivo analítico radica en que ese enlace está sostenido por una representación inconsciente que está ligada a su vez, no a un objeto sino a un deseo, un deseo insatisfecho.

3. Pulsión

La fuente de energía que mueve al aparato psíquico son las pulsiones, zonas de estimulación que se apuntalan en lo corporal y que presionan el aparato psíquico a hacer algo, es una de las instancias en conflicto en el síntoma. Freud distingue instinto de pulsión, si los instintos son conductas preformadas transmitidas genéticamente y que no son modificables, la pulsión no es una conducta sino una fuerza constante que se distingue de la necesidad, con este concepto Freud se opone a la aristotélica oposición entre lo psíquico y lo somático.

4. Repetición

Lo que se repite está en íntima relación con lo que marcó, las huellas de las primeras experiencias de satisfacción pulsional. En la insistencia de la repetición, hay algo que comanda: revivir la primera vivencia de satisfacción, lograr la identidad de percepción entre (la marca, huella) del objeto deseado y lo hallado que nunca es lo esperado.

¿Cómo entiende la adicción el enfoque psicoanalítico?

Actualmente los psicoanalistas atienden adicciones, aunque esto no siempre fue así, del mismo modo en que durante muchos años se mostraron reacios a atender pacientes psicóticos muchos analistas de distintas escuelas se rehusaron a tratar adictos por considerarlos patologías no aptas para ser abordadas desde el psicoanálisis. Actualmente, los analistas especialmente de orientación lacaniana, se interesan por los lazos que unen y desunen la relación entre los objetos tóxicos y los sujetos consumidores.

Aunque en psicoanálisis se prefiera hablar de toxicomanía, no de adicción, ésta no es propiamente una categoría diagnóstica, aunque cobran especial importancia las dificultades que se presentan en el ejercicio del diagnóstico diferencial, por ejemplo: las diferencias y relaciones entre el consumo fuerte de un estimulante como la cocaína y un episodio maniaco agudo; o entre una intoxicación de un alcohólico crónico y un cuadro alucinatorio, el inventario es extenso, y la experiencia muestra que los clínicos cometen muchos errores al respecto.

Un primer punto a tener en cuenta es que la conflictiva que caracteriza la llegada al consultorio de muchos pacientes, no está presente en el toxicómano, quien parece estar satisfecho con la solución que ha encontrado por medio del consumo. Entonces, ¿qué lugar tienen las adicciones en la clínica psicoanalítica? Queda claro que esto no puede responderse desde un plano meramente descriptivo por una conducta o no de consumo, en cambio, se busca examinar la función que cumple el consumo de una, varias o indistintas sustancias en la economía libidinal de cada sujeto.

El punto de partida y de llegada es justamente interrogar la mortífera repetición comandando el circuito pulsional, vale decir, la intervención analítica consiste en romper la creencia –no solamente de la opinión popular sino por prácticas especializadas- que ubica al objeto droga ya sea como la causa de todos los males (llámense trastornos, disfunciones, etcétera) o de los bienes y placeres posibles (que surgen invariablemente en los dichos de quienes consumen). Operación que vale inicialmente para el analista pero que debe ser luego trasladada al paciente, desplazar la pregunta por la causa, ubicar en su lugar un punto de incógnita, promoviendo de ese modo una pregunta sobre el sujeto y sus formas de satisfacción pulsional.

3.2 ENFOQUE HUMANISTA

Dentro de los enfoques humanistas confluyen varias perspectivas (Gestalt, logoterapia, terapia existencial, psicoterapia centrada en la persona) que comparten una serie de principios básicos con relación a su concepción del ser humano y de cara a la intervención terapéutica. El supuesto principal que une a los enfoques humanistas es el énfasis que ponen en la comprensión de la experiencia humana y la persona en sí misma antes que en el síntoma. La perspectiva humanista concibe a la persona como una totalidad organizada y como una unidad configurada que, en cuanto tal, no puede ser reducido a la simple suma de sus partes constituyentes. En su realidad más inmediata y comprensiva es un todo orgánico significativo e integrado, compuesto por distintas facetas o aspectos que representa una organización compleja y contradictoria dentro de la cual actúan armónicamente o disarmonicamente, compiten o cooperan, dominan o son sometidas las múltiples partes que lo caracterizan (Henao, 2013).

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

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 paciente con el 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 autocomprensión y salud mental de la persona, y dentro de los autores más importantes se encuentran Abraham Maslow (1987), quién desarrolló el enfoque de autorealización; Carl Rogers (2001, citado por Méndez López, 2014), quien implantó la terapia centrada en la persona; y Fritz Perls (1969) que instauró la terapia Gestalt, la cual ve a la persona en su totalidad de acuerdo con 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.

En cuanto a la terapia centrada en Carl Rogers (2001, citado por Méndez López, 2014), 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 obtener un cambio:

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

Según Carson, 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 autoconcepto 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 (Carson & Butcher, 1992).

El terapeuta que utiliza la terapia centrada en el cliente, busca que la persona se ubique en su núcleo de autorealización 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 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 Rogers (2001, citado por Méndez López, 2014) 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 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, 1998). El humanismo maneja 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 entiende la adicción la terapia humanista?

La Terapia Humanista penetra en un nivel más profundo de los problemas relacionados con los trastornos de abuso de sustancias, a menudo actúa como un catalizador para la búsqueda de alternativas para llenar el vacío que el paciente está experimentando. La empatía y la aceptación, así como el conocimiento que se obtiene contribuyen a la recuperación proporcionando oportunidades para hacer nuevas elecciones existenciales, a partir de una decisión informada para utilizar o abstenerse de sustancias. La terapia puede agregar para el paciente una dimensión de la autoestima, la automotivación y autocrecimiento que mejor facilite su tratamiento.

El enfoque Humanista puede ser particularmente adecuado para el tratamiento de abuso de sustancias a corto plazo, ya que tienden a facilitar la relación terapéutica, aumentar la conciencia de sí mismo, centrarse en los posibles recursos internos y establecer al paciente como la persona responsable de la recuperación. De este modo, los pacientes pueden ser más propensos a ver más allá de las limitaciones del tratamiento a corto plazo y la recuperación se visualiza como un proceso de toda la vida para alcanzar su pleno potencial.

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

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

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

3.3 ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia grupal Cognitivo-Conductual inició a finales de los años 70. Este enfoque nació de la unión de técnicas derivadas de la terapia conductista y del modelo de terapia cognitiva. En sus inicios este enfoque encaminó sus esfuerzos al entrenamiento en habilidades sociales, posteriormente el entrenamiento en el manejo del estrés y la agresividad se convirtieron en los objetivos terapéuticos más importantes de este enfoque en su modalidad grupal. Actualmente la psicoterapia Cognitivo-Conductual es utilizada para tratar una diversidad de problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y consumo de sustancias. Es una forma de intervención en la cual terapeuta y pacientes trabajan como equipo para identificar y resolver problemas. Se usa el Modelo Cognitivo-Conductual para ayudar a sus pacientes a sobreponerse a sus dificultades, mediante la modificación de sus pensamientos, conductas y respuestas emocionales.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, en el que se fusionan principios y procedimientos derivados del Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante, Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría Cognitiva (Carrol & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville; Finney, Wilbourne, & Moos, 2007).



La Terapia Cognitivo-Conductual está basada en los siguientes principios que guían la intervención (Stallard, 2007):

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
• 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. • 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 del terapeuta es ser un guía en la comprensión de sus problemas y las formas alternativas de solucionarlas. • 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. • 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. • Se centra en el aquí y ahora. Los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y dificultades actuales. • 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. • La Terapia Cognitivo-Conductual es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades. Se trata de un enfoque centrado en la adquisición de habilidades con el objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y actuar.

¿Cómo entiende la adicción el enfoque cognitivo conductual?

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

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, etcétera) se tornan para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en desencadenantes condicionados que pueden generar síntomas condicionados de abstinencia, los cuáles son estímulos discriminativos para volver a consumir la droga y así contrarrestar estas sensaciones negativas; es decir, los individuos adquieren conductas por medio de la asociación de estímulos (Acuña, 2009). Este paradigma señala que con el paso del tiempo el consumo de una droga se asocia a diversos contextos (estímulos condicionados): lugares, personas, momentos del día o días de la semana, estados emocionales, entre otros, y la exposición a estos estímulos es suficiente para provocar el deseo intenso o impulsos, que a menudo son seguidos por el consumo de la droga (Little & Franken, 2012).

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante permite explicar la conducta, especialmente la de autoadministración de drogas. El principio central de este modelo de aprendizaje es la conducta de los individuos 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 futura (Acuña, 2009).

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 emociones desagradables como la tensión, cansancio e incluso el síndrome de abstinencia producido por el consumo mismo de las sustancias (West & Brown, 2013; Martín del Moral, & Fernández, 2009).

Teoría del aprendizaje social (TAS) de Bandura

Esta teoría sostiene que los patrones de conducta y las normas sociales y culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo el aprendizaje de determinadas conductas, pero también es posible desaprender aquellos comportamientos que no favorecen el desarrollo del individuo. Desde esta teoría los comportamientos adictivos son conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados de la droga, la experiencia directa de los efectos de esta como recompensa y castigo y la dependencia física (Graña, 1994).

Enfatiza el mecanismo de autoeficacia para explicar la manera en que el pensamiento afecta a la acción y 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 influyen directamente sobre el desarrollo y mantenimiento del uso de alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas (Echeverría, Ruiz, Salazar, & Tiburcio, 2008).

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva señala que la manera en que el individuo estructura cognitivamente sus experiencias determinará en gran medida su manera de actuar, de sentir, y la reacción física que experimenta, por lo tanto, establece una clara relación entre cogniciones, emociones y conductas. Según este modelo, las personas organizan su mundo en esquemas, los cuales son *patrones cognitivos* es decir, (formas de procesar la información) relativamente estables que constituyen la base de las interpretaciones de la realidad (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez, & Sánchez-Guerra, 2003).

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 (Becoña & Cortés, 2010). Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. De acuerdo con Beck, Wright, Newman, & Liese (2006) en el corazón del problema de la adicción se encuentra un conjunto de creencias centrales

o nucleares del tipo "estoy indefenso", "no soy querido". Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad que conduce a la búsqueda de la sustancia para aliviarlas (Polo et al., 2011).

En este sentido, las creencias adictivas deben ser consideradas como un conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer, resolución de problemas, alivio y escape. Pueden dividirse en varios grupos: las que guardan relación con la idea de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; la creencia de que la droga proporciona energía al individuo y por consecuencia más fuerza y poder; la expectativa de que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; y la convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continuará indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1999).

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 personas (Dobson & Dozois, 2010).

3.4 ENFOQUE SISTÉMICO

El modelo sistémico permite observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. Pero a la vez analiza cómo cada microsistema permite integrar la energía de los demás miembros del sistema, ya sean individuos o subsistemas.

La familia se define como un sistema, es decir "es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior" (Minuchin, 1986).

A partir del enfoque sistémico los estudios de familia se basan, no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros, como características estables temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tiene lugar un amplio entramado de relaciones.

En primer lugar, la familia se puede considerar como un sistema en constante transformación, lo que significa que es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias del entorno; esta adaptación asegura la continuidad y a la vez el crecimiento psicosocial de los miembros (Lila et al., 2000, citado en Espinal, Gimero, & González, 2005).

Las fuerzas que empujan al cambio en la familia provienen de los propios miembros de esta, de los sistemas con los que la familia interactúa (mesosistema) y del propio macrosistema donde se enmarca la familia. Por una parte, los cambios o transformaciones, por lo general, suelen comenzar produciéndose desde los elementos más externos del sistema, mostrando más resistencia al cambio a medida que nos acercamos al núcleo del mismo. Ello es debido a que los elementos más periféricos y recientes suelen ser más vulnerables e influenciados por otros sistemas, a la vez que manifiestan una mayor predisposición al cambio y por tanto a la intervención. Por el contrario, los elementos internos, que suelen coincidir con los primigenios del sistema, suelen estar más protegidos de las influencias externas y resultar ser más estables, lo cual es lógico al suponer que son la base sobre la cual se constituye el sistema, según ha expresado (Andolfi, 1993).

Otro aspecto importante, según Andolfi (1993), es entender la familia como un "sistema activo". Esta expresión no muestra analogía con el lenguaje propio de la Teoría General de Sistemas, sino que probablemente corresponde a la terminología que este autor ha utilizado para no confundir estabilidad de un sistema con inmovilidad del mismo.

La mirada posmoderna en la Terapia Familiar Sistémica

La Terapia, desde una perspectiva posmoderna, está constituida en bases filosóficas que invitan a una nueva manera de conceptualizar y operacionalizar las relaciones terapeuta-consultor (Bertrando & Toffanetti, 2004, citado en Aguedo & Estrada, 2013). Las ideologías posmodernas y socioconstruccionistas enfatizan la naturaleza relacional y generadora del conocimiento y del lenguaje. Consideran que el lenguaje es generador en la formación y reformación de la vida humana y sus relaciones. Esto crea conocimiento y la posibilidad de cambio y transformación en un número infinito de variedad de expresiones que corresponden al número de individuos que las realizan.

La Terapia Familiar ubicada en el lugar de la posmodernidad se concentra en las narraciones sobre las formas de relación entre las familias y cómo ellas mismas elaboran interpretaciones de sus situaciones problemáticas. Las terapias posmodernas tienen una visión integral, el terapeuta está en la posición de no saber, además se tiene una aceptación total del punto de vista del cliente. No investiga la historia del problema y no diagnostica, a diferencia de las terapias modernas en la que hay un diagnóstico y verdades absolutas y el terapeuta está en la posición de saber. Desde estas terapias, el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo, en la que el punto central no es la definición del problema, sino la disolución de la noción misma del problema, obteniendo resultados e indagando cuidadosamente en los eventos positivos de la vida de los clientes (Bertrando & Toffanetti, 2004, citado en Aguedo & Estrada, 2013).

El lenguaje es el eje central de la terapia partiendo de la idea que el cliente es el experto y el terapeuta está en una posición de no saber, dando una mayor importancia a la experiencia de la realidad con la que permite construir nuevos significados, por lo que la terapia es un proceso conversacional, en la que se le da importancia a lo que funciona en el diálogo (Marín, Ramírez, & Valderrama, 2016). La esencia de esta práctica posmoderna es un espacio y una relación conversacional en la que el diálogo puede tener lugar y como consecuencia directa de este se da el cambio y la transformación.

Algunas características comunes de las terapias posmodernas

La Terapia Centrada en Soluciones, la Terapia Narrativa y la Terapia Colaborativa son tres enfoques terapéuticos diferentes, pero comparten algunos conceptos básicos y una postura o forma de relacionarse con los clientes: la Inspiración Interdisciplinaria; una visión social/interpersonal del conocimiento y la identidad; atención al contexto; la utilización del lenguaje como eje central de la terapia (hablado o no). Se concibe a la terapia como un proceso de colaboración o sociedad; la multiplicidad de perspectivas (voces); valora el conocimiento local (personal); el cliente como el centro del proceso; el terapeuta debe ser transparente con el diálogo. Poner interés en lo que sí funciona (excepciones); la agencia personal (la posibilidad de tomar e implementar decisiones que acerquen a la persona a lo que quiere lograr en la vida, lo que preferirían hacer o les gustaría); así como flexibilidad en la duración de la terapia.

En la siguiente sección se describen por separado cada uno de estos modelos terapéuticos.

El **Enfoque Narrativo** tiene como principales representantes a White y Epston, Russell y Van den Broek, Gonsalves y Guidano, quienes han colaborado en la formulación de los siguientes postulados para este enfoque (CIJ, 2011): 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.

Intervención del terapeuta narrativo (Tarragona, 2006):

- Utiliza 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 fábulas).

- Como parte de la red conversacional favorece que se genere una mayor apertura de espacios para la construcción de nuevos significados, manifestando respeto y apertura.
- 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 posterapia destinada a afirmar la nueva narrativa.

En el **Enfoque Colaborativo**, los principales autores son: Harold Goolishian y Harlene Anderson (1988, citados en Ibarra, 2004) y cuyos principales postulados son: los sistemas humanos son sistemas de lenguaje generadores de significados; existe un pensamiento socio constructorista e incluyendo a la visión interaccional; se considera que cualquier problema psicológico se encuentra inmerso dentro de un contexto, como parte de pautas de interacción; este enfoque pone atención al modo en que el conocimiento influencia en las relaciones interpersonales y estas a su vez en la construcción del conocimiento.

Intervención del terapeuta colaborativo (Tarragona, 2006):

- 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.
- El terapeuta colaborativo y sus clientes se convierten en socios o compañeros conversacionales, colaboran y construyen procesos terapéuticos.
- Se interesa por el conocimiento que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación.
- Considera que el cliente es el experto sobre su propia vida.
- Trabaja desde una postura del "no saber".

- Se maneja en la incertidumbre de no saber a dónde le va a llevar la conversación.
- Mantiene pública su propia conversación interna.
- Enfatiza que todos somos parte de una infinidad de sistemas conversacionales y que la terapia es uno de ellos.

El **Enfoque Reflexivo**, tiene como principal representante a Tom Andersen (1991, citado en Tarragona, 2006) 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.

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 terapeuta con la familia.
- El propósito es dialogar y retroalimentar en presencia del paciente sobre lo observado en la sesión (Tarragona, 2006).

La **Terapia Centrada en Soluciones** se encuentra representada por Milton Erickson, Steve de Shazer, O'Hanlon, Isoo Berg (Sánchez, 2004). Sus postulados son: toma del constructivismo que no hay una realidad única; el 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".

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 gravosa.
- 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.

¿Cómo entiende la adicción el enfoque sistémico?

En el campo de las adicciones, es de vital importancia observar el síntoma desarrollándose en un contexto relacional significativo en el que los integrantes adoptan una forma de relacionarse con el portador del síntoma y de ser afectados por este, ya que “el síntoma es una forma de decir lo que la palabra no alcanza a decir, o lo que los oídos de los demás no quieren escuchar. El síntoma emerge como un refugio, protege, defiende ante el impacto insostenible de la negación del ser” y agrega que “la visión del síntoma como emergencia del sistema familiar para modificar su estructura estable, fue propuesta por los pioneros del enfoque sistémico aplicado a la psicopatología, por ende el objetivo terapéutico es modificar la disfuncionalidad del sistema, de tal manera que una vez cumplida su función el síntoma abandona la empresa” (Elkhaim, 1995).

Por otro lado la persona que ha entrado en contacto y establecido una relación con la droga o sustancia, ha dejado de expresar, conversar, definir, proponer sobre su vida. Su discurso principal está dominado por el acto de consumir, su saber se circunscribe al hecho de drogarse, sus deseos han sucumbido ante el placer efímero y esclavizante derivado de los efectos en el cerebro de la sustancia, su ser y estar han sido sustituidos por existir solo si está bajo la influencia de las drogas y de socializar solo con otros en iguales condiciones. La identidad se fusiona a una especie de identificación con el ser excluido que le lleva a adaptarse a esta condición. La adicción, queda suspendida en una especie de transición definida como A-Dicción, antes de pasar a la palabra, antes de la expresión del lenguaje que te hace estar presente.

Y desde el estado de ausencia, exclusión, silencio en el que la persona con problemas de adicción se encuentra, el reencontrarse con un otro que escucha, respeta, dialoga, construye, conversa, incluye y lo mira como experto en su empresa, es que resurge el sujeto y su capacidad de hablar sobre sí mismo, sus deseos, su pensar, encontrando significados que lo hagan redefinir su relación consigo mismo, con los otros y con la sociedad que lo contiene.

Hay varios autores que han estudiado y trabajado con el sujeto que cursa con adicción a sustancias y su familia desde diferentes enfoques o conceptos referenciales según la experiencia y como la han organizado alrededor de las bases de epistemología sistémica. El foco de este trabajo ha variado y se ha puesto en los procesos de desarrollo como es la individuación en el adolescente, los tipos de toxicomanías según la estructura familiar, la transmisión intergeneracional, las condiciones sociales y políticas, etcétera.

Stanton

Considera la adicción a las drogas como 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. Este sistema pierde equilibrio cuando por algún motivo los padres se disgustan o entran en desacuerdos con amenaza de separación, cuando esto ocurre, el usuario de drogas crea una situación dramática atrayendo la atención de los padres hacia él, 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 (apego parental) (Stanton & Thomas, 1990).

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, la cual se disuelve y restablece una y otra vez en donde el consumidor participa de forma activa en este patrón homeostático (equilibrio) de ida y vuelta entre sus pares y su hogar.

Asimismo, las relaciones que establece la persona consumidora refuerza la dependencia respecto de la familia. Es decir las relaciones externas que establece se pueden

considerar conductas pseudoindependientes y pseudocompetentes por parte del 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 cuando el problema de adicción del hijo 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.

Luigi Cancrini

Explica la adicción en cuatro escenarios distintos y propios de la estructura familiar: 1) Toxicomanías Traumáticas, 2) Toxicomanías de Neurosis actual, 3) Toxicomanías de Transición y 4) Toxicomanías Sociopáticas (Fernández, 2006).

- **La Toxicomanía Traumática:** 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.
- **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; d) el límite difuso intergeneracional; e) establecimiento de una polaridad en la figura del hijo consumidor de sustancias como "malo" en relación al hijo "bueno"; f) la comunicación se establece por mensajes contradictorios por la rapidez y la violencia del desarrollo de los conflictos.
- **La Toxicomanía de Transición:** se presenta cuando la familia del consumidor establece una comunicación con mensajes paradójicos e incongruentes y evita definir las relaciones interpersonales e ignoran los mensajes de los otros miembros del sistema.

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

Stefano Cirillo

Plantea que existe una transmisión intergeneracional de traumas y carencias en las familias de los consumidores. Observó que los padres de los consumidores solían vivir ciertos traumas y carencias en su infancia, los cuales fueron escasamente reconocidos y elaborados en su vida posterior. Con base en esta idea general, Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1999) buscaron identificar y describir la historia de la relación familiar en la que el hijo llegó a consumir drogas a partir de la cual propusieron sus siete estadios de la etiopatogénesis adictiva en donde incluyeron en la terapia el conocimiento acerca del proceso familiar, a través del cual el hijo llegó a heredar ciertas carencias padecidas por los padres.

Los siete estadios básicos para analizar el proceso diacrónico de la evolución de la relación familiar son: 1) Las familias de origen; 2) la pareja paterna; 3) relación madre-hijo en la infancia; 4) la adolescencia; 5) el paso al padre; 6) el encuentro del paciente con las sustancias estupefacientes; y 7) las estrategias basadas en el síntoma y los mecanismos que contribuyen a cronificarlo. Incluyen tres recorridos diferentes en el desarrollo del proceso patológico de las adicciones: Recorrido 1: Abandono Disimulado; recorrido 2: Abandono Desconocido, y recorrido 3: Abandono Activo (Cirillo et al., 1999).

Respecto a la terapia, los autores plantearon que estos recorridos juegan un importante papel en la deconstrucción de las historias emocionales de la familia. Consideran que una óptica trigeneracional no culpabiliza a nadie, sino que facilita el que los miembros de la familia se consideren como parte de un sistema en sufrimiento.

Así, alivia a la familia del peso de responsabilizarse individualmente, lo que favorece una mejor y mayor colaboración en la terapia.

La deconstrucción de la historia busca dar sentido al malestar experimentado por el usuario en su recorrido vital —ya que se conecta con el sufrimiento de una carencia— y ofrece a la familia la oportunidad de dar un paso evolutivo importante, fundándolo en la conciencia de lo ocurrido y en el mutuo reconocimiento de daño padecido y de las respectivas responsabilidades.

Su enfoque emergió con todo su interés en la co-construcción de las historias emocionales de la familia fungiendo como un motor de la terapia, distinguiéndose de las intervenciones “correctivas” en cuanto que se orientan únicamente a los aspectos disfuncionales de la organización familiar de los pacientes. Se enfoca en la reorganización del significado construido alrededor de la realidad del usuario de drogas y de la familia como el punto central de la terapia.

Esta reflexión, enfocada en la recuperación de significados que permitan comprender la realidad del consumidor de drogas de una manera diferente, presenta cierto parecido con tendencias nuevas de la terapia familiar llamadas terapias narrativas o de segundo orden.

Juan Luis Linares

Describe su enfoque desde el postulado de que el más importante elemento de la experiencia relacional que se acumula para servir de base a la construcción de la personalidad individual es la vivencia subjetiva de ser amado. Desde que nace, el niño va procesando su relación con sus padres en términos de amor, pero se trata de un amor complejo, que no se parece mucho al amor romántico (esa sublime simplificación) (Linares & Soriano, 2013).

El amor complejo con que se construye la personalidad es un proceso relacionalmente nutricional, que, lejos de consistir en un fenómeno puramente afectivo, posee ingredientes cognitivos, emocionales y pragmáticos. Hay, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos.

Para construir una personalidad madura, el niño necesita percibirse reconocido como individuo independiente, dotado de necesidades propias que son distintas de las de sus padres.

La falta de reconocimiento, o desconfirmación, es un fracaso de la nutrición relacional en el terreno cognitivo que puede comportar serios hándicaps para la construcción de la personalidad. Igual ocurre, sin salir del componente cognitivo de la nutrición relacional, con la descalificación, que es un fracaso de la valoración de las cualidades personales por parte de figuras relevantes del entorno relacional.

El bloqueo o la interferencia de cualquiera de estos componentes redundará en un déficit de nutrición relacional, parcial y relativamente específico, que estará en la base de los distintos trastornos psicopatológicos. Se describen cuatro grandes universos psicopatológicos: las psicosis, las neurosis, las depresiones y los trastornos de la vinculación social, que reúnen las correspondientes manifestaciones sintomáticas con los respectivos trastornos de personalidad, cuya separación diagnóstica en un nivel distinto no es aceptable.

De igual manera se establecen correlaciones entre las cuatro grandes agrupaciones diagnósticas y otras tantas disfuncionalidades relacionales que remiten a la familia de origen, donde la conyugalidad y parentalidad se combinan, generando tres modalidades básicas de maltrato psicológico: las triangulaciones, las deprivaciones y las caotizaciones. La definición de las bases relacionales de los trastornos psicopatológicos debe permitir avanzar en la fijación de criterios específicos para guiar la intervención terapéutica.

- **Triangulación manipulatoria**

Los padres con dificultades en las funciones conyugales pero razonablemente interesados en sus hijos envían mensajes a éstos requiriendo su colaboración, la cual puede hacerse por parte de los dos progenitores o sólo de uno y la oferta que completa el mensaje puede consistir en más atención, más comprensión, mejores condiciones materiales, entre otras.

- **Triangulación desconfirmadora**

Los hijos, tras ser invitados a participar en los juegos conflictuales de los padres, se ven abandonados o traicionados al ser mucho más importante el conflicto que nunca termina que la efímera alianza de la que han formado parte.

- **Triangulación equívoca**

Los hijos que la sufren viven en un territorio de nadie desde el punto de vista relacional, ante la persistente incapacidad de los padres para percibir el sufrimiento y las carencias que ello comporta. Por eso no es de extrañar que los hijos desarrollen una desconfianza radical para con los adultos y que su sociabilidad, precaria y marginalizada, se dirija casi exclusivamente hacia los iguales, que en una atmósfera relacional condenan a la adolescencia perpetua.

- **El maltrato psicológico deprivador**

La armonía conyugal puede combinarse con un deterioro de las funciones parentales, con un desinterés, una desimplicación o incluso una hostilidad para con los hijos de carácter primario. El maltrato psicológico resultante no se vehicularizará a través de triangulación alguna, sino que reflejará una reprivación nutricional primaria. Aunque entre los padres reine la armonía conyugal, sus actitudes para con los hijos pueden revestir apariencias distintas.

- **La deprivación hipersociable**

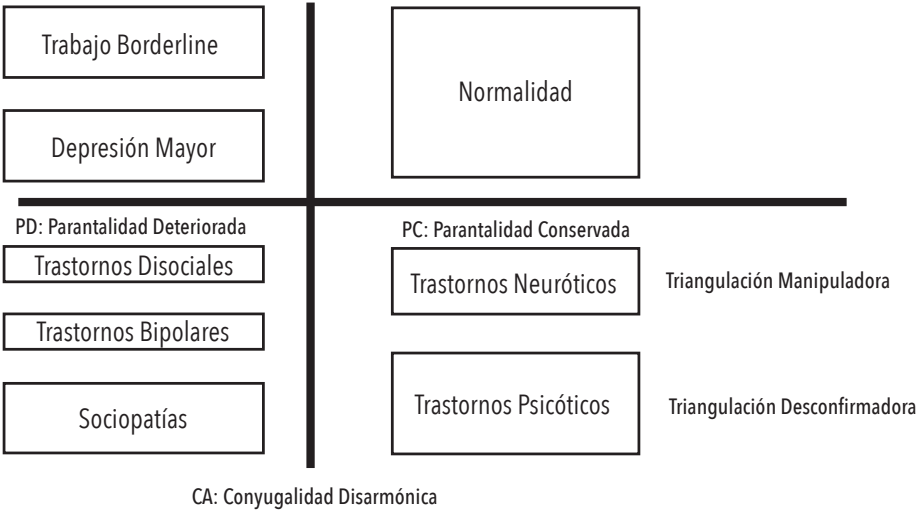
El desencuentro parental puede producirse en torno a la exigencia, los padres supeditan la valoración, ingrediente fundamental de la nutrición relacional, a una imposible respuesta satisfactoria a las desmesuradas exigencias que plantean, con el resultado de una profunda descalificación del hijo. Descalificado, pero impedido de rebelarse, el hijo crecido en ese ambiente relacional puede verse orillado al suicidio como única vía de escape.

- **La deprivación hiposociable**

A veces la exigencia no está presente o aparece demasiado mezclada con el rechazo, incluso puede verse sustituida por una variedad de hiperprotección en la que si se le da al hijo todo lo que pide es más para neutralizarlo que para satisfacer sus necesida-

des, en este caso, es probable que las funciones sociabilizantes fracasen y que el niño se encamine hacia la inadaptación social, conductas violentas e impulsivas, dificultad para mantener vínculos estables, consumo de drogas, entre otras.

CA: CONYUGALIDAD ARMONIOSA



FUENTE: LINARES (2007).

Desde el terreno de la práctica clínica con personas que consumen sustancias y sus familiares, podemos hacer un análisis desde el modelo de Juan Luis Linares y apoyándonos en una metáfora relacional con la sustancia, observar qué puerta abren las familias para que la droga se introduzca y controle la situación, es decir, las triangulaciones que colocan a los hijos en medio de las dificultades de los padres y se vuelven transmisores de estos, que al parecer podrían hacerlos sentir importantes por la lealtad y colaboración con los mismos, pero que en realidad solo son “usados para” y por lo tanto en sí mismos no son vistos, además de estar atrapados en una relación codependiente generará trastornos (neuróticos o psicóticos) y en donde el lugar que ocupa la sustancia o droga es el de aliviar el dolor y la confusión que trae esta relación.

En cuanto a las deprivaciones, la droga entra por el lado de llenar profundos vacíos y sentimientos de soledad y abandono en el que los hijos no son mirados, ni importantes, tal vez sólo cuando cubren alguna necesidad narcisista de los padres y el hallarse en estados inducidos por drogas les ayudan a contener la angustia, existiendo por momentos aunque sea con la conciencia alterada o evadir la no existencia con este mismo efecto. Y qué decir del caos que enfrentan hijos cuyo sistema familiar es el que ataca y amenaza su existir a través de la violencia física, psicológica, económica y sexual, donde no existen los límites necesarios para garantizar el lugar de cada quien y la protección del sistema y la única forma de sobrevivir es adaptándose a la violencia y formando parte de ella; entonces la droga ocupa un espacio privilegiado, ya que a la vez que adormece los sentidos para no sucumbir ante el tremendo miedo a la muerte, sirve de vínculo antisocial con otros y como una forma de sobrevivir económicamente cuando se comercializa con ella.

Entonces, la intervención terapéutica estará conformada con base en ese lugar que la droga, de manera oportunista, ha ocupado en la vida del sujeto y su familia, construyendo un nuevo espacio de vinculación nutricional amoroso que fortalezca los ingredientes cognitivos, emocionales y pragmáticos necesarios para un pensar, un sentir y un hacer amorosos.

CAPÍTULO 4: 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 las personas usuarias de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible" (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC], 2003).

4.1 OBJETIVOS DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

En términos generales, los objetivos del tratamiento que se proponen para atender el consumo de sustancias psicoactivas son:

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS

- Suprimir o reducir el consumo de sustancias.
- Acortar el curso y evolución de la adicción.
- Identificar y tratar las enfermedades asociadas al consumo de drogas.
- Evaluar y tratar los patrones de relación familiar que están asociados a la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva.
- Incrementar el grado de bienestar físico, mental y social de la persona que consume y de su familia.
- Promover la rehabilitación y reinserción social del paciente.
- Mejorar el desempeño en los campos familiar, escolar y/o laboral del paciente.
- Prevenir las recaídas y por tanto el incremento en la severidad de la adicción.
- Incorporar al tratamiento nuevas técnicas farmacológicas y de delimitación del daño, con evidencia probada.

De ahí que los objetivos de las diferentes modalidades de psicoterapia, busquen:

OBJETIVOS DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE PSICOTERAPIA

- 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.

4.2 FASES DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

De manera general, la psicología clínica plantea que la intervención psicoterapéutica sigue un rumbo 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 cierre (De Rivera, 1992; Sánchez-Escobedo, 2008; Maier & Boivin, 2011).

Independientemente del marco conceptual que el terapeuta maneje, la propuesta metodológica general es que el proceso de intervención en Terapia Individual se conduzca a través de una serie de fases vinculadas entre sí, pero con metas y objetivos diferentes, aunque esto varía según el enfoque de cada escuela terapéutica.



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.

FASE 1

Conceptualización del caso (personalización del proceso de tratamiento)

La conceptualización de la situación del paciente es un paso importante en cualquier psicoterapia, ya que el terapeuta podrá comprender en mayor medida la manera en que los pacientes manifiestan un problema o dolor emocional que repercute en su actuar y en sus relaciones. Esto aplica en el caso del uso, abuso o dependencia de las drogas y adquiere una especial importancia ya que la adherencia a un programa de

tratamiento es difícil, ofrece múltiples resistencias o miedo al cambio, por lo que es necesario recoger de la narrativa del paciente, su conjunto de creencias y actitudes, estrategias de afrontamiento, situaciones de vulnerabilidad, pensamientos y significados asociados al consumo de drogas para definir la disposición al cambio y a partir de lo cual se define un problema que puede ser abordado en la relación paciente-terapeuta.

En esta relación, ambas partes colaboran en la comprensión de la situación particular del paciente que permita construir un espacio para la expresión de sus dificultades, preocupaciones, emociones, miedos, fantasías, y sentar las bases de la relación terapéutica, elemento fundamental para el éxito del tratamiento.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Exploración y definición de la situación del paciente

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, en donde 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, su momento de cambio y las bases de la alianza terapéutica, la fase siguiente en el desarrollo de la intervención consiste en poner en juego la metodología, estrategias y actuaciones específicas en función de las necesidades y evolución del paciente, tomando en cuenta 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 con 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.

INTERVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS ASOCIADOS

Metodología, estrategias y actuaciones específicas en función de las necesidades y evolución del paciente.

Hacer consciente al paciente de los elementos relacionados con sus problemáticas actuales.

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, a su vez, un administrador de los tiempos, los contenidos, y las metas del proceso (De Rivera, 1992; Sánchez-Escobedo, 2008; Maier & Boivin, 2011).

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 y elaborar un plan de prevención de recaídas.

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.

CIERRE DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Ayudar al paciente a reconocer los procesos de cambio que acontecieron en la intervención (estados emotivos, resignificaciones); fortalecer las acciones emprendidas respecto de las metas trazadas en conjunto; y elaborar un plan de prevención de recaídas.

4.3 LA TERAPIA INDIVIDUAL DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES

Enfoque psicoanalítico

Se había hecho mención a la operación necesaria para el abordaje posible de la toxicomanía: la de introducir la pregunta sobre el sujeto y sus modos de satisfacción pulsional, en este pasaje se invierte necesariamente el lugar del objeto droga, que pasa de ser la causa a ser una consecuencia, movimiento que por otra parte permitiría romper la identificación con el rótulo del "ser adicto" -identificación promovida y custodiada por la mayoría de las terapias que trabajan con adicciones-. Se trata, en cambio, de desplegar las coordenadas en las que un sujeto puede asumirse como de-seante, pero también como un ser capaz de elección y por ende responsable de ellas, interrogando el tipo de solución que la sustancia provee.

Las investigaciones de Freud con la cocaína le llevaron a destacar un primer aspecto en la relación del sujeto con tal sustancia; su valor analgésico, la droga es utilizada entonces para cancelar el dolor. En esta tesis, que no es abandonada en ningún momento, la sede del dolor pasa del cuerpo somático al aparato psíquico (que incluye

al cuerpo, como lo indica el concepto de pulsión). Freud vincula la cancelación de este dolor con cierta ganancia de placer, y por ello el problema de la adicción queda vinculado con la sexualidad.¹

Es por la imposibilidad de acceder a un placer ilimitado y siempre disponible que el consumo de una sustancia o la reiteración de una conducta pueden devenir compulsivos y generar un estado comparable al de la manía o al de los delirios erotómanos. Es por ello que el sujeto acaba por retirarse de la realidad humana, de las personas y objetos otrora placenteros, denostando todo vínculo y recurso simbólico para terminar soldando su cuerpo al uso de la sustancia. Debido a este mecanismo, indudablemente psíquico, es que en psicoanálisis se prefiere hablar de toxicomanías, no de adicción.

El consumo entonces provee de una paradójica salida: ofrece la obtención de una satisfacción plena mediante la posesión absoluta del objeto tóxico y, al mismo tiempo, empuja al sujeto hacia una soldadura letal con ese mismo objeto. Esta solución se asemeja a la del síntoma, aunque hablando con propiedad no lo es, ya que para ello se requeriría, siguiendo a Freud, que se trate de un conflicto entre representaciones. A pesar de todo, es posible vincular la toxicomanía con una causa pulsional, razón por la que puede perfectamente interrogarse la satisfacción puesta en juego y reconducirla a su determinación inconsciente.

Finalmente, es importante reiterar que para el psicoanálisis la toxicomanía no es una entidad psicopatológica ni una estructura subjetiva; de acuerdo con los postulados que elaboró Freud, prevalecen las categorías de neurosis, perversión y psicosis que determinan una posición específica frente al deseo, con mecanismos definidos de formación de síntomas y que, en congruencia con esa distribución tripartita, establecen nexos específicos con las sustancias.

¹ Para sintetizar, nos remitimos a la definición del Diccionario Laplanche y Pontalis (2004): "la palabra sexualidad [en psicoanálisis] no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental".

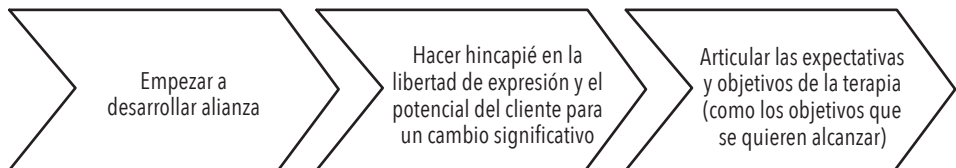
Enfoque humanista

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 su estilo de vida.

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, aumentan la conciencia de sí mismo, los recursos internos y ubican 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:



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 qué se espera y a dónde 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 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, ya que si el paciente experimentó una sesión negativa esto puede generar que ya no regrese a terapia y abandone 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 es estructurada y con un componente psicoeducativo en comparación con otras modalidades de tratamiento, donde el terapeuta asume una postura más directiva y el 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*.

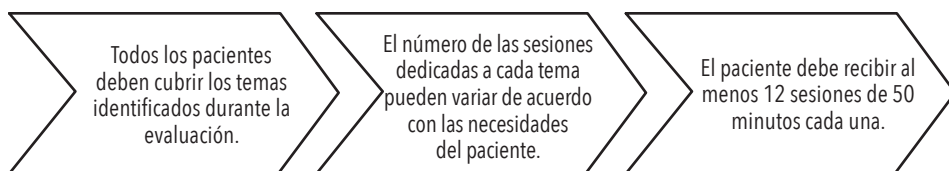
Cuando la persona consumidora de drogas llega a tratamiento, debe pasar en un principio por la fase de evaluación clínica y diagnóstico y la información obtenida permite realizar la conceptualización del caso, en donde supone un trabajo de colaboración terapeuta-paciente; es un proceso activo, basado 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; pues 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 tan-

to estrategias cognitivas como conductuales, entre las que se encuentran el análisis funcional que ayuda a que el 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 las situaciones o estímulos que funcionan como antecedentes y activan al organismo hacia la búsqueda de la sustancia y el consumo; dichos estímulos corresponden al ambiente interno o externo del individuo y 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 dos sean de evaluación y el resto de sesiones temáticas nucleares; sin embargo, es importante que el terapeuta no se limite al número de sesiones mencionadas, ya que este dependerá de las necesidades identificadas durante la fase de evaluación. La duración de las sesiones será de 50 minutos (Kouimtsidis, Reynolds, Drummond, Davis, & Tarrier, 2007).

Estructura de las sesiones



Las sesiones se componen de tres partes (Kouimtsidis et al., 2007):

Primera

- Incluye la bienvenida y el encuadre de la sesión. Durante esta se realiza la revisión de los acontecimientos ocurridos la semana previa 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.

Segunda

- Considerada como la principal, ya que es donde se aborda el tema a trabajar de acuerdo con la agenda de trabajo.

Tercera

- Se realiza un resumen de la sesión, se indaga el punto de vista del paciente y se establecen las tareas a realizarse hasta la próxima cita.

El enfoque sistémico

Loriedo, Angiolari y De Francissi (1989) en su artículo sobre terapia individual sistémica, cita a Bowen refiriéndose a que ha practicado “psicoterapia familiar con un solo miembro de la familia” en el que enseña a la persona motivada las características de las tríadas y de los sistemas emocionales, con el propósito de obtener distancia emocional y que la persona pueda observar las relaciones familiares intentando conseguir la diferenciación del self y desde esto lograr que influya sobre otros miembros de la familia. Por otro lado, este mismo autor refiere que Selvini Palazzoli y Viaro propusieron terapia individual de la anorexia basada en conceptos como “juego familiar”, “regla”, “estrategia”, etcétera, partiendo de que su modelo trata al sujeto sin aislarlo de sus redes o relaciones con quien cotidianamente mantiene una conexión, influenciándose entre sí. Desde la intervención con el sistema familiar se trabaja con el juego interaccional y desde el individuo con la estrategia del propio sujeto, lo que lo lleva a renegociar las reglas (Elkhaim, 1995).

Al respecto, Camillo Loriedo, plantea que se ha intentado formalizar la modalidad de Terapia Individual Sistémica (TIS), de tal manera que se superen posiciones ortodoxas que restrinjan el enfoque sistémico a la Terapia Familiar. Estos autores proponen que algunos criterios para elegir este abordaje tiene que ver con la demanda

del sujeto, que al no contar con la participación de su pareja o familia decide tratarse a sí mismo, o que su necesidad tenga que ver con la emancipación de su sistema, por ejemplo un joven que tiene intención de separarse de su familia pero percibe dificultades en sí mismo para hacerlo.

Por otro lado, está el ciclo vital del demandante, el cual puede encontrarse con dificultades para desvincularse o en una fase de desvinculación incompleta, pero que sus condiciones de vida emocional o práctica sean suficientemente independientes.

En contraste a esto, los autores piensan que la TIS no está indicada cuando la pide un familiar, (aun cuando el paciente la acepte), cuando está basada en la conducta de otra persona o cuando lo pide un adolescente.

En la experiencia con personas usuarias de sustancias tóxicas, es muy frecuente que la terapia la solicite un tercero, es decir, la familia de origen, la pareja o incluso una institución del sector educativo, laboral o judicial, por lo que se requiere incluir a la familia en algún tipo de acción de orientación, psicoeducativo o psicoterapéutico, esto permitiría que el individuo pueda llevar una terapia individual, ya que el trabajo con el contexto que demanda está siendo atendido. En cuanto a los adolescentes, opera el mismo criterio y solo sería importante ahondar en que la participación de la familia o tutores es indispensable, pues deben dar el consentimiento.

Las intervenciones sistémicas, aunque se hagan desde el escenario de la intervención individual, puede incluir al sistema de diferentes formas: intercalando sesiones con la familia, a través de cámara de Gessell o en sesión de grupo reflexivo. Es importante recalcar que algunas de las bases de la Terapia individual sistémica tiene que ver con el individuo y su sistema de pertenencia, el síntoma como manifestación de tensiones internas en el sistema y secuencias repetitivas en las que participan todos los miembros del sistema.

Al respecto, Bismarck Pinto Tapia, en su artículo "La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta" plantea que para hablar de psicoterapia se debe mencionar el tema del cambio, ya que los pacientes acuden al psicoterapeuta para cambiar algo de sus vidas, pero la expectativa es que exista en las habilidades del profesional algo de magia para hacer desaparecer su dolor, o parafraseando a Moni Elkaim, 1995: "los pacientes piden cambiar sin que se los cambie"; esto es "ayúdeme a dejar de sufrir pero sin cambiar mi situación" (Pinto, 2004, p. 1). Este aspecto es muy im-

portante, sobre todo en sistemas con problemas de consumo de sustancias, pues visto desde la experiencia con esta problemática, las historias de pérdidas, dolor y violencia que caracterizan a las personas involucradas en esta problemática nos lleva a observar que parte de sus mecanismos de regulación es evitar el conflicto, lo que se configura tanto como un patrón de comportamiento y comunicación del sistema como una actitud o mecanismo de defensa del individuo y esto implica evadir todo aquello que obligue a enfrentar, hablar o cambiar algo.

Moni Elkaim dice al respecto que la disfuncionalidad de un sistema se caracteriza por su tendencia a la equifinalidad, esto es a actuar para reducir al máximo la entropía, lo que iría en contra de lo que necesita un sistema activo, que es expandirse y crecer, y las interacciones entre sus elementos producirán ciertos niveles entrópicos internos ocasionando una crisis dentro del sistema, aspecto que es evitado en sistemas con problemas adictivos.

Al respecto, Bismark refiere que la visión del síntoma como emergencia del sistema familiar para modificar su estructura estable, fue propuesta por los pioneros del enfoque sistémico aplicado a la psicopatología, por ende el objetivo terapéutico cambió de considerar al síntoma como un enemigo al que se debe exterminar al de un amigo para modificar la disfuncionalidad del sistema, de tal manera que una vez cumplida su función el síntoma abandona la empresa.

Bismark acota en su artículo que "el síntoma es una forma de decir lo que la palabra no alcanza a decir, o lo que los oídos de los demás no quieren escuchar. El síntoma emerge como un refugio, protege, defiende ante el impacto insostenible de la negación del ser. De ahí que el lenguaje y la conversación en el escenario de la terapia sea un factor fundamental para de-construir eso que se formó en su ausencia" (Pinto, 2004, p.1).

Algo que menciona Cammillo Loriedo, se refiere a la tendencia del individuo a reproducir con el terapeuta la misma relación que tiene con su sistema de pertenencia (Loriedo et al., 1989) siendo esto incluso un postulado psicoanalítico, pero en el enfoque de lo sistémico se define desde el contexto y lo transcontextual (Loriedo et al., 1989) que hace referencia a la tendencia a "solapar" los contextos y por lo tanto a reproducir patrones relacionales significativos, lo que el terapeuta utiliza para evaluar el proceso con el paciente en su diferenciación con la familia y con el propio sistema terapéutico.

Otro criterio que menciona el autor es que la familia y el terapeuta entran en una relación a través del individuo, mismo que tiene que ver con varios sistemas (polisistémico), por lo que una intervención en el individuo es una intervención en su sistema de relaciones.

La Terapia Individual Sistémica (TIS), en el caso de sujetos con problemas de consumo de sustancias, sea abuso o dependencia, nos ubica en un contexto definido por una problemática compleja en su dinámica interdependiente de varios factores que la determinan y que constituyen un sistema relacional intrincado y en muchas ocasiones confuso, que hace necesario abordar al individuo en conjunto con su mundo relacional, en especial, su sistema familiar.

En estos casos se dan diferentes situaciones como que la persona que consume no quiere asistir a tratamiento y es la familia quien acude a pedir orientación o asiste obligado por esta u otras instancias legales, educativas o laborales. Otra situación frecuente se da cuando la familia no quiere asistir, al menos a proceso de orientación, ya que considera que el problema es de quien consume, o incluso cuando asiste puede darse una reacción negativa al proceso de cambio del familiar que consume, sobre todo cuando este cambio apunta hacia una individuación o condición de autonomía, por lo que la TIS sería una intervención necesaria para reforzar el proceso individual relacionado al proceso de terapia familiar u otra modalidad de intervención con la familia.

En ocasiones los terapeutas familiares, pueden realizar sesiones individuales o grupales sin perder de vista el sistema familiar como una visión integral en su conjunto (Fernández, 2006).

A continuación se menciona de manera resumida, las principales intervenciones que realizan los enfoques posmodernos en la terapia (Sánchez, 2004; CIJ, 2011).

Como se mencionó anteriormente, el enfoque narrativo indaga la concepción del síntoma en la familia, emplea los procesos de deconstrucción en los que las personas pueden identificar cómo el contexto social, influye y moldea creencias y se centra en las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y las intenciones, lo que permite de manera amplia y clara realizar la Terapia Individual Sistémica con esta herramienta terapéutica.

Aspectos básicos de la Intervención en terapia narrativa (Tarragona, 2006):

- La relación terapéutica basada en este sistema de pensamiento, separa a la persona del problema, (externalización del problema) haciendo que se imagine como una persona, más allá de una circunstancia o situación de vida que la ha dominado, lo cual favorece su objetividad. Desde esta perspectiva, el discurso de la persona que tiene dependencia a sustancias o está abusando de ellas, está dominado por conceptos negativos sobre sí mismo y no solo eso, sino que hay una introyección del "sí mismo" como el problema, sobre todo definido desde los demás, "soy un problema para mi madre" ; "la hago sufrir"; "no quisiera causarle esto pero no puedo cambiar"; "sé que soy lo peor", etcétera, formando parte de una identificación con la exclusión social adaptándose a este papel. En ese sentido, en un proceso de rehabilitación, es importante acompañar a la persona en una conversación deconstructiva que le permita externalizar el problema y separarse de él, facilitando que mire y se mire desde otra perspectiva y pueda percibir algo más de sí mismo, que descubra además acontecimientos excepcionales que ha podido enfrentar y resolver, solucionando conflictos, mostrando capacidades y habilidades que se habían demeritado o subestimado y que estaban ocultas ante la identificación con ser un problema, lo que le permita restaurar el poder personal y seguir poniendo una distancia conveniente con el problema.

Parte de la dificultad es la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos, por lo que el uso de documentos terapéuticos (como cuentos, testimonios y fábulas), permiten desarrollar nuevas vías de percepción y comprensión que significa a la vez un lenguaje que expresa sucesos significativos que se incorporan a la vida de la persona.

Un ejemplo de ello lo tenemos en la práctica de Centros de Integración Juvenil, en la que ha sido de gran utilidad el extender certificados o constancias de reconocimiento por tiempo de abstinencia o logros terapéuticos, así como cartas estratégicas que buscan redefinir alguna circunstancia relacionada con el proceso de tratamiento, o testimonios y expresiones a través del arte que permiten paulatinamente recuperar la capacidad de transformar el acto en

palabras y la confianza en sí mismo, además el apreciarse con mayor valor, lo que favorece una mayor apertura de espacios para la construcción de nuevos significados.

De ahí que el enfoque narrativo aplicado a procesos terapéuticos ayuda a la persona a construir los objetivos que desea alcanzar, da validez y contexto al problema, da pauta para una nueva historia que permita afirmar la nueva narrativa.

Preguntas que generan conversaciones significativas muy pertinentes al problema de consumo de sustancias pueden describirse desde un contexto en el que se le define como algo extraño o externo a la persona que actúa por sí misma y desde ahí construir preguntas que generen información y reflexión como:

PREGUNTAS QUE GENEREN INFORMACIÓN Y REFLEXIÓN



- ¿Desde cuándo entró la droga a tu vida?
- ¿Has notado cuándo es más fuerte y más débil la droga?
- ¿De qué tácticas se valen estas drogas para influenciarte sin que te des cuenta?
- ¿Cómo ha afectado tu relación con la droga la imagen que tienes de ti misma (o) ?
- ¿De qué manera ha interferido la droga en la relación con tus padres?
- ¿Cómo ha afectado la droga los planes que tenías para tu vida?
- ¿Qué efecto ha tenido la droga en tu capacidad para divertirse y disfrutar la vida?
- ¿Qué opinas acerca de que la droga tenga tanto control sobre tu vida?
- ¿Para ti es aceptable que la droga te haya impedido hacer cosas que deseabas hacer?

De la misma manera el enfoque colaborativo, reflexivo y de solución de problemas utilizan la conversación dialógica que lleva a co-construir nuevos significados que conlleven a crear nuevas realidades de responsabilidad, estructura y empoderamiento personal.

Algunos ejemplos de preguntas elaboradas desde la terapia centrada en soluciones serían:

- ☐ **Para definir el problema:**
 - ¿Qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida?
 - ¿Cuál es el cambio que quiere lograr?
 - Cuando el consumo de la droga no está presente o es menos intenso, ¿qué es distinto?
- ☐ **Para establecer metas:**
 - ¿A dónde quiere llegar?
 - ¿Qué quiere ver en su vida en lugar de consumir drogas?
 - ¿Qué quiere que deje de suceder y qué desea que suceda cuando la droga esté ausente?
- ☐ **La pregunta del milagro:**

Imagina que mientras duermes esta noche y toda la casa está en silencio ocurre un milagro: El problema que te trajo aquí (tu relación con la droga) se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que cuando te despiertes por la mañana, ¿qué será diferente que te haría notar que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?
- ☐ **El uso de escalas:**
 - De una escala del 1 al 10, en donde el 1 es el máximo del problema y el 10 la ausencia del problema, ¿en qué punto está su problema en la actualidad?
 - ¿Dónde ha llegado a estar su problema?
 - ¿En qué número tendría que estar para que usted sienta que está mejor, o a que nivel quisiera que llegara para darse cuenta que la terapia ha funcionado?
- ☐ **La retroalimentación:**
 - ¿Qué ha mejorado desde que nos vimos la última vez?

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 desde su inicio 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 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.

Hablando en términos derivados de la experiencia humana, sensibles y empáticos a los procesos y circunstancias de vida de las personas que han llegado a depender de una o varias drogas, tenemos la obligación ética de mirar principalmente a la persona que vive con esta problemática y no a la droga en sí, lo que nos permita establecer conversaciones que signifiquen un acompañamiento en el que se ponga al servicio de la persona y su sistema de relaciones cualquier herramienta terapéutica que conduzca a la recuperación de su bienestar físico, psicológico y social y a lograr apropiarse, a través de participar de manera activa en su proceso terapéutico, de la seguridad en su capacidad como ser humano para dirigir su vida y por lo tanto de su poder personal con lo que pueda estar en condiciones de ampliar sus alternativas y expectativas de vida y, al mismo tiempo, pueda dejar de necesitar el consumo de sustancias.

CAPÍTULO 5. TERAPIA GRUPAL

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

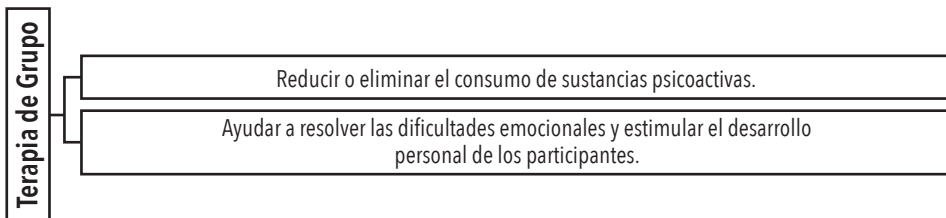
Como modalidad de atención, la Terapia de Grupo cuenta con muchas ventajas a su favor ya que es vista como vehículo para ayudar a las personas a ejecutar modificaciones en sus actitudes, opiniones sobre sí mismo y sobre otros, sentimientos y conductas.

La terapia de grupo como modalidad de elección para el tratamiento de las adicciones puede ser una poderosa herramienta terapéutica, ya que en muchos casos es tan eficaz como la terapia individual porque los grupos intrínsecamente tienen muchos rasgos gratificantes, como la reducción del aislamiento, el apoyo entre pares, presenciar la recuperación de los demás, fomentar la esperanza, el apoyo y la motivación para abandonar el consumo.

5.1 OBJETIVOS Y METAS DE LA TERAPIA GRUPAL

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

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



Algunas de sus metas pueden ser que los pacientes:

METAS DE LA TERAPIA GRUPAL

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

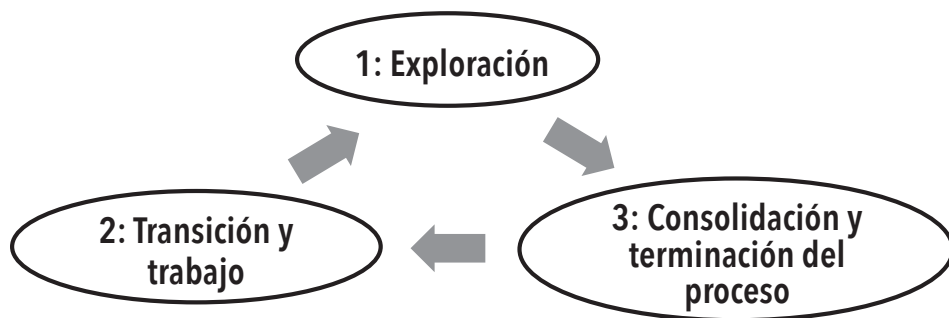
5.2 FASES DE LA TERAPIA GRUPAL

Independientemente de la naturaleza del grupo y la orientación teórica del terapeuta, algunas tendencias generalizadas se muestran en la mayoría de los grupos que permanecen durante un periodo de tiempo. A este respecto se presentan algunos supuestos que vinculan a la mayoría de los procesos grupales (Bernard et al., 2008):

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

Los modelos de terapia grupal difieren en cuanto a si el proceso de desarrollo que se observa es lineal (las etapas se producen progresivamente en una sucesión invariable), cíclica (el grupo puede repetir ciertas etapas, o hacer frente a cuestiones particulares, en ciertos intervalos o bajo ciertas condiciones), o una combinación de patrones lineales y cíclicos (Bernard et al., 2008). No obstante, de manera general, la intervención grupal sigue una trayectoria más o menos predecible en su evolución y desarrollo, apegándose en mayor o menor medida a una serie de fases que constituyen el proceso de intervención: 1) fase de exploración; 2) fase de transición y trabajo; y 3) fase de consolidación o terminación (Corey, 1995; Bernard et al., 2008).

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



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

FASE 1: EXPLORACIÓN

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

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

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

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

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

FASE 2: TRANSICIÓN Y TRABAJO

Un grupo debe atravesar normalmente una fase de transición algo difícil antes de iniciar el trabajo productivo. Durante este estadio los miembros manifiestan su ansiedad, resistencia y conflictos y el terapeuta les ayuda a iniciar el trabajo de sus problemas (Bernard et al., 2008).

La fase de transición en el desarrollo de un grupo se caracteriza por los sentimientos de ansiedad y una actitud defensiva. Conforme los miembros del grupo adquieran más confianza y los objetivos del grupo se clarifiquen serán más capaces de compartir sus vivencias personales y la ansiedad se reducirá, lo que permitirá comenzar con un trabajo más provechoso.

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

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

FASE 3. CONSOLIDACIÓN Y TERMINACIÓN DEL PROCESO

Es importante que el proceso de intervención tenga un final planeado y el paciente tome conciencia del punto de inicio, de culminación y de los cambios y logros obtenidos durante este intervalo de tiempo. Por lo anterior, es importante que el terapeuta administre los tiempos, los contenidos, y las metas del proceso (Sánchez-Escobedo, 2008).

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

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

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

Debido a que la Terapia Grupal es una estrategia de uso común en la práctica de CIJ, en esta guía se propone la revisión y análisis de algunas de las bases teóricas que sustentan a esta modalidad de atención.

5.3 LA TERAPIA GRUPAL DESDE LOS DIFERENTES ENFOQUES

Como ya se mencionó anteriormente, los enfoques son orientaciones teóricas que dan explicación y dirección para intervenir, en este caso, en la atención de las adicciones.

ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Dentro del campo de las psicoterapias, como parte de las lecturas y adaptaciones que sufrió el psicoanálisis en el siglo XX, surgieron teorías y técnicas que en algunos principios conceptuales establecieron como objetivo el tratamiento individual dentro del grupo, el grupo como objeto de estudio, como instrumento terapéutico, etcétera, presentando estas propuestas importantes divergencias en los referentes conceptuales en los que se apoyaron y las técnicas propuestas. Es importante mencionar que ninguna de estas aplicaciones fue promovida por Freud ni por sus discípulos directos, tampoco por los analistas reconocidos por sus aportes a la teoría y práctica analítica, por lo

que podemos decir que encontramos terapias que toman elementos del psicoanálisis para su aplicación en grupo, pero no rigurosamente un psicoanálisis grupal, ya que si bien se pueden emplear algunos conceptos como transferencia, y recursos técnicos como la interpretación, en un dispositivo grupal es improcedente hacer valer la asociación libre que, como ya se mencionó, es la regla fundamental del psicoanálisis en su sentido estricto.

Sin embargo, existen algunas aplicaciones del psicoanálisis que han resultado verdaderamente efectivas en el trabajo y manejo de grupos, Jacques Lacan le reconoce a Bion la apuesta clínica emprendida en la Segunda Guerra Mundial con grupos terapéuticos compuestos por soldados con problemas diversos y que les impedían su participación en la guerra, tuvo el mérito de haber transformado una dificultad en virtud, recurriendo a una innovación metodológica: "Bion hasta tiene más dominio sobre el grupo que el psicoanalista sobre el individuo, ya que, por lo menos de derecho y como jefe, él forma parte del grupo [...] él se propondrá organizar la situación para formar el grupo a tomar conciencia de sus dificultades de existencia como grupo, luego, a hacerlo más transparente para sí mismo, hasta el punto de que cada uno de sus miembros pueda juzgar de manera adecuada los progresos del conjunto" (Lacan, 2012).

La experiencia inaugurada por Bion (1979) es la de un "grupo sin líder", un grupo que no se cimienta sobre un ideal de funcionamiento ni de curación –aunque evidentemente se esperaba que tales soldados se reinsertaran socialmente–, un grupo que deja existir lo particular de cada uno sin apuntar a la homogeneización y que no se sostiene en la "semejanza" derivada finalmente en una especie de anonimato, sino de un lazo social reducido al trabajo, a la relación del "objetivo común", a decir de Bion, quien sitúa además que es la tarea misma lo que transforma al grupo en un espacio de trabajo, siendo lo que lo resitúa y puede evitar regresiones o procesos trancos que no lleven al grupo hacia ningún lado; es decir, al mismo tiempo que la tarea es la finalidad del grupo se convierte en el medio que provoca transformaciones subjetivas en la misma dialéctica del quehacer con otros.

Freud (2006b) sostuvo en reiteradas ocasiones que consideraba infértil la oposición individual/grupal, ya que en muy pocas ocasiones y sólo bajo determinadas condiciones verdaderamente excepcionales, llega a ser posible que el individuo pueda prescindir por entero de la relación con los otros, por lo cual, en un sentido amplio

pero justificado, la psicología individual es al mismo tiempo social. Por ello, un tratamiento individual tiene efectos también en el ámbito familiar, de pareja, e incluso en el contexto de convivencia institucional.

Apoyados en ello, reservaremos el psicoanálisis como recurso terapéutico a lo ya consignado en el apartado correspondiente, pensando en otro tipo de intervenciones como suplementarias (entrevistas familiares, de pareja, etcétera) más allá de la frecuencia con que se realicen, y designaremos como dispositivos orientados psicoanalíticamente cuando estén inspirados en el grupo centrado en la tarea, tal y como lo instaura Bion, retomado luego por autores como Pichón-Rivière, quien: “fue el pionero en el campo de la Psicología Social en Latinoamérica y desarrolló desde allí sus principales conceptos como el de grupo operativo, cuyo eje es la tarea realizada por el grupo y su coordinador en torno a la resolución de las dificultades que impiden realizar esa tarea, que es fundamentalmente el aprender y reaprender a pensar. En el grupo operativo se desarrolla el drama humano y se representan y expresan las síntesis y contradicciones entre individuo y sociedad” (Kesselman, 1999, p. 76).

ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFOQUE HUMANISTA

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

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

De acuerdo con Leshner (1997) las personas que tienen problemas con las drogas por lo regular son más seguras que permanezcan en abstinencia y con el compromiso en

su recuperación cuando se integran a la terapia grupal, gracias al sentido de pertenencia, la afiliación, confrontación, apoyo, satisfacción e identificación. Entre mejor sea la calidad y duración del tratamiento se podrá tener un mejor pronóstico del paciente.

Kanas y Barr (1983) señalan que el buen funcionamiento de la terapia de grupo en el tratamiento de drogas se debe al mismo origen de la adicción y factores que se asocian, como depresión, ansiedad, aislamiento, negación, vergüenza, deterioro cognitivo temporal y de carácter patológico (trastornos de la personalidad, déficit estructural o falta de sentido de la identidad). Si una persona tiene problemas o no con las drogas en general responderá mejor a la terapia grupal, ya que por lo general la persona se desenvuelve en un entorno social.

Dentro de los grupos también existen modelos y objetivos que cumplen los grupos, como pueden ser:

- **Grupos Psicoeducativos:** Enseñan sobre el abuso de sustancias.
- **Grupos de Desarrollo de Habilidades:** Desarrollan habilidades necesarias para hacer frente a las adicciones.
- **Grupos de apoyo:** Se conforma un foro donde los miembros apoyan el cambio constructivo.
- **Psicoterapia de Grupo:** Permite a los pacientes recrear su pasado en el aquí y ahora del grupo y reestructurar los problemas que han tenido a lo largo de la vida y que los han llevado al consumo de sustancias adictivas.



El primer mes es especialmente crítico, ya que en las primeras sesiones los pacientes están muy vulnerables a recaer y abandonar el tratamiento (Margolis, & Zweben, 1998). Las etapas a considerar son tres: inicial, media y final.

• **Etapla Inicial**

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

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

En la fase Inicial el terapeuta encargado de guiar al grupo, busca que los pacientes reconozcan y comprendan la manera en cómo las drogas han controlado y dañado sus vidas, así como la manera en que pueden retirar o hacer a un lado las sustancias que han fungido como un apoyo y cómo vivir sin estas (Brown, 1985; Straussner, 1997).

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

• **Etapla Media**

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

el grupo en esta etapa en cuanto a una mejor calidad de vida es una fuerte motivación y esperanza del cambio en sus vidas.

El terapeuta puede ayudar a que se dé el proceso de cambio hacia el mejoramiento positivo, haciendo énfasis en los logros de los pacientes y de esta manera generar una mejor conexión y satisfacción y que de este modo se motiven cuando alcancen algún objetivo planteado, pero es importante que se tracen metas alcanzables y de acuerdo con el proceso que esté viviendo el paciente.

- **Etapas Finales**

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

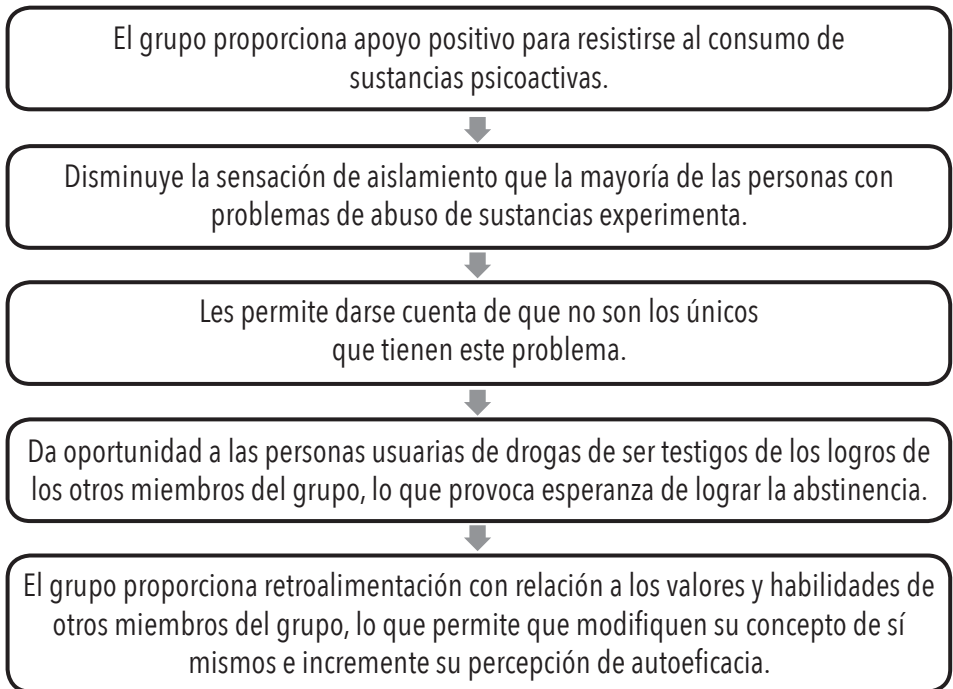
Se pueden dar casos que aún con la prevención de recaídas los pacientes que han llegado a la última etapa del tratamiento caen en el uso de sustancias; sin embargo, ahora cuentan con nueva información sobre ellos mismos y factores que les pueden ayudar a prevenir el consumo nuevamente.

ABORDAJE GRUPAL DE LA ADICCIÓN DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

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

Ventajas de la terapia grupal

El abordaje del consumo de sustancias en la terapia grupal cognitivo conductual tiene las siguientes ventajas (Center for Substance Abuse Treatment, 2005):



Consideraciones para la terapia de grupo cognitivo conductual

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

Una vez que ha finalizado la fase de evaluación clínica y diagnóstico se integra toda la información recabada en el Plan de Tratamiento individualizado y después

de la sesión de retroalimentación se le informa de su incorporación a la terapia de grupo, permitiendo que la persona externé si está de acuerdo o no con este plan; asimismo, el terapeuta debe explicar esta decisión. Entre los criterios de exclusión se encuentran:

- Pacientes con trastorno de personalidad antisocial.
- Cuadro psicótico.
- Intentos suicidas.

Los grupos son abiertos, homogéneos o heterogéneos y el mínimo de integrantes debe ser tres y máximo 10.

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

Estructura de una sesión grupal

Cada sesión consiste de los siguientes componentes:

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

4. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. A los integrantes del grupo se les enseña habilidades de afrontamiento específicas de acuerdo con las necesidades identificadas en cada miembro durante la evaluación.
5. Establecimiento de objetivos y tareas para casa. A cada integrante se le motiva a fijar metas a corto y largo plazo y se dejan las tareas a realizar para el logro de estos objetivos.
6. Cierre de la sesión. Los participantes del grupo realizan reflexiones sobre lo aprendido durante la sesión grupal (Brook & Spitz, 2002).

Abordaje grupal de la adicción a drogas desde el enfoque sistémico

Desde el esquema de la intervención sistémica, es parte del método o técnica de trabajo el contar con otros terapeutas que participan desde otras posiciones como co-terapeutas o como equipo tras Cámara de Gessell, esto se aplica en varios escenarios: una sesión de trabajo con un paciente, una pareja, una familia, un grupo, etcétera, con fines terapéuticos, formativos, de asesoría personal, empresarial, etcétera.

En los próximos párrafos vamos a detenernos en los aspectos más puramente estructurales de la técnica del Equipo Reflexivo, propuesto para intervenciones grupales, en el que se busca generar información significativa

Esto, en el terreno de la salud sería un esquema o marco al que podríamos conceder una cierta validez universal respecto de lo que es, en principio, un tratamiento psicoterapéutico, independientemente del modelo u orientación teórica predominante en los terapeutas todos los que participan en ese momento en el proceso psicoterapéutico están reunidos en un mismo lugar.

Grupo o equipo reflexivo

Al igual que en la terapia individual, la terapia grupal desde un enfoque sistémico busca tomar en cuenta el mundo relacional del sujeto y las narraciones dominantes en la percepción del mundo y de sí mismo. Al respecto, Tom Andersen (1991, citado en Tarragona, 2006) colabora con la creación del equipo reflexivo, buscando un cambio del modelo sistémico hacia perspectivas constructivistas y ha favorecido la posibilidad

de un mejor desarrollo de las aportaciones de la segunda cibernética y de las propuestas narrativas. Éste se fundamenta en el constructivismo, una teoría que ofrece explicaciones en torno a la formación del conocimiento; al respecto plantea que el sujeto construye el conocimiento de la realidad, ya que ésta no puede ser conocida en sí misma, sino a través de los mecanismos cognitivos de que se dispone, mecanismos que a su vez permiten transformaciones de esa misma realidad.

Derivado de esta concepción, podemos postular que la persona que tiene un problema suele atraer la atención de muchas otras, quienes crean un sistema de significados respecto de cómo comprender y resolver el problema. Si los significados son adecuadamente diferentes, las conversaciones entre los que los proponen crearán quizá nuevos significados aún más útiles. Si los significados son demasiado diferentes es probable que esas conversaciones cesen, es decir, el sistema se va creando o es creado por el problema.

El Equipo Reflexivo, también denominado según Andersen “un proceso reflexivo” o “conversaciones sobre las conversaciones”, es una modalidad sistémica de intervención en psicoterapia que aún tiene poca historia, aunque su desarrollo ha sido muy significativo en los últimos años (Tarragona, 2006; Garrido, & Fernández-Santos, 1997).

Desde una perspectiva postmoderna, la comunicación en la práctica clínica cobra una relevancia específica a su intercambio dialógico transformándose en una conversación relevante acerca de un tema o problema, en donde la meta de la relación es el co-desarrollo de un contexto para co-crear nuevo significado y resultar en un aprendizaje que provoque cambio.

Modalidades de trabajo con Equipo Reflexivo

Tom Andersen (1991) sugería que (Fernández, London, & Tarragona, 2003):

- Los miembros del equipo pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y la terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del equipo escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos. El equipo nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.

- Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, o el equipo puede indicar que tiene ideas para compartir.
- Si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y el terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes.
- Los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones de manera sugerente (podría ser, se me ocurre que...)
- Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista.
- La participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos.
- Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre el tema.

Algunas variantes de intervención del equipo reflexivo, según la experiencia de Garrido y Fernández-Santos (1997) son:

1. A través del espejo

En una sala tiene lugar la entrevista, en la que los clientes y el terapeuta (o terapeutas) trabajan, son el Sistema Fijo (SF). Antes de ingresar, el terapeuta deberá informar a los clientes de las características de la técnica de trabajo y obtener su consentimiento.

En otra sala contigua el grupo de observadores sigue con atención y en silencio la entrevista a través de un espejo bidireccional, y ellos son el Equipo Reflexivo (ER). Un sistema de micrófonos y altavoces garantizará la recepción de las conversaciones del Sistema Fijo, la sala donde trabajará este sistema permanecerá iluminada. Por su parte, la del Equipo Reflexivo se mantiene con la luz apagada, de modo que los miembros del equipo no son visibles para el Sistema Fijo. En cualquier momento de la sesión el Equipo Reflexivo puede hacerle llegar al SF su deseo de intervenir en la sesión sin imponerse.

2. El equipo que viene y se va

Es la variación más común cuando no es posible contar con un espejo bidireccional que comunique visualmente los escenarios, supliendo la ausencia del espejo, en la

sala del sistema fijo, con una cámara fija que mandará la señal de vídeo y audio a un monitor de TV, situado en la sala del Equipo reflexivo, donde este podría intervenir con sus reflexiones, a través de otra cámara a un monitor situado en la sala del SF o donde el ER se desplaza a la sala del SF y allí en presencia del terapeuta y de los clientes reflexiona, dialoga, etcétera.

3. Todos cambiamos de lugar

Sería una variante de la anterior modalidad, en la cual el sistema fijo permuta su lugar con el equipo reflexivo. En este sentido aumenta la movilidad física de todos los sistemas. El cambio de posición puede aumentar la conciencia del "cambio de rol". El equipo de trabajo de Miguel Garrido ha empleado, como mecanismo de contención con parejas y familias muy disfuncionales, la inclusión de algún miembro del sistema familiar o conyugal en el equipo reflexivo durante parte de la sesión, de esta forma, plantea el autor, el padre o la madre del sistema familiar puede ver las interacciones del terapeuta con el resto de los miembros.

4. Todos bajo el mismo techo

El Sistema Fijo y el Equipo Reflexivo permanecen en la misma sala durante toda la sesión. Mientras el sistema fijo trabaja los miembros del equipo reflexivo escuchan con atención, intentando evitar el contacto visual con el sistema fijo, la probable desventaja es que puede resultar incómodo y cohibir a algunos pacientes, que se sientan observados por un grupo de personas o, por el contrario, poner en marcha comportamientos exhibicionistas de quién se siente foco de la atención de muchos especialistas, aunque esto tiende a diluirse con el tiempo.

5. El grupo amplio como equipo reflexivo en el contexto formativo

Esta modalidad está indicada en contextos formativos donde es importante tener en cuenta las condiciones especiales de un gran grupo de observadores. Cuando la familia (o persona o grupo) acepta que un público numeroso observe la entrevista que un

terapeuta o terapeutas realizan en otra sala, es posible trasladar el sistema fijo (SF) a la sala amplia y oír las reflexiones de los expertos que desean aportar sus puntos de vista a la familia o personas en sesión. Esta modalidad de intervención, según la experiencia del autor, permite recoger un número significativo de visiones de la relación terapéutica y favorece un clima de gran impacto en el sistema familiar y agrega que a pesar de los riesgos, utilizada con sensibilidad y preparando al grupo y la familia para el acontecimiento, puede ser de gran utilidad.

En el caso de un grupo que se reúne por problemas de consumo de sustancias, el tema que los une y alrededor del cual gira su narrativa, es la droga, en parte porque les da sensación de pertenencia y de identidad, sin embargo, también muestra el empobrecimiento de alternativas y posibilidades en su experiencia de vida; el acto y el objeto han sustituido al ser y estar, por lo que generar información que abra el horizonte de posibilidades y nutra de información significativa, impactará en su proceso de vida.

CAPÍTULO 6. TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar se puede concebir como un enfoque de tratamiento de los problemas humanos por medio de la reunión de los miembros de la familia para ayudarlos a elaborar los conflictos en su origen, así como comprender la conducta humana conformada por un contexto social. La terapia familiar reconoce a los hombres y a las mujeres como parte de un todo más amplio (como subsistemas) aunque subsistemas significativos de sistemas mayores (Minuchin, 1986).

La Teoría General de los Sistemas, propuesta por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy en 1947, la Cibernética y otras aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana han logrado una gran influencia en el impulso y desarrollo del campo de la terapia familiar.

Las escuelas de terapia familiar que surgieron de la teoría de sistemas y la teoría de la comunicación humana, se identifican como: Terapia estratégica, Terapia de MRI de Palo Alto, Escuela de Milán, Terapia Centrada en Soluciones, Terapia Estructural, Terapia Estructural Estratégica, y forman parte de la cibernética de primer orden, desarrollándose bajo postulados teóricos dentro de los cuales se consideran la circula-

ridad, la estructura, los sistemas abiertos, los sistemas cerrados y la retroalimentación, principalmente.

En un segundo momento importante de la terapia familiar se gestaron cambios filosóficos con la aparición del posmodernismo, impactando en la psicología y la psicoterapia en donde se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta denominada como "Cibernética de Segundo Orden o de los sistemas observantes" (Sánchez, 2004), acompañada de diversos postulados que guían su práctica clínica.

El posmodernismo es considerado un movimiento filosófico, que cuestiona la naturaleza del conocimiento y señala las limitaciones de la epistemología positivista para estudiar y comprender la experiencia humana (Limón, 2005).

Tarragona (2006) cita a Anderson (1997) refiriéndose a que el posmodernismo es más una crítica, que una época en sí, considerándolo un movimiento filosófico que se sustenta en distintas propuestas, como las de Mihail Bakhtin, Jaques Derrida, Michel Foucault, Jean-Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein (Tarragona, 2006). Crítica las verdades fundamentales y se describe como una teoría lingüística en la cual el contexto social no puede ser abordado desde un sistema objetivo (Limón, 2005). Y es desde lo social y a través del lenguaje que se construye el conocimiento, siendo que el lenguaje ocupa un lugar central en la crítica posmoderna.

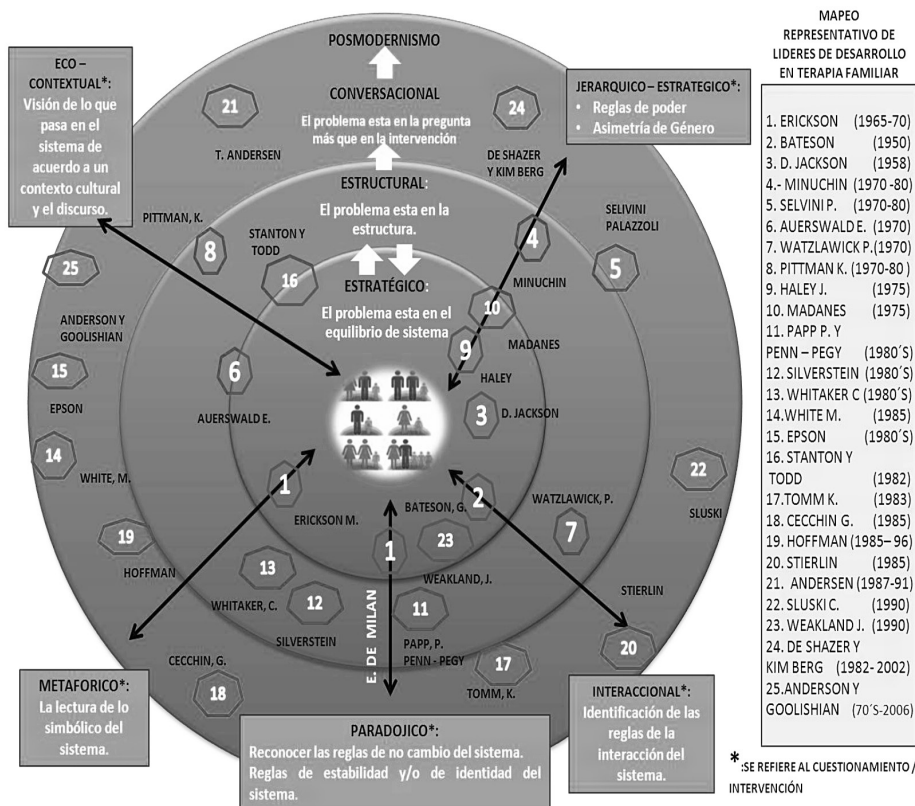
Michael White, David Eptson y Lynn Hoffman influyeron para que se incluyera una perspectiva sociopolítica de la terapia, señalando la necesidad de la acción social como el principio del cambio en las narrativas dominantes, generadas por la opresión social y cultural (Gergen & Warhus, s.f).

Los terapeutas que han incorporado el posmodernismo a su práctica clínica usan una gran variedad de técnicas, sin embargo el foco principal es el cambio de significados y comprensiones, más que el cambio de conductas, sentimientos, o pensamientos. El terapeuta se interesa en los significados que son creados por las historias que rodean a las conductas, a los sentimientos y los pensamientos.

Las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar están muy vinculadas con los modelos que se basan en el construccionismo social y se conocen por diferentes nombres, el modelo presentado por Michael White y David Epston ha sido llamado Terapia Narrativa; el modelo de Goolishian y Anderson, aproximación Colaborativa a

Sistemas Lingüísticos, las ideas de Lynn Hoffman han sido nombradas Construccinismo Social y Tom Andersen es conocido por la terapia de Equipo Reflexivo.

MODELOS SISTÉMICOS FAMILIARES VS CUESTIONAMIENTO E INTERVENCIÓN



FUENTE: GUZMÁN (2000).

6.1 TERAPIA ESTRATÉGICA

La terapia estratégica son tipos de intervención en los que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los problemas de las personas que acuden a solicitar consulta. Describe a los problemas como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional, por lo que en sus intervenciones busca conocer y comprender cómo la familia intenta resolver sus problemas, puesto que las soluciones intentadas sin éxito pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema mayor (Marcos, & Garrido, 2009).

Sus principales representantes son: Haley, Madanes y Milton Erickson.

Los postulados de la terapia estratégica son (Sánchez, 2004; Marcos & Garrido, 2009):

- Como estrategia se focaliza inicialmente en el problema, mientras paralelamente se van realizando cambios estructurales.
- La observación de las secuencias permiten definir la estructura familiar.
- Se centra en situaciones sociales inmediatas y en la comunicación en el presente.
- Los síntomas son considerados una metáfora de lo que está ocurriendo, cumplen con una función estabilizadora o protectora en la familia.
- Evita hacer más de lo mismo para evitar perdurar el problema.
- Se enfoca más en la técnica que en las teorías.
- Las relaciones familiares se enfocan en términos de jerarquía e igualdad.
- Cambiar la secuencia disfuncional de conductas.
- Los síntomas aparecen por patrones de comportamiento secuencial cuyas pautas se retroalimentan entre si estableciéndose ciclos repetitivos.

En la intervención, el terapeuta (Droguett, 2014):

- Identifica las secuencias organizacionales.
- Define con claridad el problema y establece objetivos específicos. Conceptualiza el problema considerando la dinámica familiar.
- Plantea una intervención en forma de una directiva para cambiar la secuencia disfuncional de conductas. Interrumpe las soluciones ineficaces intentadas.
- Practica la tarea en la sesión y luego en el hogar.
- Da seguimiento al cumplimiento de la directiva (tarea) y continúa prescribiendo la misma directiva.
- A medida que sobreviene un cambio y desaparece la conducta problemática, abandona la cuestión del síntoma y empieza a abordar otros problemas de la misma o de otra manera o termina atribuyendo mejoría a la familia.

Cómo se entiende la adicción:

- Desde la terapia familiar breve estratégica (BSFT), el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la terapia se centra en la función que cumple el síntoma en el sistema familiar.
- El consumo de drogas y otras conductas son síntomas que señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente.
- Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia (consumidor de drogas).
- De acuerdo con este enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente, por lo que los patrones de interacción se repiten en el tiempo familiar e influyen en el comportamiento de cada uno de los integrantes de la familia (Droguett, 2014).

Intervención en adicciones

La intervención se orienta hacia la eliminación o modificación de los patrones interactivos que están vinculados a las conductas que muestra el adolescente consumidor de sustancias u otras conductas problemáticas, buscando el cese del consumo de sustancias y de las conductas problemáticas, como la modificación de los patrones de interacción familiar que puedan estar manteniendo el síntoma (Marcos & Garrido, 2009).

6.2 TERAPIA DE MRI DE PALO ALTO

Es un modelo de terapia breve estratégica que se caracteriza por centrarse en el problema o dificultad de la persona que acude a terapia, e interviene en las “soluciones intentadas”, ya que estas son las que mantienen el problema que los lleva a terapia.

Sus principales representantes son: Jackson, Jay Haley, Watzlawick y John Weakland.

Los postulados de esta terapia son (Sánchez, 2003; Sánchez, 2004):

- Es imposible no comunicar, por lo que en un sistema dado todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás.
- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) o semánticos y aspectos relacionales (nivel analógico) entre emisores y receptores.
- Toda relación de comunicación es simétrica o complementaria.
- Se busca la homeostasis en la familia.
- En la terapia no se etiqueta a pacientes o familias como enfermos o sanos.
- El foco se centra en la interacción en el presente.
- En la terapia se consideran las quejas de los clientes como el problema a tratar.
- El terapeuta siempre acepta los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias (desde su realidad y narrativa).
- Se estudian los cambios de los sistemas familiares.
- Que la terapia sea rápida y eficaz.

En la intervención, el terapeuta (Sánchez, 2003; Sánchez, 2004):

- Puede decidir realizar intervenciones individuales y familiares.
- Identifica qué miembro de la familia está motivado para el tratamiento.
- Identifica la queja o el problema, captando la mayor y más clara información acerca de este. Establece junto con el cliente objetivos concretos y tangibles.
- Analiza los patrones de conductas destructivas y se formulan preguntas.
- Es directivo, ya que diseña las estrategias de manera creativa y flexible. Aplica la estrategia de dar un giro de 180°.
- Formula un plan para realizar cambios.
- Realiza intervenciones para interrumpir los intentos de solución (Soluciones intentadas sin éxito). Incluye retroalimentación positiva o negativa.
- Transforma la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros. Valora y evalúa la eficacia del tratamiento.
- Finaliza el tratamiento.

Cómo se entiende la adicción

Es importante mencionar que en los años 60 a partir de los estudios realizados por Bateson se centró la atención a la importancia las problemáticas en el contexto familiar y sus intervenciones destinadas a cambiar los patrones de interacción disfuncionales (Marcos & Garrido, 2009). Y se observó que las interacciones ocurrían de manera cíclica, lo cual mantenían o reforzaban la conducta alterada en el paciente y cierta causalidad circular que conectaba las acciones y reacciones de los miembros de la familia.

Para estas fechas las adicciones se concebían como el resultado de predisposición genética o fragilidad personal, enfocándose principalmente en los efectos de las drogas más que en las dificultades de las personas que consumían (Marcos & Garrido, 2009).

Actualmente esta escuela considera que el consumo de drogas es un síntoma dentro del funcionamiento del sistema familiar principalmente.

Intervención en adicciones

De acuerdo con lo mencionado, si la familia acude a solicitar tratamiento y se presenta el problema de atención por consumo de sustancias, el terapeuta se debe centrar en el problema y valorar junto con el paciente o la familia la determinación de los objetivos que se desean alcanzar, considerando que estos deben ser claros, precisos y a corto plazo. En este modelo se debe evitar cualquier tipo de etiqueta hacia la persona que consume sustancias psicoactivas.

Por otro lado, el terapeuta analiza los patrones de conductas problemáticas, formula un plan de intervención para generar cambios, tratando de interrumpir los diferentes intentos de solución que pudieran estar reforzando el problema, así como de modificar la secuencia interaccional en la que se manifiesta el uso de sustancias psicoactivas (síntoma).

6.3 ESCUELA DE MILÁN

Es una intervención de tipo estratégico en donde se utiliza un estilo colaborativo, cuyo eje central es el interrogatorio circular y el objetivo es que los clientes se vean a sí mismos en contextos relacionales desde la perspectiva de los otros miembros de la familia. Su principal representante es Selvini Palazzoli, Gianfranco, Cecchin, Luigi Boscolo y Guiliana Prata (Hoffman, 1992).

Los postulados de este modelo son (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987):

- La terapia debe ser breve.
- No busca patologías en las familias.
- Las personas pueden cambiar rápidamente.
- Busca preservar la cohesión del grupo familiar.
- No desafía ni cuestiona ninguna posición de conducta.
- Utiliza la paradoja con detonador.
- Con los ritos o rituales.

El terapeuta, en la pre-sesión prepara la información para trabajar en la sesión.

- La sesión puede durar una hora aproximadamente y es interrumpida por el equipo de observadores (terapeutas) y por las preguntas del terapeuta (interrogatorio circular).
- Con los ritos y rituales enfatiza las conductas patológicas de la familia con la finalidad de motivar su cambio.
- Se retira de la sesión con la familia y discute con los expertos para determinar sus conclusiones y prescripciones (utiliza paradojas, neutralidad con los miembros de la familia).
- Prescribe tareas para la familia, en donde puede utilizar rituales y prescripciones ritualizadas.
- Discute con los expertos la reacción de la familia respecto de los comentarios y de las prescripciones, cuando la familia se ha retirado.

6.4 TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

Esta terapia desvía la atención de los patrones y problemas a las soluciones que pueden funcionar, de forma que se presta poca atención a la naturaleza de los problemas o a la forma en que éstos aparecieron.

Su principal representante: Shazer (1993).

Los postulados de esta terapia son (CIJ, 2003):

- El cambio es inevitable (Shazer, 1993).
- Asegura que "nada ocurre por casualidad".
- Sólo se necesita un pequeño cambio.
- Es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno sólo de sus miembros.
- No es necesario incorporar a todos los miembros de la familia para conseguir cambios en la conducta.

- Los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar.
- Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos (evitar hacer más de lo mismo).
- No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.
- Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra.
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

En la intervención el terapeuta (Tarragona, 2006; Sánchez, 2004):

- Explica al cliente la dinámica del terapeuta.
- Define brevemente el problema para dar una descripción conductual del motivo de consulta. Averigua y amplifica lo que el cliente quiere (utiliza la pregunta del milagro) y se establecen metas. Explora y busca las excepciones, identificando las ocasiones en que el problema no está presente (se utilizan las escalas).
- Construye situaciones hipotéticas y soluciones efectivas tomando en cuenta las fases previas. Genera pequeños cambios en los integrantes de la familia.
- Formula y ofrece retroalimentación al cliente.
- Ve, amplifica y mide el progreso del paciente por medio de escalas de valoración del cliente.

Cómo se entiende la adicción

La terapia breve centrada sobre la solución tiene cada vez más aplicación clínica en el tratamiento de pacientes con problemas de consumo de drogas y de sus familiares y con mejores resultados a través del tiempo. Tomando en cuenta que en su postulado "nada ocurre por casualidad" y es más útil centrar la atención sobre situaciones o cosas positivas que enfocarse en el problema (Ulivi, 2000).

En el caso del consumo de drogas la persona presenta excepciones en la cuales decide no consumir. Desde el punto de vista de este enfoque, el principal objetivo terapéutico al cual se debe llegar es ayudar al consumidora a descubrir y a

utilizar los modelos no problemáticos, con el fin de favorecer la repetición de los modelos que forman parte de la solución. Es decir cuando el consumo de drogas deje de ser un problema para la persona, esto generará nuevas perspectivas favorables al cambio.

Intervención en adicciones

O'Hanlon y Weiner-Davis proponen que durante el proceso terapéutico se debe modificar en la familia la "forma de actuar ante el consumo de sustancias psicoactivas y la forma de ver el problema del consumo o dependencia de drogas, para lo cual se deberán realizar tres cosas (Sánchez, 2004):

1. Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática.
2. Cambiar la percepción del paciente respecto al problema.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la solución percibida como problemática.

En el **primer** caso se busca cambiar patrones de conducta que acompañan al síntoma, por ejemplo el fumador acompaña su cigarro con un café matutino, el alcohólico asocia su convivencia social con la bebida, etcétera. La finalidad es modificar las acciones e interacciones que intervienen en el problema.

En el **segundo** caso se busca cambiar la percepción hacia el problema; los pacientes frecuentemente sienten que no pueden hacer nada para cambiar su forma de beber o que no pueden disminuir o dejar de consumir drogas por tantas veces que lo han intentado sin éxito; sin embargo, si el terapeuta percibiera y expresara que no es algo imposible, probablemente el paciente pueda preocuparse menos por el consumo y ocuparse en trabajar otras áreas de su vida.

En el **tercer** caso fortalece la idea de creer que las personas poseen los recursos para solucionar sus problemas, recordando que en el mismo problema está la solución. Por ejemplo, se ha demostrado en pacientes adictos a drogas que cuando se les permite participar en planear los objetivos y el tipo de tratamiento que desean recibir se sienten más motivados y logran mejores resultados terapéuticos.

Algunas recomendaciones para el trabajo específico con los jóvenes consumidores de drogas son (Sánchez, 2003):

- Evitar el uso de etiquetas que estigmaticen y obstaculicen el cambio.
- Realizar algunas sesiones sólo con el paciente para evaluar sus necesidades y expectativas de la terapia familiar.
- Ser flexible para el uso de técnicas y estrategias creativas por parte del terapeuta.
- Trabajar como coautores, ayudando al paciente a reescribir historias más satisfactorias.

6.5 TERAPIA ESTRUCTURAL

Se define como la acción de “desviar y minimizar las funciones de reto y alimentación de los síntomas presentes y la necesidad de sacudir a la familia hacia afuera de esta mala interacción establecida (Marcos & Garrido, 2009) basándose en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose (Minuchin, 2003).

El objetivo de este modelo es reestructurar el orden jerárquico en el sistema en la medida en que la familia lo permita o lo resista para desempeñarse de manera más efectiva, funcional, competente y cooperativa (Marcos & Garrido, 2009).

Minuchin (2003) menciona que “La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”.

Sus principales representantes son: Minuchin, Montalvo, Guernsey, Rosman y Schumer, y Hoffman.

Los postulados de este modelo son (Sánchez, 2004):

- La terapia familiar estructural es una terapia de acción, modifica el presente y no explora ni interpreta el pasado.
- Se basa en tres conceptos: la estructura, los subsistemas y los límites.
- Fortalecer el subsistema parental.
- La familia es un sistema autorregulador.

- El síntoma es un mecanismo de autorregulación.
- Reordena coaliciones.
- Centra su atención en el equilibrio de la organización familiar.
- Establece límites claros en los subsistemas para que funcionen adecuadamente.
- Considera que la estructura familiar es una serie de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan.

En la intervención, el terapeuta (Minuchin, 2003):

- Analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia para lograr un diagnóstico estructural.
- Realiza observaciones y plantea cierta cantidad de interrogantes. Cuestiona la definición que la familia del problema, así como su respuesta.
- Encuadra la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.
- Señala los límites y pautas transaccionales (construye un mapa de organización familiar).
- Reestructura el orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose.
- Trabaja en reestructurar diferentes configuraciones relacionales como: triangulación, coalición y desviación de conflictos.
- Repara o modifica los patrones organizativos disfuncionales de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas funcionales básicas.
- Favorece que la familia afronte con éxito las tensiones cotidianas.

Cómo se entiende la adicción

Las adicciones son reacciones desadaptativas a cambios ambientales o evolutivos, como las transiciones de los ciclos vitales. Este modelo consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento.

Pautas de intervención en adicciones

Desde el modelo estructural, la base de la intervención terapéutica es el fortalecimiento de los cimientos estructurales que permiten el funcionamiento de la familia; más concretamente en una jerarquía generacional adecuada, en la que los padres mantienen una unidad de liderazgo férrea y con fronteras claras, ni demasiado difusas ni demasiado rígidas.

Este planteamiento resulta especialmente útil en el tratamiento de las adicciones en las que frecuentemente se observa un funcionamiento familiar, caracterizado por la sobre implementación de uno de los progenitores del adicto (generalmente el del sexo opuesto) y el papel periférico del otro padre.

Dado que el tratamiento no se basa en la exploración de los orígenes del conflicto, sino en la reestructuración del orden jerárquico familiar, de manera que los síntomas no sigan reforzándose, este enfoque ha resultado especialmente útil en el tratamiento de familiares con problemas de adicción.

6.6 TERAPIA ESTRATÉGICA - ESTRUCTURAL

Este enfoque nace a partir de la combinación de técnicas y estrategias de la terapia estructural y estratégica. Debido a necesidades de las familias que acudían a tratamiento se realizaron diversos cruces entre ambas propuestas de intervención (Marcos & Garrido, 2009).

El objetivo de la terapia estratégico-estructural es reestructurar el sistema, creando cambios interaccionales en la familia; de este modo el terapeuta participa activamente dentro de la familia, pero conservando su independencia.

Sus principales representantes son: Minuchin, Jay Haley, Cloé Madanes, y Stanton y Todd.

Los postulados de este modelo son (Sánchez, 2004):

- Se observa a las personas interactuando dentro de un contexto, afectándolo y siendo afectadas por él.

- El ciclo vital y estadio evolutivo de la familia son importantes para el diagnóstico y para definir la estrategia terapéutica.
- Los síntomas son intentos desadaptativos de enfrentarse a las dificultades que desarrollan una homeostasia propia y que regula la dinámica familiar.
- Los síntomas son mantenidos por el sistema.
- La familia o pareja puede cambiar, permitiendo el afloramiento de nuevas conductas, si se cambia el contexto general.

En la intervención, el terapeuta:

- Evalúa la existencia de interacciones circulares.
- Conoce el ciclo vital de la familia considerando el contexto.
- Identifica el síntoma y su función e indaga en las jerarquías, límites, alianzas o coaliciones. Trabaja para sustituir los ciclos repetitivos destructivos por nuevos patrones de comportamiento. Plantea el problema de una forma objetiva y resoluble.
- Aprende a tomar el camino de menor resistencia, de modo que las conductas familiares existentes se utilicen positivamente.
- Reestructura el sistema mientras establece fronteras, diferencia miembros apegados e involucra a los desapegados.
- Favorece que el cambio se produzca por etapas.
- Utiliza paradojas e incluye la restricción del cambio y la exageración de los papeles familiares. Utilizan la técnica de la excepción.
- Utiliza tareas con el terapeuta responsable para planear una estrategia que permita resolver los problemas que demanda la familia.
- Utiliza directrices metafóricas hacia los miembros de la familia.

Cómo se entiende la adicción

El terapeuta que trabaja con este enfoque promueve la participación activa por parte de la familia de origen del consumidor de drogas, con el propósito de volver a la etapa del ciclo vital de desprendimiento para ser resuelta de manera adecuada. Así,

lo primero que debe focalizarse es la triada relacional entre los padres y el hijo para trabajar la individuación del consumidor de drogas (Marcos & Garrido, 2009).

Intervención en adicciones

Se considera que el uso de drogas es una señal del funcionamiento familiar por lo que la intervención se centra en la función que cumple el síntoma en este sistema familiar principalmente, por lo que se utilizan las técnicas que ayude a identificar y trabajar con el síntoma y su función.

Atribuciones nobles/positivas

- Consiste en atribuir motivos positivos, tanto al consumidor de drogas como a los miembros de su familia.
- El fundamento principal de esta técnica se debe a que la acusación, la crítica y los términos negativos tienden a generar conductas resistentes y defensivas de todos los miembros de la familia.
- El posicionamiento no acusatorio ni peyorativo ha sido usado también por Haley, Minuchin, Erickson, el grupo de MRI. Sin embargo la propuesta de Stanton es transmitir a la familia que "todo lo que hacen todos es por buena razón y es comprensible" (Stanton & Thomas, 1990). Las maniobras terapéuticas utilizadas las llaman "atribución de intenciones nobles" o "atribuciones nobles". Este enfoque es muy similar al empleado por el grupo de Milán, que lo denomina como "connotación positiva".
- El empleo de esta técnica no significa que el terapeuta renuncie a retar y contrariar en sus deseos a la familia, sino que el esfuerzo constante por circunscribir la comunicación al margen de significados peyorativos, imprime en el proceso mayor apertura y flexibilidad por parte del sistema terapéutico.
- La técnica resulta sumamente útil para aliarse con los padres, quienes son los más sensibles a sentirse culpables por la adicción del hijo, lo que los predispone a adoptar una postura defensiva en la consulta.

- No sólo se trata del uso de una estrategia terapéutica, incluye transmitir aceptación por los esfuerzos hechos por la familia en la búsqueda de resolver el problema, esfuerzos que operan desde su sistema de creencias. Reconocer las intenciones nobles puede contribuir a la conformación de un contexto terapéutico de mayor apertura y confianza de exponerse.

Concentración en la conducta concreta

- Para este modelo es importante que la familia se concentre en conductas específicas, partiendo del conocimiento de que una característica fundamental del usuario de sustancias es su tendencia a ser evasivos.
- Proponen que los padres se centren en establecer "reglas domésticas" que tengan un efecto directo sobre la conducta ante el consumo, ayudándolos en diseñar metas positivas y alcanzables. Lo que se busca es generar confianza en los padres para restablecer su capacidad de conducir a la familia.
- La propuesta incluye que las reglas se negocien en la sesión con la finalidad de que el terapeuta pueda observar el proceso de negociación entre los miembros de la familia, ya que si se requiere intervenir lo haga con la finalidad de aumentar la posibilidad de acuerdos positivos.
- **REPRESENTACIÓN:** La estrategia consiste en identificar un patrón interaccional familiar disfuncional, con la finalidad de "traerlo" a la sesión y poder maniobrar en la introducción de patrones y estructuras más funcionales. La estrategia puede ser empleada, como dice Hoffman, sólo para alterar algunos aspectos de la secuencia repetitiva que ayuden a que el síntoma desaparezca.
- **REENCUADRE:** La idea fundamental que sostiene esta estrategia es que la realidad es sólo parcial. Cuando un miembro de la familia describe la realidad, lo hace desde sus propios referentes subjetivos, mismos que llegan a encontrar cierto grado de aceptación en el núcleo familiar. Para que la estrategia terapéu-

tica funcione, el terapeuta debe proponer realidades alternativas a las que se plantea la familia en torno al consumo, con el objetivo de introducir cambios en la interacción de los miembros.

Cuando en la consulta se presentan casos donde los padres viven con sentimientos de culpa por la adicción del hijo, asumiendo que todo lo que deriva de ella es resultado de su enfermedad, por ejemplo: robos a la familia, robos en la calle, no llegar a dormir, etcétera, funciona mucho reencuadrar la conducta como mala para introducir la distancia necesaria que ayude a los padres a restablecer una jerarquía funcional.

Cuando una conducta es definida como enferma, se asume en cierto sentido que la persona es incapaz de modificarla ya que es algo sobre lo que no tiene control, sin embargo, cuando la misma conducta es percibida desde un marco conceptual diferente calificada de mala, de manera implícita significa que existe intención.

- **INTENSIDAD:** Para este modelo interesado en desafiar la organización familiar, es muy importante regular el impacto de los mensajes para remover la homeostasis del sistema. Se pueden usar temáticas relacionadas con el incremento del afecto, prolongar una representación o polemizar ampliamente sobre un marco de ideas.
- **DESEQUILIBRIO:** Por medio de esta técnica el terapeuta altera la homeostasis familiar al mostrar cercanía por uno de los miembros de la familia o por determinado subsistema. Fundamentalmente consiste en establecer alianzas.

Cuando el consumidor es un adulto, la estrategia que sugieren es formar una alianza con el subsistema parental para fortalecer la postura de control sobre el hijo, conformándose una jerarquía más sólida. Aquí es importante que el terapeuta ponga atención a los intentos de manipulación del usuario dirigidos tanto hacia él como hacia la familia. Otros temas relevantes son los que tienen relación con la generación de un trabajo remunerado y aportación de dinero al gasto familiar, si el consumidor es jefe de familia el tema a tratar es su responsabilidad con esta.

Cuando el consumidor es un adolescente, la estrategia que Stanton y Todd sugieren es atender tanto al subsistema parental, como a la necesidad de autonomía del adolescente (Fernández, 2006). Es una manera de atender a ambos sistemas con la finalidad de que el proceso terapéutico no se obstaculice. Evidentemente, a lo largo del proceso terapéutico será necesario mostrar más apoyo de un lado que al otro, lo importante es no descuidar la atención del otro subsistema. El adolescente también buscará, por vía de la manipulación, no respetar límites y evadir responsabilidades, incluso puede llegar a generar un pleito conyugal que logre disipar los intentos de los padres por normar su conducta. La combinación de técnicas de desequilibrio con atribuciones nobles, es una manera adecuada de mantener inalterada la jerarquía de los padres, al mismo tiempo que se respeta la autonomía del hijo.

- **BÚSQUEDA DE FORTALEZA:** Esta estrategia también favorece que la interacción del sistema familiar tome distancia de la conducta adictiva, sobre todo de su protagonista, cobrando la seguridad suficiente de poder responsabilizar al hijo y dejar de respaldar el consumo. Estos cambios desequilibran los patrones familiares disfuncionales e introducen nuevas posibilidades (Stanton & Thomas, 1990).
- **COMPLEMENTARIEDAD:** La estrategia terapéutica parte de un paradigma: "cada miembro de la familia es protagonista y antagonista, alguien que sufre reacciones y crea reacciones en los demás. Para cada conducta existe un comportamiento recíproco en otras personas significativas de un contexto que mantiene el status Quo" (Stanton & Thomas, 1990).

La técnica busca proveer al terapeuta de perspectivas sistémicas integradoras que lo ayuden a entender las conductas disfuncionales como resultado de aspectos que con-
jugan: contextos e interacciones inconscientes de los miembros de la familia; es decir, mientras que la familia se lamenta por el consumo de sustancias psicoactivas de un hijo, no se pregunta qué hacen para mantenerlo en esa posición; mientras la familia se siente culpable por la conducta delictiva de un hijo (frecuentemente asociado a la conducta adictiva) no se preguntan qué hacen para evitar que abandone el robo. La idea es

que el terapeuta dirija su atención hacia identificar los modos en que el contexto, en este caso familiar, fomenta que se mantengan los síntomas de una persona.

Es una de las técnicas fundamentales que se emplean en terapia familiar. Cuando se emplea en el curso de las sesiones, de manera sutil se desliza en nuestra mente el cuestionamiento curioso, intrigante y lleno de desafíos de cómo hacer que cambie el contexto familiar para que afloren características más funcionales del individuo.

Escenarios familiares con miembros consumidores de sustancias

Algunos escenarios que suelen presentarse en la atención de familias con problemas de adicción y que podrían ser abordados desde la escuela estructural estratégica con buenos resultados en un primer nivel de cambio, son:

1. La persona que consume sustancias psicoactivas vive con sus padres. Cuando asisten ambos padres es provechoso explorar cómo interactúan con el hijo consumidor, con la finalidad de evaluar la presencia de triangulaciones.
2. Madre desplegando la función de proveedora. Escenario donde la crianza del consumidor de sustancias psicoactivas estuvo a cargo de los abuelos maternos, siendo esta laxa y sobreprotectora, lo que activó sentimientos de celos y enojo en los tíos maternos dirigidos al usuario de drogas.

Estos sentimientos están articulados dentro de las pautas de crianza cargadas de rigidez, violencia y de la violencia que recibieron por parte de sus padres (los abuelos maternos del consumidor de sustancias).

Suele aparecer en el discurso de la familia que varias personas participaron de la crianza de esta persona y que en la actualidad intentan dirigir su comportamiento.

3. Madre que pugna por ejercer su papel de madre en su familia de origen. Esto se puede dar cuando la madre soltera interactúa con su familia de origen bajo la base de una lucha de poder para intentar demostrar que tiene la capacidad

y la autoridad moral para ejercer su maternaje. Por ejemplo, la abuela materna descalifica a la madre abiertamente en presencia del consumidor de sustancias.

En estas dinámicas familiares se construyen interacciones hostiles entre la abuela del consumidor y la madre del mismo; ambas luchando una con la otra por demostrar quién es mejor madre, el resultado es una lucha de poder y una triangulación en donde lo que menos atienden las adultas es las necesidades emocionales y afectivas del individuo que consume sustancias.

Ejemplo, madre-abuela luchan verbalmente polemizando acerca de qué es mejor para el usuario de sustancias sin habérselo preguntado; el terapeuta observa esto e interviene para destacar la triangulación que percibe.

4. La persona que consume sustancias psicoactivas es criado por los abuelos. Es el caso en que la madre de la persona que consume no se ha emancipado, es madre soltera y bastante joven, vive en la misma casa de su familia de origen y las interacciones de los miembros de la familia con ella se circunscriben en los papeles de hija y hermana y no la reconocen en su papel de madre. Con frecuencia incluso se le oculta al hijo quién es su verdadera madre y la madre, a lo largo de la historia familiar, asumió un papel secundario en la crianza de este hijo y la familia entera construye un secreto en torno a la paternidad y maternidad del individuo.
- 5.- El padre biológico abandonó la responsabilidad de ejercer su paternidad y por lo regular el hijo que consume sustancias psicoactivas vive con la familia nuclear de la madre.

REFERENCIAS

- Acuña, G. G. (2009). Comprendiendo las adicciones: teoría del aprendizaje y su aplicación en prevención de recaídas. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
- Aguedo M. E., & Estrada A. P. (2013). Terapias narrativa y colaborativa: una mirada con el lente del Construccinismo Social. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 15-48.
- Alonso, Y. (2009). *¿Qué ha pasado con el modelo biopsicosocial en la investigación médica?* España: Jano. Medicina y Humanidades. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2940091>
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar, un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. Wright, C. Newman, C. & Liese, B. (2006). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becoña, I. E., & Cortés, T. M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Benito, E. (2009). Las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de la Ciencia Psicológica*. 1 (1), 1-9.
- Bernard H. Burlingame G. Flores P. Greene L. Joyce A. Kobos JC. Leszcz M. MacNair-Semands RR. Piper WE. McEneaney AM. Feirman D. (2008). Clinical practice guide lines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542.
- Bernardi, R. Defey, D. Grbarino, A. Tutté, J. & Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría el Uruguay*, 68(2) 99-146.
- Bion, W. (1979). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Journal Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-5822.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Brook, W. D., & Spitz, I. H. (2002). *The group therapy of substance abuse*. Nueva York: The Haworth Medical Press.

- Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic: a developmental model of recovery*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Carrio, F. (2002). *El Modelo Biopsicosocial en Evolución*. Barcelona. Recuperado de <http://www.medicina-familiar.cl/sitio/images/stories/bps.pdf>
- Carroll, K., & Onken, L. (2005). *Behavioral therapies for drug abuse*. American Journal of Psychiatry, 162, 1452-1460.
- Carroll, K., & Rounsaville, B. (2006). *Behavioral therapies*. En W. Miller, & K. Carroll (Eds). Rethinking substance abuse. New York: The Guilford Press.
- Carson, R. C., & Butcher, J. N. (1992). *Abnormal psychology and modern life*. New York: Harper Collins.
- Centros de Integración Juvenil. (2003). *Enfoques de tratamiento en Adicciones*. México: Autor.
- Centros de Integración Juvenil. (2011). *Terapia familiar: manual de apoyo al terapeuta*. México: CIJ, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.
- Centros de Integración Juvenil. (2013). *Guía Técnica. Consulta Externa Básica*. México: CIJ, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiasso, G., & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. México: Paidós.
- Consentino, J. C. (2006) *La construcción de los concepto freudianos I. Defensa, sueño, aparato psíquico*. Buenos Aires: Manantial.
- Coombs, R., & Howatt, W. (2005). *The Addiction counselor's. Desk reference*. Canada: John Wiley & Sons.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. España: Desclée de Brouwer.
- De Rivera, J. L. (1992). The stages of psychotherapy. *Revista Eur. J. Psychiatry*, 6(1), 51-58.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En K. Dobson (Ed.). *Handbook of the cognitive behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.
- Droguett, V. (2014). Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de drogas. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 10(1), 64-70.
- Echeverría, S. V., Ruiz, T. G., Salazar, G. M., & Tiburcio, S. M. (2008). *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.

Elkaim, M. (1995). *Si me amas no me ames*. Buenos Aires: Paidós.

Espinal, I., Gimero, A., & González, F. (2005). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernández, C. C. (2006). *Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género*. México: Centros de Integración Juvenil.

Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2007). *Psychosocial treatments for substance use disorders*. En P. H. Nathan, & J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments than work*. New York: Oxford University Press.

Frankel, R., Quill, T., & McDaniel, S. (2003). *The biopsychosocial approach: past, present, future*. Nueva York: University of Rochester Press.

Freud, S. (2006a). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Obras completas* (pp.152-163). Vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2006b). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras completas* (pp.63-126). Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Garrido, M., & Fernández-Santos, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo, modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista. *Sistémica*, 3(1997), 161-181.

Gergen, K., & Warhus, L. (s.f). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias. Recuperado de <http://www.dialogosproductivos.net/img/descargas/27/15042009113127.pdf>

Gómez-Escalonilla, A. B., Plans, B. B., Sánchez, D. I. & Sánchez-Guerra, M. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo conductual*. Madrid: EOS.

Graña, G. J. (1994). *Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento*. España: Debate.

Guzmán, J. V. (2000). Material didáctico de la formación en Terapia Familiar del Centro de Estudios Psicosociales "CRISOL".

Henao, O. M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanista a la psicología humanista-existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4, 1, 83-100.

- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/n5-ibarra/128>
- Kanas, N., & Barr, M. A. (1983). Homogeneous group therapy for acutely psychotic schizophrenic inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(3), 257-259.
- Kesselman, H. (1999). *La psicoterapia operativa II*. Buenos Aires: Lumen.
- Kouimtsidis, C., Reynolds, M., Drummond, C., Davis, P., & Tarrier, N. (2007). *Cognitive-behavioural therapy in the treatment of addiction. A treatment planner for clinicians*. Inglaterra: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kuhn, T. S. (2011). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, J. (1986). *El seminario Libro 11 (1964): los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). La psiquiatría inglesa y la guerra. *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Leshner, A. I. (1997). Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 211-215.
- Limón, A. G. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax México.
- Linares, J., & Soriano, J. (2013). Escola de Terapia Familiar. *Pasos para una psicopatología relacional*, 5 (2), 119-146.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008&lng=es&tlng=es.
- Little, M., & Franken, I. (2012). Electrophysiological correlates of associative learning in smokers: a higher-order conditioning experiment. *BMC Neuroscience*, (8), 1-13.
- Loriedo, C., Angiolari, C., & De Francisci, A. (1989). *La terapia individual sistémica. Terapia Familiar*, 31(89), 106-111.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. España: Editorial Médica Panamericana.

- Marcos, S. J., & Garrido, F. M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 229-362.
- Margolis, R. D., & Zweben, J. E. (1998). *Treating patients with alcohol and other drug problems: an integrated approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marín, R. A., Ramírez, N. M., & Valderrama, K. (2016). Aproximación a la noción de posmodernidad en Terapia Familiar Sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 51-67.
- Martín del Moral, M., & Fernández, L. (2009). *Fundamentos biopsicosociales de las drogodependencias. Prevención y tratamiento*. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza, & I. Lizasoain (Ed). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper & Row.
- Méndez López, M. (2014). Carl Rogers y Martin Buber: las actitudes del terapeuta centrado en la persona y la relación "yo-tú" en psicoterapia. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 32(2), 171-180.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E., & Packman, M. (1994). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación*. New York: Naciones Unidas.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. California: Real People Press.
- Pinto, B. (1997). Terapia Familiar Cognitivo Sistémica. Conferencia dictada en el congreso de la SIP. Sao Paulo.
- Polo, M. I., Restrepo, A. M., Cerra, B. C., Parra, S. M., Medina, F. V., & Paez, G. A. (2011). Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(2), 185-196.
- Pezzano G. (2001) Rogers, su pensamiento profesional y su filosofía personal. *Revista Psicología desde el Caribe*. 7 (enero-julio). 60-69.
- Pinto Tapia, B. (2004). La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 2(2), 17-34.

Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612004000200002&lng=es&tlng=es

- Sánchez, D. (2004). *Terapia familiar*. Modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Sánchez-Escobedo, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, R. L. (2003). *Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar*. Colombia: Editorial Universidad del Valle.
- Schor, L. I. (1998). *Apperception as a primary process of the psyche: implications for theory and practice*. Alabama: Dissertation Publishing, Auburn University, ProQuest.
- Shazer, D. S. (1993). Entrevista con "Perspectivas Sistémicas". *La nueva comunicación*, 28(6), 6-8.
- Stallard P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes*. España: Desclée de Brouwer.
- Stanton, M. D., & Thomas, C. T. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Straussner, S. L. (1997). Group treatment with substance abusing clients: Model of treatment during the early phases of outpatient group therapy. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 7(1/2), 67-80.
- Tarragona, S. M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Tizón, J. (2007). *A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia*. España: Editorial SemFyc.
- Vargas, P. (1997). El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SEMFYC y CIMF. Recuperado de http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf
- Ulivi, G. (2000). Terapia breve centrada en la solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos. *Revista Adicciones*, 12(3), 425-430.
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. Oxford: Wiley Blackwell.



www.gob.mx/salud/clj

www.clj.org.mx

clj@clj.gob.mx

