

Trabajo Final Integrador

Descripción de la adicción en comunidad terapéutica y su vinculación con variables de la psicología positiva

Tutora: Dra. Góngora Vanesa.



Autro: Nancy Meheuech

1. INDICE

1.	INDICE.....	2
2.	INTRODUCCION.....	3
3.	OBJETIVOS.....	3
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	3
3.1.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
4.	MARCO TEORICO.....	4
4.1	PSICOLOGIA POSITIVA.....	4
4.1.1	ESTUDIO DE LA FELICIDAD.....	4
4.1.2	BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	6
4.1.3	VIRTUDES Y FORTALEZAS DEL CARACTER.....	9
4.2	SALUD-ENFERMEDAD.....	10
5.	ADICCIONES.....	11
5.1	CARACTERISTICAS CONDUCTUALES DE LAS ADICCIONES.....	13
5.1.1	COMUNIDADES TERAPEUTICAS-TRATAMIENTO.....	13
5.1.2	RECAIDAS.....	15
6.	METODOLOGIA.....	16
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	16
5.2	PARTICIPANTES.....	16
5.3	INSTRUMENTOS.....	16
5.4	PROCEDIMIENTOS.....	16
7.	DESARROLLO.....	17
8.	CONCLUSION.....	23
9.	BIBLIOGRAFIA.....	27

2. INTRODUCCION

La práctica profesional fue llevada a cabo durante cuatro meses en una comunidad terapéutica. La misma tiene por objetivo la promoción de la salud y la rehabilitación de personas que padecen de abuso o dependencia de sustancias.

Dichos objetivos son abordados mediante tres tipos de tratamientos: Internación en Comunidad Terapéutica, tratamiento Ambulatorio –Terapia grupal o Individual- y Hospital de Día.

Las tareas realizadas se vincularon a los pacientes internados en dicha comunidad terapéutica.

El interés del trabajo final de integración surge a partir de la observación y contacto establecido con los pacientes, en tareas realizadas por la institución: grupo de apertura y cierre, grupo de sentimientos y reuniones con el staff.

El objetivo de tratamiento de la institución abarca la promoción de la salud y la rehabilitación, es a partir del primer objetivo del cual se desprende el interés del tema a tratar. Partiendo de los principios desarrollados por la Psicología Positiva, se pretenderá poder discernir aspectos saludables de los pacientes, cuya importancia radica en poder tener una mirada de las personas no solo desde lo patológico sino también de aquellos aspectos saludables que conforman la totalidad del ser humano.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las fortalezas y el nivel de bienestar psicológico en pacientes en rehabilitación por dependencia o abuso de sustancias.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar cuáles son las fortalezas más y menos desarrolladas en pacientes que se encuentran en tratamiento de internación de adicciones.

- Comparar las fortalezas predominantes en pacientes que inician el tratamiento y pacientes que concluyen el tratamiento de internación.
- Comparar el nivel de bienestar psicológico entre los pacientes que inician y pacientes que encuentran finalizando el tratamiento de internación.

4. MARCO TEORICO

4.1 PSICOLOGIA POSITIVA.

La Psicología Positiva surge en el año 1998 por su precursor Martin Seligman, presidente de la American Psychological Association. Se presenta como un enfoque prometedor para muchos profesionales de la salud, su visión optimista y científicista es la apertura a una nueva percepción hacia la salud y la enfermedad.

El mayor antecedente de este campo se haya en las corrientes psicológicas humanistas y existencialistas, en la que autores como Maslow, Jahoda, Rogers y Jung, postulan el mismo valor a la enfermedad y a las potencialidades y capacidades psíquicas (Gancedo, 2008).

Por lo tanto no es una propuesta nueva, si no que se enmarca dentro de los enfoques salugénicos, los cuales dan respuesta a los modelos tradicionales y hegemónicos de los modelos médicos basado exclusivamente en la resolución de conflictos o trastornos (Gancedo, 2008). Este enfoque propone retomar los objetivos dejado de lado por la Psicología. Los cuales además de otorgar cura al padecimiento, también propone promover la vida plena en los pacientes e identificar y potenciar los talentos (Prada, 2005).

4.1.1 ESTUDIO DE LA FELICIDAD

La felicidad es un tema abarcado en distintas épocas, en la antigüedad para Aristóteles la felicidad era el bien supremo, así distintas culturas en distintos tiempos se han preguntado que factores intervienen para ser felices (Casullo, 2001).

La ciencia atribuía la felicidad como un saber de tipo filosófico, es a partir de los años 70' que comienza a incluirse como concepto mensurable en otros campos

(Casullo 2001). La Psicología Positiva contribuye en la actualidad al desarrollo científico de la misma.

Desde la tradición filosófica provienen dos concepciones de felicidad, la primera denominada hedónica, considera que el bienestar se define como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. Por lo tanto el objetivo es el vivenciar la mayor cantidad de placer posible. La felicidad se basa desde esta concepción en experimentar dichos momentos placenteros, vinculado a la cantidad de vivencias. (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009). Las investigaciones que se realizaron desde este enfoque se vinculan a las emociones positivas y a la satisfacción con la vida. (Castro Solano, 2011)

La segunda concepción es llamada eudaemónica, en la cual importa la calidad de las experiencias más que la cantidad, es decir, que a mayor afecto positivo no hay mayor bienestar, no depende de minimizar el afecto negativo sino a vivir de forma plena o darle lugar al desarrollo de potencialidades mas valiosas (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009). Es la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno con el que las personas se sienten vitales y auténticas (Waterman, 1993).

A partir de una investigación realizada por Castro Solano (2011) queda evidenciado que el bienestar eudaemónico no posee lugar si no preexiste una base de bienestar hedónico (Waterman, 2008). Así como también es importante el balance entre estas dos fuentes de bienestar para el logro de la satisfacción vital. (Sirgy & Wu, 2009).

Martin Seligman (2002) propone tres rutas que permiten el acceso a una vida plena o acceso a la felicidad: El estudio de la vida placentera, compuesta por experiencias subjetivas positivas, aumento de emociones positivas del pasado, presente y futuro. Es decir que a mayores emociones positivas experimentadas, más feliz se es.

Este acceso a la felicidad obtiene dos limitaciones, por un lado el nivel de emocionalidad de una persona es más o menos fijo con poca probabilidad de cambio, se debe a que la emocionalidad esta ligada a factores genéticos heredables y a características de personalidad. (Lubomirsky, 2007). La segunda limitación refiere a la adaptación hedónica, mediante investigaciones se registró una habituación en la experimentación de emociones, quiere decir que se necesita un incremento de emociones positivas, hasta tal punto que no causan mayor felicidad.

En segundo lugar la vida comprometida, (Seligman, 2002) comprende los rasgos de personalidad positivos y engloba los estados de flow y el estudio de las virtudes y fortalezas del carácter. Alude a la puesta en práctica en lo cotidiano de las fortalezas personales bajo el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas, es decir: estados de Flow. Estos estados se caracterizan por una actividad que absorbe la atención de la persona y aporta la sensación que el tiempo se detiene. La actividad tiene que representar un desafío para la persona y a su vez percibir que tiene la habilidad para realizarlo. (Csikszentmihalyi, 1996).

Por último la vida con significado, proceso que se da en las instituciones que posibilitan los rasgos positivos y dan lugar, por tanto, a experiencias subjetivas positivas. Engloban el sentido vital y el desarrollo de objetivos que trascienden a uno mismo (Seligman, 2002). Tiene relación con tareas que se relacionan con otros, tales como las actividades comunitarias.

A partir de investigaciones realizadas, se demostró que las tres vías aportan bienestar, sin embargo la vida comprometida y la vida con significado son las que registran aportaciones mayores. (Castro Solano, 2011)

Seligman (2009) refiere la existencia de otro pilar, referido a los vínculos positivos y la vida social como vía de acceso a la felicidad, que tiene su origen en los estudios de bienestar psicológico los cuales identifican a las personas sociables como las más felices (Castro Solano, 2010).

En la actualidad se han abierto múltiples estudios acerca de cuales son los factores que aporta mayor bienestar a las persona, que variables intervienen para que las personas se sientan felices.

Con estos enfoques queda inaugurado una nueva etapa de investigaciones, en el sentido que la felicidad ya no es posible alcanzarla desde el dinero o la salud, o mejor dicho, desde variables externas, sino que están ligadas a cuestiones internas, mediante la vida eudaimónica, la cual tiene un alcance de la felicidad más duradero. (Castro Solano, 2010).

4.1.2 BIENESTAR PSICOLÓGICO

El bienestar psicológico es un constructo multidimensional, en el cual intervienen factores afectivos, cognitivos y a su vez incluye el contexto, aspectos sociales y del entorno. (Castro Solano, 2010).

Los estados afectivos son estados de complacencia transitorios, el cognitivo implica valoraciones abstractas sobre el sentido de la propia vida. (Vázquez & Herváz, 2009). En general la intervención cognitiva es más importante que el que se da en procesos emocionales más básicos. Por un lado la valoración cognitiva puede ser relativamente dependiente de vivencias afectivas. (Vázquez & Herváz, 2009) A su vez este componente cognitivo parece ser más relevante en relación al bienestar, ya que es una característica más estable e impregna la vida global de las personas, mientras que los componentes afectivos son más cambiantes en el tiempo (Castro Solano, 2010).

Ryff (1989) estudia el bienestar psicológico dentro de las concepciones eudaemonicas de la felicidad, le da el nombre de bienestar psicológico para diferenciarlo del bienestar subjetivo ligado a la felicidad hedónica. Define el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1995). Así el bienestar psicológico no sería la prioridad del sujeto sino el resultado de una vida bien vivida (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Ryff (1989) critica los estudios realizados, conjeturando que consideraban al bienestar como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, es decir, basados solo en la afectividad positiva o negativa. La autora plantea una teoría del bienestar psicológico multidimensional y en la cual subyacen las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Presentando variaciones según edad, sexo y cultura. (Castro Solano, 2010).

Ryff y Singer (2007) plantean el bienestar psicológico como la presencia de un sentido de propósito en la vida, relaciones sociales de calidad y oportunidades para el desarrollo personal. Los efectos del bienestar, pueden ofrecer una visión más amplia sobre la salud, en termino epidemiológicos el bienestar social y psicológico pueden ser factores que contribuyan a demorar la presencia de morbilidad y mortalidad. (Ryff & Singer, 2007).

Según Ryff y Singer (2007) este constructo plantea una ironía, ya que para vivenciar el bienestar hay que haber transcurrido momentos de dificultades. El bienestar

psicológico consta de seis dimensiones, estas dimensiones mezclan lo positivo con lo negativo de la condición humana, ya que el potencial humano nace frecuentemente a partir incidencias de la vida. (Ryff & Singer, 2007).

La primera dimensión es la autoaceptación la cual implica un autoconocimiento, basado en el reconocimiento y aceptación de aspectos positivos como negativos La segunda dimensión es el propósito de vida, desde la cual se otorga sentido y dirección a las experiencias de vida, esta vinculado a la capacidad de poder hacerle frente a la adversidad. Luego el crecimiento personal, hace referencia a la capacidad de reconocer las propias potencialidades y cultivar nuevas según las circunstancias que se presente. La cuarta dimensión hace referencia al dominio que se tenga del medio ambiente, la capacidad de adaptarse proactivamente al medio, es decir accionar para lograr un control y satisfacer las propias necesidades. La quinta es la autonomía, que implica confiar en las propias convicciones y creencias, sin dejarse influenciar por los demás. Por ultimo las relaciones positivas con los demás, la cual involucra el potencial humano, el placer y disfrute que genera el contacto con los demás, la intimidad y el amor duradero. Tanto en aspectos positivos como negativos que pueden experimentarse en una relación.

Casullo (2002) basándose en el modelo de bienestar psicológico de Ryff, plantea una concepción alternativa para el desarrollo del constructo. Dicho modelo toma en cuenta cinco dimensiones del bienestar psicológico. Aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, control de las situaciones, autonomía, y proyecto de vida. A partir de lo desarrollado crea un instrumento de medición, llamado escala BIEPS-A (Casullo, 2002).

Ryff y Singer (2007) aludieron que la ausencia de bienestar genera condiciones de vulnerabilidad frente a la posibilidad de adversidades futuras. Por lo tanto en cuanto a los tratamientos psicopatológicos, la recuperación no solo se basa en tratar o aliviar lo negativo sino también engendrar lo positivo.

Investigaciones que relacionan bienestar psicológico en relación a las recaídas en los trastornos afectivos demostraron que el incremento del bienestar psicológico protege contra las recaídas y recurrencias. (Vázquez, Hervás & Ho, 2006).

Fava (2008) propone la terapia del bienestar, la cual se basa en el modelo cognitivo de bienestar psicológico de Ryff (1989). Es una estrategia terapéutica de corta duración. El objetivo es que el paciente pase de un nivel disfuncional a un nivel óptimo, basándose en las dimensiones del bienestar psicológico.

Un incremento en el bienestar psicológico puede contrarrestar sentimiento de desmoralización y pérdida que generan los trastornos crónicos, mejorando de esta forma la capacidad de afrontamiento de los individuos (Fava, 2008).

Por la tanto intervenir para lograr un aumento en el bienestar puede tener efectos clínicos beneficiosos en relación a la mejoría de la calidad de vida, el estilo de afrontamiento y el apoyo social. (Vásquez & Hervás, 2008).

Esta terapia aun esta en crecimiento, engloba dos implicancia teóricas fundamentales, una es la posibilidad de promover el bienestar y una vida saludable ayudando a la gente a darse cuenta de su verdadero potencial, a comprometerse con otros y alcanzar un funcionamiento optimo y por otro que el malestar psicológico puede contrarrestarse incrementando los niveles de bienestar. (Fava, 2008).

4.1.3 VIRTUDES Y FORTALEZAS DEL CARÁCTER

La psicología científica no puede prescribir una vida moralmente buena, pero si tiene los recursos para describir el que, el como y porque del buen carácter. (Vásquez & Hervás, 2008)

Peterson y Seligman (2004) toman el concepto de carácter moral desde las teorías del rasgo de la psicología de la personalidad contemporánea, desde la cual se reconocen que las diferencias individuales son estables, generales y también afectadas por el contexto y modificables. (Castro Solano, 2010)

Carácter moral se define como el conjunto de rasgos positivos que existen como diferencias individuales, estos se manifiestan en los pensamientos, sentimientos y acciones, son maleables, es decir que se pueden modificar. Sujetos a modificaciones del contexto y son medibles. (Castro Solano, 2010).

Históricamente lo bueno y lo malo había quedado sujeto exclusivamente al estudio de la psicopatología, es así que se cuenta con dos manuales psicopatológicos, DSM IV y CIE. Este desarrollo es incompleto ya que no se contempla un conocimiento

profundo y probado sobre la buena vida, las buenas personas o las emociones positivas. (Castro Solano, 2010).

Es por esto que en 2004 Peterson y Seligman, bajo el objetivo de iluminar los aspectos positivos, lanzan un manual de clasificación de rasgos positivos, compuesta por 6 virtudes y 24 fortalezas.

El buen carácter es el conjunto de rasgos positivos que surgen de la cultura y la historia, importantes para el buen vivir (Peterson & Park, 2009). Está conformado por distintos componentes diferenciados según su nivel de abstracción. El primer nivel está conformado por las virtudes, las cuales son características centrales valoradas por religiosos y filósofos morales. Se consideran un bien universal y contribuyen a la supervivencia de la especie. No son evaluables empíricamente (Peterson & Park, 2009). Las fortalezas, son procesos psicológicos, vías mediante las cuales se manifiestan las virtudes.

En el nivel más bajo de abstracción del carácter están los temas situacionales, estos son los hábitos que llevan a una persona a expresar una determinada fortaleza en determinada situación.

A continuación se mencionará cada virtud con sus respectivas fortalezas. La virtud sabiduría incluye la creatividad, curiosidad, mentalidad abierta, amor por el conocimiento y perspectiva. Coraje comprende las fortalezas de valentía, perseverancia, vitalidad y autenticidad. Humanidad, figuran amabilidad, inteligencia social y amor. Justicia a la cual pertenece la capacidad de trabajar en equipo, equidad y liderazgo. Templanza, autorregulación, prudencia, perdón y modestia. Y por último la virtud trascendencia, que comprende la apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad.

VIRTUDES						
FORTALEZAS	Sabiduría	Coraje	Humanidad	Justicia	Templanza	Trascendencia
	Creatividad	Valentía	Amabilidad	Capacidad de trabajo en equipo	Autorregulación	Apreciación de la belleza
	Curiosidad	Perseverancia	Inteligencia social	Equidad	Perdón	Excelencia
	Mentalidad abierta	Valentía	Amor	Liderazgo	Prudencia	Gratitud
	Amor por el conocimiento	Autenticidad			Modestia	Esperanza
	perspectiva					Humor
						Espiritualidad

CUADRO VIRTUDES Y FORTALEZAS DEL CARÁCTER

Seligman y Peterson (2004), afirman que las fortalezas y las virtudes actúan como amortiguadores frente a la enfermedad mental y son un complemento del DSM-IV.

Para llevar a cabo la evaluación de las virtudes y fortalezas del carácter Peterson y Seligman (2004) desarrollaron un cuestionario autoinforme llamado VIA-S, el cual evalúa las 6 virtudes y 24 fortalezas, mediante 240 ítems, usa una escala Likert de 5 puntos para medir cuan a menudo uno se percibe realizando conductas características de las virtudes y fortalezas

El cuestionario VIA-S fue adaptado al español por Cosentino y Castro Solano (2008), llamado inventario de virtudes y fortalezas IVyF, se lleva a cabo con papel y lápiz, consta de 24 ítems bipolares, es decir, con una autodescripción de la conducta positiva y negativa, en el mismo ítem. Posee una escala Likert de 5 puntos (Cosentino, 2011).

4.2 SALUD-ENFERMEDAD E INTERVENCIONES POSITIVAS.

El avance en la percepción de la salud se ha ampliado desde distintos ámbitos, ya sea la ciencia, la economía, la política, etc. Distintos ámbitos se ven involucrados en la necesidad de ampliar la concepción salud-enfermedad. Esta necesidad aun no se plasma en la actualidad, ya que tanto en la psicología como en la medicina, los programas de salud con sus respectivas intervenciones van destinadas hacia las emergencias, hacia el dolor o incapacidad y no focalizan en la creación de espacios en que la atención se dirija a intervenir desde la prevención y promoción de la salud (Vazquez & Hervas, 2008).

En el año 1948, la OMS plantea que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino que es un estado completo de bienestar físico psíquico y social. Por lo tanto a nivel mundial se plantea el compromiso de modificar las prácticas y teorías de la salud.

Al respecto el sociólogo Antonovsky (1987) propone reconstruir la polaridad salud-enfermedad, bajo el objetivo de poder percibir la salud-enfermedad como una misma realidad que coexiste en la persona. Propone un continuum entre estos polos, permitiendo un abordaje salugénicos, desde esta propuesta se puede ubicar a las personas dentro de este continuum, focalizando en diversos medios que contribuyan a que los individuos se muevan hacia el polo saludable.

La idea de base de la Psicología Positiva es que cuando desaparecen los trastornos psicológicos trae aparejado un alivio para la persona, pero no necesariamente implica un aumento en el bienestar psicológico (Castro Solano, 2010). Por lo tanto se requieren intervenciones específicas para que la persona tenga un nivel de bienestar sostenido.

Las intervenciones en psicología positiva pueden ser aplicadas para pacientes que padecen alguna problemática o trastorno, como un modelo de complemento al enfoque clásico de la psicología, focalizado en síntomas psicopatológicos. (Castro Solano, 2010).

En los últimos años distintos estudios demostraron que las intervenciones positivas pueden generar cambios saludables en la población clínica. Las investigaciones exploraron población con trastorno depresivo mayor y moderado,

estudiantes universitarios y personas con enfermedades médicas. (Emmons & McCullough, 2003; Fava, 1999; Lyubomyrsky et. al, 2005; Seligman, Park et. al., 2006; Seligman, Rashid & Park, 2006).

Una intervención para ser positiva debe estar focalizada en aumentar los recursos personales más que en reducir lo negativo. Por esto las intervenciones deben dirigirse a aumentar el bienestar a través de los pilares de la psicología positiva, es decir, mejorar el afecto positivo, aplicación de fortalezas y cultivo de significado (Linley & Joseph, 2004).

Seligman (2005) realizó un estudio en el que comparó cinco intervenciones positivas, bajo el objetivo de ampliar sentimientos positivos de felicidad. Las intervenciones consistían en realizar una visita de gratitud, escribir diariamente tres cosas óptimas que ocurrieron en un día, describir un momento personal óptimo y encontrar las fortalezas desplegadas, utilizar las fortalezas, descritas en el inventario de fortalezas, identificarlas y utilizarlas de una manera diferente durante una semana. Las intervenciones que obtuvieron mejores resultados fueron utilizar las fortalezas de una manera diferente y el registro diario de tres cosas buenas (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

Fava (2004) crea la terapia del bienestar psicológico, afirma que las personas con depresión, aunque tengan vivencias óptimas no las perciben, la existencia de niveles bajo de experiencias satisfactorias aumenta la probabilidad de reacciones negativas y recaídas. Dicha terapia demostró ser efectiva en el tratamiento de fase residual de los trastornos afectivos, para prevenir depresiones recurrentes y para el tratamiento de ansiedad generalizada (Ruini & Fava, 2004).

A su vez puede ser de gran aporte las variables positivas para reducir las recaídas (Vázquez, Hervás & Samuel, 2006). Por ejemplo, en distintos estudios con pacientes depresivos se observó que, en un plazo de 12-24 meses, la tasa de recaídas luego de un tratamiento farmacológico fluctúa entre un 50-78%, mientras que tras una intervención cognitiva, la tasa de recaídas varía entre un 20-36% (Segal, Williams y Teasdale, 2002). Esta tasa podría disminuir si además de reducir su sintomatología, la

intervención psicológica fuera capaz de restablecer en la persona sus niveles previos de funcionamiento y bienestar. (Vázquez, Hervás & Samuel, 2006).

Con estos estudios queda evidencia empírica de la utilidad de las intervenciones de psicología positiva en población clínica (Ingram & Snyder, 2006; Linley & Joseph, 2004).

La propuesta es integrar los paradigmas de salud-enfermedad, combinarlos y no excluirlos. Y así, el intento por superar las limitaciones de ambos enfoques (Góngora, 2008).

5. ADICCIONES

Las adicciones comprenden un cuadro psicopatológico complejo, en la cual están implicados factores biológicos, genético, conductuales, cognitivos, afectivos, inconscientes y ambientales (Fernandez Alvarez & Opazo, 2004). Es por esta complejidad que el tratamiento y estudio del mismo requiere de un enfoque multidisciplinario.

La palabra adicción engloba una serie de cuadros, adicción a comer, a jugar, a internet a sustancias, todas estas poseen sustratos neuroquímicos y neuroanatómicos comunes. Estas distintas manifestaciones pueden tener efectos similares en la actividad de las áreas de recompensa específicas del cerebro. (Kaplan & Saddock, 1997).

Aquí solo se enfocará las adicciones a sustancias, como la cocaína, alcohol, marihuana, paco y LSD, a este tipo de adicciones se los denomina trastorno por dependencia o abuso de sustancias (DSM IV, 2000).

La OMS (2008) define las adicciones como el abuso de sustancias que incluye un intenso y peligroso uso de sustancias psicoactivas que comprenden el alcohol y drogas ilícitas. El uso de sustancias psicoactivas puede ocasionar el síndrome de dependencia, caracterizado por cambios conductuales, cognitivos y fisiológicos que se presentan como: uso repetido de sustancia, deseos de consumir, conflictos para controlar el uso, permanencia de consumo a pesar de las consecuencias, prioridad de consumir por sobre otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y síndrome de abstinencia (World Health Organization, 2008).

El DSM IV (1994) llama a las adicciones a drogas, trastorno relacionado con sustancias y distingue entre abuso y dependencia de sustancias. Abuso es un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas, vinculado a la conducta de consumir. Dependencia es definida como la incapacidad de control del consumo, y se relaciona con las consecuencias o efectos del consumir.

El diagnóstico por abuso de sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo con su consecuente deterioro o malestar clínicamente significativo, en un periodo de doce meses bajo la presencia de uno o más de los siguientes cinco criterios. Consumo recurrente de sustancias que obstaculiza el cumplimiento de obligaciones laborales, escolares o del hogar, dicho consumo expone a la persona a situaciones peligrosas para su integridad física. Reiterados problemas legales en relación al consumo. Problemas sociales o interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. Por último, los síntomas no cumplen los criterios para el diagnóstico de dependencia por sustancias. (DSM IV, 1994).

Dependencia de sustancias, se caracteriza por un patrón desadaptativo con su consecuente deterioro o malestar clínicamente significativo. Consta de siete criterios, de los cuales para efectuar el diagnóstico se requieren la presencia de tres o más durante doce meses. Los criterios refieren acerca de, la tolerancia a la sustancias, es decir, un aumento en la cantidad de consumo de lo previsto previamente, con el fin de obtener los efectos deseados. Como segundo criterio abstinencia, cuando se deja de consumir la sustancia aparecen síntomas vinculados al deseo físico o psicológico de consumir, se manifiesta mediante esfuerzos frustrados por controlar o disminuir el consumo. Los otros criterios se vinculan a un excesivo tiempo dedicado a la obtención de la sustancia y continuidad en la conducta de consumo pese a tener conciencia de malestar físico o psicológico. (DSM IV, 1994).

5.1 CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES DE LAS ADICCIONES

La distinción entre los consumidores casuales y los adictos está dada porque los primeros priorizan valores como la familia, el trabajo la seguridad económica el ocio, los amigos. Los adictos subordinan algunos objetivos importantes a la utilización de la droga. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando el pensamiento, su conducta y animo. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Según Beck (1999) existen predisponentes para las conductas adictivas. Estas son: a) sensibilidad hacia sus sentimientos y emociones desagradables, b) poca motivación para controlar su conducta, por lo tanto la satisfacción instantánea es más valorada que el control. c) impulsividad, técnicas inadecuadas para controlar la conducta y el afrontamiento de los problemas, por lo que cuando están motivados para moderar su conducta no tienen los conocimientos técnicos para llevarlo a cabo, d) patrón automático, no reflexivo que lleva a ceder ante los impulsos e) búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento. Poseen insuficiente alternativas prosociales para poder conseguir sentimientos placenteros, y una sensación de indefensión siempre que se persigue un objetivo. F) poca tolerancia a la frustración, caracterizada por la exageración de una pérdida, culpabilizar a otras personas por la perdida, y querer castigar a ese otro por ello. G) disminución de perspectivas futuras, de forma que la atención del individuo se centra aquí y ahora, deseando consumir (craving) impulso y acciones para aliviarse y satisfacer su necesidad de consumo.

5.1.1 COMUNIDADES TERAPEUTICAS-TRATAMIENTO

El tratamiento abarca tres modalidades: residencial, reinserción social y centro de día. La modalidad de tratamiento se indicará teniendo en cuenta, el patrón de consumo y el apoyo social con el que cuenta el paciente, es decir, familiares, amigos cercanos, instituciones a las que concurre y no están vinculadas al consumo y la historia individual (Nato & Rodríguez, 2001).

En general los tratamientos se direccionan a que el paciente mantenga la abstinencia de la sustancia y lograr bienestar físico, psíquico y psicosocial (Kaplan & Saddock, 1997).

Aquí se abocará a desarrollar la modalidad residencial, la cual tiene dos etapas, la primera la comunidad terapéutica, en la que es primordial el trabajo en grupo desde el cual se busca la modificación de las conductas disruptivas. La segunda etapa es de

reinserción social, a la cual se accede al finalizar la internación en comunidad. En esta etapa se trabajan las potencialidades de los pacientes y lo aprendido en tratamiento. Se caracteriza por ser gradual, se estructura durante el proceso de internación, mediante salidas los fines de semanas, en la cual los pacientes buscan actividades de su agrado para crear redes sociales, van a sus casas en la cual se busca reparar los lazos familiares y búsqueda de trabajo en caso de no tener uno, si lo tiene la persona se restablece cuando hay una mejoría. (Nato & Rodríguez, 2001).

La modalidad residencial-internación se basa en una jerarquía piramidal con etapas estructuradas de tratamiento, uno de los objetivos de la internación es que los pacientes adquieran responsabilidad personal dentro de la comunidad (Cincunegui, 2006).

El tratamiento se basa en tres ejes, el primero sobre el comportamiento, en el cual hay un sistema de reglas obligatorias de la convivencia en comunidad, el segundo se basa en terapias grupales e individuales en el cual los pacientes elaboran sus conflictos, y por ultimo trabajo cognitivos mediante talleres y seminarios. (Nató & Rodríguez, 2001).

Una de las razones de la complejidad del tratamiento radica en que los pacientes de esta modalidad además de poseer un severo abuso de sustancias, suelen tener problemas judiciales, falta de respaldo social y comorbilidad con otros trastornos. (Cincunegui, 2006).

El auge de las comunidades terapéuticas radica en el vínculo que se crea entre los ex adictos recuperados y los nuevos que ingresan. Se genera solidaridad y deseo de ayudarse, esto es porque consideran que todos han vivido el drama de forma similar (Fernandez Alvarez & Opazo, 2004).

Durante los periodo de abuso de sustancia, se produce un deterioro en los sistema de apoyo psicosocial. Por lo tanto un apoyo psicosocial adecuado son facilitadores primordiales para los complejos cambios conductuales requeridos para que un paciente abandone la sustancia de la cual abusaba (Kaplan & Saddock, 1997).

5.1.2 RECAIDAS

Una de los principales fracasos del tratamiento en adicciones son las recaídas, según Beck (1999) una de las razones por las que los adictos recaen es por sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos a tomar drogas no cambian sustancialmente. Es decir que pueden adquirir estrategias para controlar la conducta pero no modifican significativamente sus actitudes que alimentan el craving o deseo por consumir.

El craving e impulsos irrefrenables por consumir son los factores más importantes de abandono terapéutico o recaídas en los periodos de abstinencia. (Beck, Wright, Newman & Liese; 1999).

Por lo tanto dentro del tratamiento integral de los trastornos por abuso y dependencia de drogas, el mantenimiento de la abstinencia para el consumo ocupa una parte muy importante, tanto en los recursos farmacológicos y clínicos empleados en la atención de la drogodependencias. La abstinencia es uno de los objetivos primordiales del tratamiento. La importancia atribuida al craving para el consumo está definida por algunos autores que lo consideran como el factor más importante de abandono terapéutico y es el causante de las recaídas después de largos periodos de abstinencia, sobre todo porque reaparece durante y después del tratamiento. (Chesa Vela, Elías Abadías, Fernández Vidal, Izquierdo Munuera & Sitjas Carvacho M.; 2004).

Posteriormente se ha visto que no es el único factor determinante en el mantenimiento de la abstinencia, sino que forma parte de un conjunto de causas que predisponen al individuo con una adicción a recaer en el consumo.

Entre otras posibles causas Beck (1999) postula que en el curso de la adicción existe un círculo vicioso entre la ansiedad, estado de ánimo depresivo y automedicación. A su vez desde un plano conductual las personas con esta problemática tienden a ignorar, minimizar o negar los problemas derivados del consumo o lo atribuyen a otras causas.

5.2 ADICCIONES Y VARIABLES POSITIVAS.

Durante los últimos tiempos, un cambio se ha producido en la psicología y en el estudio y práctica de las adicciones. Ambos campos de forma independiente reconocieron que su trabajo se centra desproporcionadamente sobre la enfermedad y la patología. La

psicología comenzó a focalizar su estudio científico al fenómeno del florecimiento humano (Keyes & Haidt, 2003), dando lugar a la hoy llamada psicología positiva.

En el campo de las adicciones se presenta un nuevo enfoque basado en la recuperación y abstinencia (Galanter, 2007), llamado movimiento de recuperación.

El movimiento de recuperación al igual que la psicología positiva pone su atención en la recuperación y no tanto en la patologización. Uno de sus principales objetivos es la promoción de la salud y prevención de las adicciones. (Krentzman, 2013).

Se caracteriza por ser dirigido por personas recuperadas, ex consumidores. Sus intervenciones van dirigidas a múltiples caminos para el logro de la recuperación, enfatiza en el sistema social como un apoyo en la recuperación (White, 2007). Se centran en los cambios macrosistémicos, ya sea orientar políticas, sistemas de tratamientos, recursos comunitarios y sociales. Empleando temáticas sociales de las adicciones, como los son los estereotipos o estigmas. Por lo tanto es un movimiento social que aspira a la promoción de la salud. Forma parte del campo académico, investigadores están comenzando a medir el impacto del movimiento (White, 2007).

La psicología positiva ha tenido una propagación más allá de lo académico, ya que captó la atención del público en general, debido a su objetivo de mejorar la vida. Como ciencia social la psicología positiva brinda a la comunidad investigaciones, marcos conceptuales, instrumentos de medición, definiciones de los constructo principales e intervenciones. Aunque la psicología positiva centra su atención en las organizaciones positivas, su objetivo primordial ha sido intrapsíquico. (Krentzman, 2013).

Por lo tanto en el campo de las adicciones, existe un tratamiento basado en intervenciones dirigidas a lo social, a lo macro, mientras que la psicología positiva a diferencia del movimiento de recuperación, sus intervenciones van dirigidas a modificar lo individual (Krentzman, 2013).

La psicología positiva y las adicciones, en cuanto a las intervenciones y tratamiento de los pacientes, puede enmarcarse en el deterioro y readquisición de fortalezas del carácter. Glatt (1958) propone una curva en U, la cual representa el descenso en el alcoholismo marcado por los comportamientos asociados con el deterioro, seguido por el ascenso de la recuperación y marco por la reintegración y retorno del bienestar. El primer periodo de descenso está caracterizado por desviaciones progresivas, consumo,

comportamiento omnipotente e impulsivo, evitación de la familia y amigos, incapacidad para iniciar la acción. En cuanto a las fortalezas del carácter se halla la ausencia de la valentía, integridad, ciudadanía, humildad, prudencia y autorregulación.

El ascenso está dado por la restauración del buen carácter, es decir, honestidad, deseo de ayuda, inicio de una nueva esperanza, ausencia de deseos de escapar, enfrentarse con valor a los hechos, desarrollar nuevos intereses, renacimiento de ideales, confianza. (Krentzman, 2013).

La aplicación de la teoría de las fortalezas del carácter a las fases de tratamiento y recuperación de las adicciones, demuestra el potencial de la psicología positiva en la comprensión y recuperación e las adicciones. (Krentzman, 2013).

En lo que respecta a las comunidades terapéuticas, la psicología positiva tiene entre sus intereses, focalizar en el estudio de la vida con sentido (Seligman, 2002), esta es la vida de servicio, de la pertenencia de organizaciones. Incluye las familias, el lugar de trabajo, grupos sociales y la sociedad en general. Las organizaciones positivas, proporcionan un entorno en el que el carácter y las emociones positivas florecen, es decir se desarrollan.

En el ámbito de las adicciones están los grupos autogestivos de Alcohólicos Anónimos (AA) como ejemplo de organizaciones positivas. Como así también la convivencia en la modalidad intención de las comunidades terapéuticas. En estos grupos se puede dilucidar las formas en que el compañerismo promueve el desarrollo de las fortalezas del carácter y el afecto positivo. (Krentzman, 2013).

Existen pocas investigaciones de variables positivas en el ámbito de la drogadependencia. Akhtar y Boniwell (2010) realizaron una investigación con 10 adolescentes en tratamiento de abuso de sustancias en el Reino Unido y compararon los resultados con un grupo control de 10 adolescentes. La intervención fue de 8 semanas, promoviendo las emociones positivas, saboreo, gratitud, optimismo, virtudes, relajación, la meditación, cambio, establecimiento de metas, relaciones, nutrición, actividad física, capacidad de recuperación, y el crecimiento. Los autores realizaron un análisis cualitativo y cuantitativo sobre el impacto de la intervención. En lo que respecta a la evaluación cualitativa los datos fueron positivos, indicando que las intervenciones aumentaron los sentimientos de gratitud y felicidad, y la ampliación del interés por el mundo, a su vez mayor optimismo sobre el futuro. En cuanto el análisis cuantitativo, el grupo experimental

obtuvo un aumento de la felicidad, el optimismo y el afecto positivo en comparación con el grupo control. A su vez los participantes experimentaron diversos éxitos, en lo que respecta a la obtención de nuevos puestos de trabajo, aprobar exámenes. (Akhtar & Boniwell, 2010).

Otra investigación en el ámbito de la psicología positiva y las adicciones, se enmarca dentro de la virtud espiritualidad. Según investigaciones esta virtud presenta implicancias positivas en el tratamiento de las adicciones. Estudios recientes (Galanter, 2007) sugiere que las practicas espirituales, tales como la oración, meditación y lectura de materiales espirituales, funcionan como mediadores en grupos de alcohólicos anónimos, respecto a un aumento en el afecto positivo.

Hay muy poca investigación empírica que exploren el papel de las emociones positivas y de las fortaleza en la prevención y el tratamiento de adicciones (Duckworth, 2005).

Como se ha mencionada, el modelo de recuperación de las adicciones, tiene una mirada macro, es decir que los tratamiento esta orientado a organizaciones, como la familia, el trabajo, la promoción en instituciones, políticas de prevención. Mientras que la psicología positiva históricamente provee intervenciones micro, es decir, diseñadas para crear cambios a nivel individual. (Krentzman, 2013).

Por lo tanto, la integración de estos dos modelos, puede ampliar el campo de tratamiento de adicciones, tanto para una intervención adecuada como para abordar adecuadamente el problema social de la adicción. (Krentzman, 2013).

La psicología positiva posee un potencial significativo para contribuir en la recuperación, ampliación y profundización de un enfoque despatologizante en la recuperación de las adicciones. (Krentzman, 2013).

6. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se ha llevado a cabo es de tipo descriptivo.

Diseño no experimental, transversal.

5.2 PARTICIPANTES

Compuesto por 20 hombres adultos, con edades entre 15-50 años. Poseen diagnóstico de dependencia o abuso de sustancias. Se encuentran o han realizado tratamiento con internación de adicciones en una comunidad terapéutica .

Fueron examinados aquellos pacientes incorporados en los grupos terapéuticos llamados estáticos y grupo residencial, en el primero la condición para ingresar es que hayan aprendido las normas de la casa, en el segundo grupo los integrantes se hallan en la última etapa del tratamiento de internación.

5.3 INSTRUMENTOS

Los datos fueron recabados a partir de los siguientes instrumentos:

- IVyF (Cosentino & Castro-Solano, 2009) Este instrumento fue diseñado tomando en cuenta el modelo y cuestionario de fortalezas y virtudes de Peterson y Seligman (2000).

El inventario IVyF es un autoinforme que consta de 24 ítems bipolares, cada uno evalúa una de las 24 fortalezas. Es autoadministrable mediante lápiz y papel, con una duración de 20 minutos. Posee una escala Likert de cinco puntos: 1) Muy parecido, 2) algo parecido, 3) ni parecido ni diferente, 4) algo diferente, 5) muy diferente. A mayor puntaje mayor presencia de una fortaleza

Para obtener el puntaje de las virtudes se promedian los resultados de las fortalezas correspondientes a cada virtud.

Este inventario cuenta con una adecuada estabilidad obtenida mediante la técnica test-retest (Fortalezas: rango. 72 a 92; Virtudes: rango .83 a .92).

- BIEPS-A (Casullo, 2002) Escala de evaluación del bienestar psicológico orientada a adultos. Esta escala recoge las auto percepciones de los evaluados en relación con el bienestar psicológico. Es una escala tipo Likert formada por 13 ítems que puntúan de 1 a 3 en función del acuerdo (3) o el desacuerdo (1) del sujeto. Se evalúa

mediante una dimensión global, que surge de una puntuación directa transformada a percentiles. Por otra parte, es posible realizar un análisis por las dimensiones que componen al bienestar psicológico: control de situaciones (ítems 13, 5, 10 y 1), vínculos psicosociales (ítems 8, 2 y 11), proyectos (ítems 12, 6 y 3) y aceptación de sí mismo (9, 4 y 7). La consistencia interna estimada con Alfa de Cronbach es de 76.

5.4 PROCEDIMIENTOS

Los datos se recopilaron mediante la administración y análisis de los resultados obtenidos de la escalas BIEPS-A e IVyFABRE.

Los datos derivados por dichas escalas se compararon, entre el grupo de pacientes que inician el tratamiento y aquellos que se encuentran finalizando el mismo.

La selección de los participantes se efectuó a partir de una variable temporal, acerca del transcurso de tratamiento. Se administraron los instrumentos a diez pacientes que se encontraban iniciando el tratamiento en el periodo de dos meses, y diez pacientes que se hallaban en el grupo residencial, o sea, finalizando la etapa de internación para iniciar la fase ambulatoria.

La administración fue individual, en el transcurso de 20 minutos. A partir del resultado de los cuestionarios se tomaron las fortalezas que más prevalecieron y las que menos.

A los participantes se les informó que se recabarían datos para la realización del TFI. No se les comentó acerca de los objetivos para no sesgar los datos.

7. DESARROLLO

En relación al primer objetivo:

- Determinar cuáles son las fortalezas más y menos desarrolladas en pacientes que se encuentran en tratamiento de internación de adicciones.

TABLA 1.
PROMEDIO GRUPO DE INTERNACION-GRUPO EXTERNACIÓN EN TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

Fortalezas más desarrolladas	PROMEDIO	Fortalezas menos desarrolladas	PROMEDIO
Humor	4,15	Prudencia	2,9
Apreciación de la Belleza y la Excelencia	4,05	Perdón y Misericordia	2,85
Inteligencia Social	4	Perspectiva	2,8
Valentía	4	Autorregulación	2,75
Amabilidad	3,95	Ganas de Aprender	2,5

Tomando como referencia para el análisis las cinco fortalezas más desarrolladas y cinco menos desarrolladas en pacientes que se encuentran en tratamiento de adicciones en una comunidad terapéutica, se procede a desarrollar el análisis de cada fortaleza y su vinculación con la adicción y su tratamiento.

Dentro de las fortalezas más desarrolladas el **humor** obtuvo el valor predominante, con un promedio de 4,15. Esta fortaleza se enmarca dentro de las virtudes de trascendencia, y refiere al reconocimiento lúdico, la creación de absurdos y el disfrute risueño. Es la posibilidad de tener un punto de vista optimista del mundo, siendo alegre y sereno. Hace reír a los demás y mantener un estado de ánimo alegre. (Cosentino, 2009).

Según Beck (1999) las personas con adicciones tienden a ignorar, minimizar o negar los problemas derivados del consumo o lo atribuyen a otras causas. El uso del humor puede ser una conducta con dicho fin.

Como segunda fortaleza de mayor puntuación la **apreciación de la belleza**, con un promedio de 4,05. Al igual que el humor esta fortaleza se enmarca dentro de la virtud de trascendencia. Refiere a la capacidad de sentir sutiles emociones relacionadas al asombro, admiración o éxtasis vinculados al entorno físico y social, ya sea la valoración de la belleza de las cosas o las virtudes y talentos de los demás. (Cosentino, 2009).

Según Beck (1999) una característica conductual es la sensibilidad en sus sentimientos y emociones. Así como la búsqueda de estímulos excitantes e intensos y poca tolerancia al aburrimiento, a causa de las sustancias químicas que proporcionan dichos estados de intensidad.

La fortaleza de **inteligencia social** obtuvo un promedio de 4, esta fortaleza se encuentra dentro de la virtud de humanidad, describe la posibilidad de razonar sobre información emocional interna y/o externa, en relación a los otros. Posee una comprensión y evaluación de si mismo y los demás. Sabe que hacer para adaptarse a distintas situaciones. (Cosentino, 2009).

Estos datos podrían vincularse a que el tratamiento en el que se encuentran los pacientes evaluados, tiene como valor primordial el trabajo en conjunto, la finalidad de dicho valor es que rearmen una red confiable de convivencia entre los que participan de la residencia. A partir de estos valores es que se arma la estructura jerárquica de tratamiento.

Continúa la **valentía**, con un promedio de 4 puntos. Es la disposición a actuar voluntariamente frente a una situación peligrosa, en que los riesgos son evaluados razonablemente y las consecuencias son aceptadas, a favor de realizar un bien para si mismo o para los demás. Reconociendo que este bien puede no realizarse. Dicho objetivo posee un valor superior. (Cosentino, 2009).

Una característica de estos pacientes es que poseen patrones de conducta automático, no reflexivo que lleva a ceder ante los impulsos y búsqueda de excitación y poca tolerancia al aburrimiento. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). En tratamiento se enfatiza sobre la necesidad de reflexionar antes de actuar, son concientes estos pacientes de su déficit en el control de los impulsos.

Por ultimo dentro de las 5 fortalezas con mayor puntuación se haya La **amabilidad** con una puntuación de 3,95. Es el respeto y reconocimiento del otro por su sola humanidad, con una tonalidad afectiva no guiada por el deber o por intereses. Comportamiento de ayuda hacia los otros. Esta fortaleza podría vincularse a las intervenciones del programa comunitario, las cuales están dirigidas al respeto del otro, como principal regla de convivencia. Esto se realiza mediante acciones concretas, como

por ejemplo pedirle a un compañero explicaciones por una conducta no adecuada respecto a la convivencia.

De hecho uno de los objetivos de la internación es que los pacientes adquieran responsabilidad personal dentro de la comunidad (Cincunegui, 2006).

Dentro de las fortalezas menos desarrolladas los datos arrojaron las siguientes descripciones:

La fortaleza más disminuida es las *ganas de aprender* con un promedio del 2,5. Refiere a como una persona se vincula con habilidades e informaciones nuevas, y un interés solidamente establecido en relación a un conocimiento específico. Son cognitivamente activos y experimentan emociones positivas al experimentar nuevas habilidades, satisfacer su curiosidad o incrementar el conocimiento. (Cosentino, 2009).

El puntaje bajo en esta fortaleza se vincula con que estos pacientes poseen insuficiente alternativas prosociales para poder conseguir sentimientos placenteros, y una sensación de indefensión siempre que se persigue un objetivo (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

La fortaleza de *Autorregulación* una puntuación de 2,75, esta fortaleza se enmarca dentro de la virtud de la templanza, y refiere a la posibilidad de controlar las expresiones, impulsos, acciones, pensamientos, emociones, con el fin de adaptarse a una situación o cumplir u objetivo determinado. (Cosentino, 2009).

Estos datos podrían vincularse a que es característica de las conductas adictivas la impulsividad, es decir, que poseen técnicas inadecuadas para controlar la conducta y afrontar los problemas. Por lo tanto cuando están motivados para moderar su conducta mediante el tratamiento, no tienen los conocimientos técnicos para llevarlo a cabo.

Continúa la *perspectiva* con 2, 8 puntos. Es la capacidad de poseer un conocimiento superior, juicio y la posibilidad de dar sabios consejos. Esta fortaleza posee la cualidad de hacerse preguntas sobre el desarrollo propio y de la vida. Por lo tanto aporta bienestar interpersonal e intrapersonal. (Cosentino, 2009).

Según Beck (1999) estas personas poseen disminución de perspectivas futuras, por lo tanto la atención del individuo se centra aquí y ahora, deseando consumir (craving) y actuando para aliviarse y satisfacer su necesidad de consumo.

Luego *Perdón y misericordia* con un promedio de 2,8. La persona con esta capacidad, no son personas vengativas ni rencorosas, dan segundas oportunidades a los otros que lo han trasgredido. Su actitud hacia el trasgresor es de benevolencia o compasión. (Cosentino, 2009). Esta disminución respecto a los datos podría vincularse que en las personas con una adicción poseen poca tolerancia a la frustración, tienden a exagerar las pérdidas, culpabilizar a otras personas por la pérdida, y querer castigarlas por ello. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Por último la *prudencia* 2,9. Esta fortaleza se vincula a una orientación cognitiva hacia el futuro personal, un razonamiento práctico y autogestivo para lograr los objetivos de largo plazo. Son personas que se ocupan de su futuro y se preocupan por las consecuencias de sus acciones y elecciones. Pueden resistir exitosamente a los impulsos de ciertas expresiones y de acciones de metas a corto plazo. Es la capacidad de ser flexibles y moderado respecto a la vida y poseer un equilibrio entre metas y fines personales.

En contraposición es característicos de las adicciones la impulsividad en su actuar. Poseen poca motivación para controlar su conducta, por lo tanto la satisfacción instantánea es más valorada que el control. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Tres de las fortalezas menos desarrolladas corresponden a la virtud de la Templanza, podría vincularse a los patrones de conducta de los adictos vinculados a la impulsividad desarrollado por Beck (1999).

- Comparar las fortalezas predominantes en pacientes que inician el tratamiento y pacientes que concluyen el tratamiento de internación.

TABLA 2.
VIRTUDES Y FORTALEZAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR ADICCIONES.

Fortalezas del carácter	Grupo internación			Grupo externación		Prueba t
	del	MEDIA	DEVEST	MEDIA	DEVEST	
Apreciación de la Belleza y la Excelencia	4,3		0,48	3,8	1,22	0,24
Imparcialidad	3,9		1,37	3,2	0,91	0,19
Persistencia	3,1		0,99	3,5	1,50	0,49
Creatividad	3,8		1,39	3,9	1,28	0,86

Amor	3,8	0,91	3,6	1,34	0,70
Autorregulación	3	1,33	2,5	0,84	0,33
Gratitud	3,9	0,56	3,7	1,15	0,63
Liderazgo	3,7	1,76	4,1	1,44	1
Apertura Mental	3,3	1,33	3,5	1,35	0,74
Inteligencia Social	4,3	0,67	3,7	0,94	0,12
Perdón y	2,9	1,66	2,8	1,22	0,88
Misericordia					
Espiritualidad	3,2	1,47	3,3	1,82	0,89
Ciudadanía	3,6	1,50	3,7	1,25	0,87
Valentía	4,5	0,84	3,5	1,43	0,07
Curiosidad	3,6	0,96	4	1,33	0,45
Amabilidad	4	1,05	3,9	0,99	0,37
Esperanza	2,9	1,52	3	1,63	0,88
Integridad	3,5	1,17	3		0,35
				1,15	
Perspectiva	3,1	1,28	2,5	1,26	0,30
Prudencia	2,9	1,19	2,9	1,44	1
Humor	4,1	0,73	4,2	1,03	0,80
Humildad/Modestia	3,5	0,97	2,8	1,54	0,24
Ganas de Aprender	2,6	1,42	2,4	1,50	0,76
Vitalidad	3,7	1,56	3,2	1,61	0,49

De las 24 fortalezas del carácter no se hallaron diferencias significativas en las fortalezas entre los pacientes que inician el tratamiento de internación y aquellos que inician la fase de externación. De los pruebas t, no se hallaron diferencias significativas.

La fortaleza que se acerca al nivel de significación de 0,05 ($p = 0,07$) es la **valentía, la cual se caracteriza por una disposición a actuar de forma voluntaria frente a situaciones peligrosas, dichos riesgos son evaluados razonablemente. El fin de dicho actuar se haya en realizar un bien para si o para terceros.**

Los población de esta comunidad terapéutica esta compuesta por personas que han sido derivados por juzgados penales, personas que han estado en situación de calle, aisladas de sus familiares, con diversas situaciones vinculadas a la violencia y el aislamiento social. Estos pacientes poseen un patrón de conducta automático, impulsivo y no reflexivo. (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

En tratamiento, a modo de intervención, se promueve la comunicación entre ellos, poniendo en práctica el pensamiento reflexivo antes de actuar. Con el fin de que sean conscientes de sus conductas impulsivas.

Por lo tanto se busca generar la integración entre el acto y el pensamiento, permitiendo que los pacientes que ya han realizado el tratamiento puedan actuar en situaciones riesgosas, reflexionando los peligros de la misma.

- Comparar el nivel de bienestar psicológico entre los pacientes que inician y pacientes que encuentran finalizando el tratamiento de internación.

TABLA 3.**BINESTAR PSICOLÓGICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR ADICCIONES.**

	Grupo internación		Grupo externación		Prueba t
	MEDIA	DEVEST	MEDIA	DEVEST	
Aceptación	2,63	0,66	2,63	0,55	1
Autonomía	2,4	0,67	2,2	0,66	0,27
Vínculo	2,76	0,43	2,53	0,48	0,81
Proyecto	2,77	0,47	2,55	0,63	0,10

No se hallaron diferencias en relación al constructo bienestar psicológico entre los grupos comparados.

Ryff y Singer (2007) aludieron que la ausencia de bienestar genera condiciones de vulnerabilidad frente a la posibilidad de adversidades futuras. Por lo tanto en cuanto a los tratamientos psicopatológicos, la recuperación no solo se basa en tratar o aliviar lo negativo sino también engendrar lo positivo.

La alta tasa de abandono al tratamiento en las adicciones es uno de los problemas de mayor gravedad en las drogadependencia (Sánchez, 2009). Una de las posibles causas podría hallarse en la carencia de intervenciones dirigidas a aumentar los recursos de los pacientes.

El incremento de fortalezas y bienestar psicológico pueden formar un colchón psicológico en los pacientes frente a las principales causas de abandono de tratamiento, como lo es el craving, es decir deseo a consumir y el impulso de llevar a cabo ese deseo (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

8. CONCLUSION

El siguiente trabajo describe el desarrollo de las fortalezas del carácter y el bienestar psicológico de los pacientes que residen en la comunidad terapéutica estudiada .

Las comunidades terapéuticas tienen por objetivo la reinserción social de los pacientes a la sociedad, estas personas necesitan reestructurar pautas básicas, como levantarse temprano, asearse, alimentarse. Esta reestructuración se debe a los déficit causados por el consumo de sustancias, en el que interviene deterioro fisiológico, conductual, social, laboral, entre otros.

El tratamiento adquiere complejidad porque implica abordar las diversas áreas afectadas, referidas a lo psicológico, social, laboral, afectivo y espiritual. Frente a la emergencia de este trastorno, hay variables que quedan por fuera, como lo son, los aspectos saludables de los pacientes.

En el proceso de la realización del trabajo se observó que no hay intervenciones directas que persigan el objetivo de potenciar recursos, el tratamiento lo es a priori, pero es necesaria la implementación de un programa específico.

Según los resultados arrojados mediante el instrumento IVyFabre (Cosentino & Castro-Solano, 2009) y la escala BIEPS-A (Casullo, 2002), administrada a 20 pacientes de la institución, no se hallaron diferencias significativas en las fortalezas del carácter y el bienestar psicológico entre pacientes que culminaron el tratamiento y pacientes aún en tratamiento. El tratamiento basado en la reducción de síntomas no genera un aumento en el bienestar psicológico así tampoco en las fortalezas.

El tratamiento se basa en la abstinencia de la sustancia, según Beck (1999) los pacientes pueden adquirir estrategias para controlar la conducta de consumo, pero no modifican significativamente sus actitudes que alimentan el craving o deseo de consumir. Siendo este uno de los principales fracasos del tratamiento.

Las fortalezas del carácter con mayor predominancia, fueron el humor, apreciación de la belleza y la excelencia, amabilidad, valentía e inteligencia social. En tanto que las de menos prevalencia fueron la prudencia, perdón y misericordia, perspectiva, autorregulación y ganas de aprender. Se propondría la realización de talleres y seminarios en la institución, con el fin de incrementar las fortalezas existentes y explorar aquellas que han puntuado bajas, con el objetivo de dar lugar a desarrollo de potencialidades

En lo que respecta al bienestar psicológico se propondría las intervenciones estructurada de Fava (1998), llamada terapia del bienestar, la cual consta de 8 encuentros.

A partir de dicha experiencia se podría realizar un futuro estudio en el que se administraría los instrumentos pertinentes antes de iniciar las intervenciones y después,

con un grupo control, el cual no recibirá tratamiento de estas índoles. El objetivo sería medir si existen variaciones en las fortalezas y el bienestar psicológico, y como influye en el curso del tratamiento.

En lo que respecta a las críticas de este trabajo, los procedimientos y la metodología podrían modificarse para obtener una mayor consistencia metodológica. Las modificaciones se basarían en los tiempos empleados y la cantidad de pacientes evaluados. El estudio debería ser de corte longitudinal, es decir, se administraría los instrumentos a los mismos pacientes, al iniciar el tratamiento de internación y al realizar el periodo de reinserción social, periodo en el que vuelven a su casa y realizan un tratamiento de tipo ambulatorio. El tamaño de la muestra adecuada debería ser mayor a la propuesta en este trabajo. Dicha investigación no fue posible, debido a que el abandono del tratamiento es de un alto porcentaje, son pocos los pacientes que completan el tratamiento. En la comunidad Programa Andrés el total de pacientes internados ronda entre 20 a 25. Mientras que los pacientes que logran continuar el tratamiento y pasan a la fase siguiente a la de internación, llamada ambulatorio, conforman un total de 5 a 7 pacientes. Con esta realidad de alto porcentaje de abandono al tratamiento se dificulta la observación del curso de los pacientes.

Otra crítica respecto de este trabajo se vincula a la epistemología. Las variables vinculadas, psicología positiva y adicciones, son constructo de diferentes paradigmas, uno se vincula al enfoque salugénicos y otro a los llamados enfoque o modelo hegemónico de la salud, es decir que solo enfocan en la enfermedad. Y por dicho conflicto se ha dificultado el análisis de estas dos variables.

Un análisis crítico del tratamiento llevado a cabo en la institución Programa Andrés, va dirigido a que uno de los objetivos de la comunidad es la promoción de la salud, pero sus intervenciones son dirigidas hacia la enfermedad. Desde los grupos de terapia, los grupos con las familias hasta las reglas de convivencia, todas las intervenciones van dirigidas al consumo de sustancia.

Otro punto es que los profesionales psicólogos de esta institución no están especializados en adicciones, por lo tanto su trabajo se configura con la experiencia. No existe un foco de tratamiento, una teoría o encuadre de base como puede ser la teoría cognitivo conductual desde la que se fundamente las intervenciones. El rol del operador es central, y a partir de estos es que se configura el trabajo del psicólogo, los grupos y

espacios terapéuticos son coordinados por operadores y psicólogos. Por lo tanto no existe delimitación en las formas de intervenir con los pacientes.

Los espacios terapéuticos son escasos, hay énfasis en lo grupal, en la convivencia, no así en los espacios individuales y familiares. Los grupos de contención familiar son una vez por semana, con todas las familias. Es sabido en el campo de las adicciones la importancia de las redes sociales. Un mayor énfasis en las familias, es decir, una red amplia, provee de un apoyo para el paciente a la hora de comenzar con la reinserción social.

Por lo tanto se podría mencionar la necesidad de profesionales especializados, con propuestas y objetivos específicos de tratamiento y más profesionales psicólogos, ya que al momento de realizar la pasantía se contaba con tres psicólogos para 20 pacientes.

La población estudiada es de clase social media-baja, por lo que todas las herramientas brindadas, mientras realizan el tratamiento son de mucha utilidad. El tratamiento en esta comunidad se focaliza en la recuperación de pautas sociales, las normas de convivencias están pautadas, los pacientes las respetan y estas reglas dan las bases para una posterior convivencia en sociedad. Pero el acento queda en el respeto de la convivencia. No poseen talleres ni seminarios en los que cultivar la creatividad, resolución de problemas y recursos que permiten una mayor autorregulación. Así como talleres que les permitan aprender oficios o nuevos recursos.

Las críticas mencionadas son propias de esta institución pero hay fallas que no son exclusivas sino que son una problemática del sistema de salud en general. Este sistema es el que conformó a la psicología, por lo que será necesario un cambio de los futuros psicólogos y profesionales de la salud, ser consciente de esta realidad y de la importancia de focalizar y potenciar los aspectos saludables de los pacientes. Al respecto Vázquez y Hervás (2009) señalan que ahondar sobre la felicidad humana es una tarea social y políticamente responsable en la que debemos comprometernos. Los que creen que el bienestar humano es una de los objetivos éticos primordiales de nuestros afanes personales y profesionales.

La emergencia en los tratamientos por adicciones es que el paciente deje de consumir la sustancia, por eso la urgencia por internarlo, ese periodo es necesario en estas realidades agudas. Luego cuando el paciente comienza a reestructurar sus tiempos, respecto a la alimentación, reglas sociales, aseo, etc, es posible el pensar nuevos

enfoques en el tratamiento, que le den al paciente la posibilidad de potenciar aquellas posibilidades que preexisten más allá de la enfermedad que conlleva.

Futuras investigaciones en el campo de las adicciones podrían evaluar que factores intervienen en el abandono de las adicciones, que factores intervienen en el craving, como abordar el deseo de consumir. Realizar estudios con emociones positivas, fortalezas del carácter y variables que intervienen en el bienestar psicológico, medir y comparar grupos de pacientes que reciban intervenciones positivas y de los que no, y ver que influencias tiene la psicología positiva en la rehabilitación.

La psicología positiva ha avanzado en el estudio de las intervenciones positivas en el ámbito clínico, queda como profesionales tomar estos estudios para poder volcarlos en la promoción, prevención de trastornos y recaídas. La psicología positiva posee un potencial significativo para contribuir en la recuperación, ampliación y profundización de un enfoque despatologizante en la recuperación de las adicciones (Krentzman, 2013).

La psicología positiva y el trabajo en comunidades terapéuticas son dos ámbitos aptos para profundizar en el desarrollo óptimo de las personas en tratamiento, ya que la rehabilitación de las adicciones puede y debe reforzarse con recursos para que los pacientes puedan afrontar situaciones futuras, vinculadas al consumo, a lo social, familiar, laboral.

A su vez, una de las rutas para alcanzar la felicidad planteadas por Seligman (2002), es la vida con significado o sentido, la cual se lleva a cabo en instituciones que posibilitan los rasgos positivos y dan lugar, por tanto, a experiencias subjetivas positivas. Tiene relación con tareas de servicio, en relacionan con otros, tales como las actividades comunitarias que se llevan a cabo en Programa Andrés. Las organizaciones positivas proporcionan un entorno en el que el carácter y las emociones positivas se desarrollan.

Finalizando este trabajo también se hace mención al estudio académico de la psicología y su relación a la práctica o experiencia como profesional. Al terminar la formación un psicólogo no cuenta con experiencia práctica, es decir que al realizar la pasantía se contaba con pocas herramientas para desarrollar tareas. En la experiencia como pasante había muchos tiempos libres, en que los pacientes no tenían tareas ni espacios terapéuticos, en estos espacios el intercambio social era abundante, frente a

estos encuentros surgió la necesidad de armar talleres, pero se dificultó el mismo por no tener herramientas para coordinar grupos. A partir de esta falta fue que surgió la necesidad de comenzar este trabajo, con el fin de ver que potencialidades existen, para después si dar lugar a talleres como lo descrito en el siguiente trabajo.

Mediante la experiencia realizada en la pasantía y la realización de este trabajo se intentó explicitar que: tanto la tradición del modelo hegemónico de la salud, el cual enfoca exclusivamente en los síntomas de la enfermedad, como los enfoques salutogénicos, que perciben el potencial humano, conforman dos realidades de la cotidianidad de las personas. Por lo tanto el camino de la integración de estos extremos será el óptimo para poder focalizar en la persona total y así poder realizar intervenciones para rehabilitar y promocionar la salud.

9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Akhtar, M. & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: A group intervention. *Group work*, 20, 6–31. Citado en: Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta Edición. Washington, DC: Asociación Psiquiátrica Americana.
- Beck, A. Wright, J.; Newman, C. & Liese, B. (1999) *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, Madrid: Paidós.
- Berrocal, C., Ruini, C. & Fava, G. (2008) Aplicaciones clínicas de la Terapia del Bienestar. En Vázquez, C., Hervás, G. (Eds.) *Psicología positiva aplicada* (pp. 101-127). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos aires: Paidós
- Castro Solano, A (2011) *Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31 (1), 37-58.

- Casullo, M. & Sánchez M. (2001). *Estilos de personalidad. Una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila.
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cincumegui, J. (2006). *Counseling. Nociones centrales de la consultoría en adicciones y comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Gabas.
- Cosentino, A. C. (2009). Evaluación de las Virtudes y Fortalezas Humanas en Población de Habla Hispana. *Psicodebate*, 10, 53-71.
- Chesa Vela; D. Elías Abadías; M. Fernández Vidal; Izquierdo Munuera E. & Sitjas Carvacho; M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-32004000100007&script=sci_arttext
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creatividad: El flow y la psicología del descubrimiento y la invención*. Nueva York: Harper Collins.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651. Citado en: Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Fava, G., Ruini, C., Berrocal, C. (2008) Aplicaciones clínicas de la terapia de bienestar. En Vázquez, C. & Hervás, G. (Eds.) *Psicología positiva aplicada*. (pp. 101-127). España: Desclée De Brouwer.
- Fernández Álvarez, H. & Opazo, R. (2004). *Integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: Anempirical model. *Journal of Substance Abuse Treat*, 33, 265–272. Citado en: Krentzman, A. (2013).

- Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Gancedo, M. (2008). Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate* 9. 15-18.
- Glatt, M. M. (1958). Group-Therapy in Alcoholism. *British Journal of Addiction*, 54(2), 133–148. Citado en: Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Góngora, V. (2008). Hacia una integración de los paradigmas positivos y de enfermedad en la prevención de los trastornos de conductas alimentarias en adolescentes. *Psicodebate* 10.
- Ingram, R. & Snyder, C. (2006). Blending the good with the bad: Integrating positive psychology and cognitive psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, 20 (2), 117-122. Citado en: Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Kaplan, H & Saddock B. (1997). *Tratado de Psiquiatría*. Sexta edición, Inter-médica. Buenos Aires: Panamericana.
- Keyes, C. L. M. & Haidt, J. (2003). *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.
- Lyubomirsky, S. (2007) *El camino de la felicidad*. New York: The penguin press

- Nato, A. & Rodríguez, G. (2001). *Las víctimas de las drogas*. Buenos Aires: Universidad.
- Linley, P. & Joseph, & Joseph, F. (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Peterson, C. & Park, N (2009) El estudio científico de las fortalezas humanas. En Vázquez, C., Hervás, G. (Eds.). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de la psicología positiva*. Madrid: Alianza.
- Peterson, C. & Seligman, M. (2004) *Carácter strengths y virtues: A Handbook and classification*. Washington, DC, EE UU. American Psychology association; Oxford University Press.
- Peterson, C. & Park, N. (2009). *Character Strengths: Research and Practic. Journal of College & Character*. 10 (4) np. Recuperado el 14 de febrero de 2012 en <http://journals.naspa.org>.
- Sánchez Hervás, E.; Secades Villa, R. Santonja, F.; Zacaes, F., García O. (2009) *Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. Socidrogalcohol* .22 (1) 59-64. Recuperado el 14 de abril de 2013 en <http://www.adicciones.es/files/59-64%20sanchez-hervas.pdf>
- Prada, C. (2005). Psicología Positiva y Emociones positivas. *Revistas Electrónica. Psicología Positiva*. Disponible en <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>. Recuperado el 20/03/2012.
- Ruini, C., & Fava, G.A. (2004). Clinical Applocations of Well-Being Therapy. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 371-387) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ryff, C. (1995). Bienestar psicológico en la vida adulta. *Direcciones Actuales de la Ciencia Psicológica*, 4(4), 99-104.

- Ryff, C. D. (1989). ¿La Felicidad los es todo o no? Exploraciones sobre el significado de bienestar psicológico. *Revista de Psicología Social Y de la Personalidad*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Singer, B. (2007). Ironías de la condición humana. En Aspinwall, L., Staudinger, U. (Eds). *Psicología del potencial humano*. (pp.367-387). España: Gedisa.
- Segal, Z.;Williams, J & Teasdale, J (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Seligman, M. (2002) *La autentica Felicidad*. España: Zeta.
- Seligman, M. (2009). Special lectura. Documento presentado en primer congreso mundial de Psicología positiva. Filadelfia: International Positive Psychology Association. Filadelfia.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress—Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- Sirgy, M & Wu, J. (2009). The pleasant life, the engaged life, and the meaningful life: What about the balanced life? *Journal of happiness Studies*, 10, 183-196.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Vázquez, C & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar. Fundamentos de un psicología positiva*. Madrid: Alianza.
- Vázquez, C.; Hervás, G.; Rahona, H. & Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de la psicología clínica y de la salud*. 5 15-28.

- Vázquez, C, Hervás, G. & M. Y. Ho, S (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva. Fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*. 14 (3), 401-432.
- Waterman, A. (1993) Dos concepciones de la felicidad: contraste de expresión personal (eudaimonia) y el disfrute hedonista. *Revista de psicología social y de la personalidad*, 64, 678-691.
- Waterman, A. S. (2008) Reconsidering apiñes: A. eudaimonist's perspective. *Journal Positive Psychology*, 3 (4), 234-252.
- White, W. L. (2007). *The new recovery advocacy movement in America*. *Addiction*, 102, 696–703. Citado en: Krentzman, A. (2013). Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*: 27 (1) 151-162.