



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador:

***Cambio y reinserción social de pacientes jóvenes por impulsividad
y adicciones en una institución de trayectoria***

Profesora Tutora: Claudia Garber

Autor: Pablo Ignacio Drutman

Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	1
2.1 Objetivo General	1
2.2 Objetivos Específicos	2
3. Marco teórico	2
3.1 Diversos enfoques y conceptualizaciones sobre la adicción	2
3.2 Cultura y sociedad	7
3.3 El joven adicto	8
3.4 Modelos existentes para el abordaje de adicción	11
3.4.1 Modelos teóricos para conceptualizar la adicción	12
3.4.2 Modelo familiar	13
3.4.3 Modelo grupal	14
3.5 Intervenciones terapéuticas	16
3.5.1 Terapia Familiar Multidimensional	18
3.5.2 Terapia Cognitiva	19
3.5.3 Modelo transteórico de cambio	20
3.5.4 Prevención de la Recaída	22
3.6 Plasticidad cerebral	24
3.7 Resiliencia y valores	25
4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio y diseño	26
4.2 Participantes	27
4.3 Instrumentos	27
4.4 Procedimiento	27
5. Desarrollo	28
5.1 Marco Institucional	28
5.2 Valores, modelo y normas	30
5.3 Objetivo I	31
5.4 Objetivo II	35
5.5 Objetivo III	37

6. Conclusiones	39
7. Referencias Bibliográficas	44

1. INTRODUCCION

La pasantía fue realizada en una institución de trayectoria en San Isidro, Provincia de Buenos Aires. La misma abordó los Trastornos de la Impulsividad - con o sin consumo- a través de un programa terapéutico diseñado en tres etapas, con dinámicas y objetivos diferenciales que conducen al alta terapéutica con éxito sostenido evaluado a través de un seguimiento al se lo denomina: Terapia Reconstructiva Social. Es un modelo ambulatorio y familiar de intervención, en las estructuras con un paciente identificado que presente más de tres de los siguientes síntomas: baja tolerancia a la frustración, no reconocimiento de los límites, mal manejo de los impulsos (de la agresividad a la inhibición), alteraciones inmotivadas del estado de ánimo que pueden combinar indiferencia y apatía con reacciones desmedidas. Pueden acompañar otras conductas de riesgo: imprudencia, accidentes reiterados, síntomas alimentarios, excesos con el alcohol; en las relaciones significativas, mentiras y ocultamientos; fracaso en la inserción en contextos sociales (colegio, trabajo); labilidad en los vínculos; dependencia de sustancias; conductas compulsivas estereotipadas.

El pasante presenció sesiones de grupos de jóvenes de cada etapa, como también cada una de las reuniones de equipo profesional. A su vez, mantuvo una serie de reuniones con el director de la Institución. Esto fue a fin de socavar información necesaria para poder realizar una descripción del trabajo de reinserción y proceso de tratamiento que se realiza en la institución.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

- 2.1.1 Describir el tratamiento grupal por adicciones e impulsividad en una institución de trayectoria en zona norte de la provincia de Buenos Aires.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la primer etapa.
- 2.2.2. Describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la segunda etapa.
- 2.2.3 Describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la tercer etapa.

3. MARCO TEORICO

A continuación se postularán diversos enfoques y conceptualizaciones teóricas sobre la adicción, sus causas y consecuencias. Así también, se describirá el factor ambiental como decisivo para la aparición de trastornos por sustancias en jóvenes. Se articulará, así, con constructos teóricos en relación al entorno familiar y cercano del paciente.

Para finalizar, serán descriptos modelos de tratamiento según la mirada de autores especializados en el campo, junto con teorías que ayudan a la reinserción social y fortalecimiento de los sujetos en cuestión.

3.1 Diversos enfoques y conceptualizaciones sobre la adicción.

Existen diferentes conceptualizaciones sobre el término adicción. Se considera relevante el aporte científico que cada uno puede realizar para la explicación fenoménica de la conducta disruptiva.

El término *adicción* se comenzó a usar a principios del siglo XX como sinónimo de *sed irresistible por la intoxicación*, y finalmente fue dejado en desuso por la Organización Mundial de la Salud -OMS- en la década del 70, cuando adoptó el de *dependencia* (Míguez, 1998). Actualmente, dicha entidad define el término como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (OMS, 2013).

Con respecto al consumo particular de sustancias, Croce (2005) propone una definición de droga donde se habla de un xenobiótico, químicamente psicoactivo, capaz de producir conjuntamente modificaciones en la percepción, el ánimo, la conciencia y la conducta, desencadenando fuerte deseos de volver a

experimentar sus efectos, aún a pesar de las evidentes consecuencias que provoca.

Míguez (1998) plantea que el problema de la droga es el de la obtención de efectos placenteros, por la vía química, que no han podido lograrse mediante la interacción con el medio. El individuo concluye que su situación momentánea es inmodificable y, en consecuencia, busca alterar el estado de ánimo, los sentimientos y las percepciones hasta lograr acomodarse en forma circunstancial a la realidad y sentirla placentera.

El Manual de Criterio Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5; Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2014) describe que el trastorno relacionado con sustancias responde a problemáticas relacionadas con criterios de abuso y dependencia, cuyo diagnóstico se hace cuando la persona tiene dos o más síntomas de un listado de 11 sustancias, a lo largo de un período de tiempo de 12 meses. Denota 10 categorías de sustancias psicoactivas: alcohol; alucinógenos -fenciclidina y otros-; cafeína; cannabis; inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes -sustancia anfetamínica, cocaína y otros-; tabaco y otras sustancias -o sustancias desconocidas-. Cada una de estas sustancias tiene propiedades y efectos únicos. A su vez, se distingue entre abuso y dependencia de las mismas. El primero refiere a un patrón disfuncional de utilización de sustancias psicoactivas, mientras que la dependencia se define como la *incapacidad de control del consumo*.

Considerando la ingesta excesiva de sustancias como una conducta potencialmente patológica que puede alterar el curso psicobiológico natural, la teorización de varios autores esclarece el fenómeno como un comportamiento cuyas causas exceden el consumo propiamente dicho.

Según Puentes (2005), hay dos conceptos fundamentales. En primer lugar, la concepción de la drogadicción como un epifenómeno que atraviesa distintas variables, y que siempre es considerado desde un lugar y posición subjetiva particular. Por otro lado, se encuentra la comprensión del drogadicto, como emergente de un fenómeno complejo, desde un doble diagnóstico: su relación

tangible y manifiesta con la sustancia droga, y la enfermedad psicológica que coexiste junto con la sustancia consumida.

El hábito regular del consumo, junto con el reforzamiento de una sensación agradable y de disfrute, guían a la interrupción de conductas adaptativas y saludables.

Cualquier conducta normal placentera tiende a repetirse y es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Desde esta perspectiva, aquello que diferencia al hábito de la adicción es que esta última tiene efectos contraproducentes para el sujeto. Aquellas actitudes que denotan límites entre ambos son la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes, y la interferencia grave en la vida cotidiana. Todas las conductas potencialmente adictivas comienzan a ser controladas por reforzadores positivos -el aspecto placentero de la conducta en sí misma-, pero terminan siéndolo por reforzadores negativos -el alivio del malestar-. En estos casos, el sujeto actúa con ansia, de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de tareas satisfactorias anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (Echeburúa, 1999).

Según Tévez y Fernández D'Adam (2007), cualquier comportamiento agradable puede convertirse en adictivo si se hace un uso inadecuado que interfiere negativamente en la rutina diaria de una persona; ya sea no atender adecuadamente sus estudios, perder la concentración en el trabajo, dejar de relacionarse apropiadamente con las demás personas, etc.

Sánchez de León y Pérez (2014) refieren a Miller cuando escribe acerca del respeto por las decisiones del adicto proponiendo favorecer la motivación para cambio de conducta. Afirma que el modelo de la enfermedad postula a los adictos con alteraciones no solamente en su comportamiento sino también en su genética, fisiología y rasgos de carácter; y que ésta es la razón por la cual tienen tales problemas.

En cuanto a su composición corporal, cabe destacar el funcionamiento del cerebro como una de las partes más complejas y delicadas. Del mismo dependen los sentimientos, el modo de pensamiento, el mundo interior del sujeto y la

capacidad de relación con otras personas. Las sustancias inciden de modo directo sobre él e interfieren con su funcionamiento. Actúan sobre el sistema límbico – localizado en la parte interna del cerebro- y provocan una sensación artificial de placer. Sin embargo, el cerebro no está preparado para recibir estos estímulos. El uso repetido de drogas afecta al funcionamiento del sistema límbico e inicia el proceso de adicción. Las consecuencias son percibidas también en el córtex, afectando al control racional de la conducta. El comportamiento adictivo se convierte, así, en una modalidad de trastorno obsesivo-compulsivo en el que determinados estímulos aprendidos por el condicionamiento clásico, desencadenan la idea intrusiva de consumir. Si el sujeto no se opone a esta idea, efectúa su consumo; pero si se resiste, se incrementará gradualmente la ansiedad a medida que la idea intrusiva se va haciendo intolerable. Llegado a un cierto punto, el individuo se abandona ante el malestar y desencadena la secuencia de uso de la sustancia, que opera como conducta neutralizadora que provoca un descenso brusco de la ansiedad. Esto es vivido como una sensación extremadamente placentera. Una característica básica es que no es el efecto de aquello consumido lo que provoca la drástica disminución del malestar, sino la iniciación de la secuencia motora de consumo que se realiza de modo completo hasta culminar con la autoadministración de la sustancia (Sánchez de León & Pérez, 2014).

Con respecto a la causalidad de dichos comportamientos adictivos, Puentes (2009) sostiene que existen teorías que sostienen distintos grados de determinismo de las estructuras de personalidad. Estas concepciones sostienen la imagen de causa-consecuencia, de algo generador y algo generado, en donde la estructura daría cuenta de la etiología -estudio de las causas-. Las consecuencias son los síntomas. De este modo, surge el concepto de *etioma* como la articulación entre etiología -causa generadora- y síntoma -señal o expresión de algo que está sucediendo o va a suceder-.

El etioma es la manifestación, la formación emergente más o menos estructurada de un sujeto -entidad-, producto de un fenómeno pluricausal que, a

su vez, es causa transformadora en la personalidad -entidad- que lo generó. La interacción incesante de condiciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales y culturales va consolidando una tendencia del joven, cuya característica más significativa es el desconocimiento o cosificación de sí mismo y sus vínculos, y la pérdida progresiva de la libertad (Puentes, 2009).

Existe, por otro lado, el concepto de patología dual, definida como la coexistencia de un trastorno adictivo con otro trastorno mental. Diversos estudios han intentado poner de relieve la realidad clínica y asistencial que suponen las conductas adictivas en grupos de pacientes con otro trastorno mental. El pronóstico del trastorno mental grave puede estar influido por la presencia y gravedad del trastorno adictivo. Las adicciones pueden ser por el consumo de sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, el alcohol o analgésicos; o bien por aquella no integradas como el cannabis, los estimulantes y los opioides. Los trastornos mentales, por otro lado, hacen referencia al padecimiento de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del espectro de la esquizofrenia y la psicosis, déficit de atención e hiperactividad, o de personalidad entre otros (Parks, Svendsen, Singer & Foti, 2006).

Otra concepción es la de Lavelle, Hammersley y Forsyth (1991), que postulan el modelo de la transición impulsividad-compulsividad. La idea central de este marco teórico es que la adicción representa una transición desde una fase inicial en la que las drogas se consumen por sus efectos reforzadores -a los que serían más vulnerables individuos con altos niveles de impulsividad previa- hacia una fase de dependencia en la que las conductas de consumo se transforman en rituales compulsivos que se mantienen a pesar de sus consecuencias negativas.

3.2 Cultura y sociedad

Actualmente, se vive en una cultura que propone actuar sin pensar. Hay un axioma cultural de que el dolor o sufrimiento son malos, y que es necesario erradicar o aliviar. Por contraposición parece ser que el sentimiento de bienestar es adecuado, independientemente de estar bien. Ahora bien, tomando la angustia como el equivalente psíquico del dolor en el psiquismo, es importante denotar el

sentido que se le dé, para analizar las acciones y sucesos consecuentes. El recorrido, ya sea en forma consciente o no consciente, expresa la manifestación más o menos visible del conflicto psicológico no resuelta que arrastra al adicto como todo ser humano. Esta angustia se manifestará en síntomas como miedo, omnipotencia o impotencia, ansiedad, insomnio, agresividad, indiferencia, entre otros (Puentes, 2005).

De acuerdo a Tévez y Fernández D'Adam (2007), estos comportamientos donde de actúa sin pensar afectan considerablemente a los jóvenes por el hecho de ser más sensibles a la manipulación y la presión social. Las dimensiones de personalidad como impulsividad, necesidad de experimentar, disponibilidad del objeto o sustancia, el buscar estimulación y emociones fuertes son características de la adolescencia, donde no se tiene un proyecto de vida y se encuentra en constante exploración. Las normas, creencias y valores de la infancia sufren cambios por la presión grupal. El grupo permite satisfacer sus necesidades de afiliación y aceptación por parte de sus iguales, imitar a los de mayor significado social adaptándose a las circunstancias representada por las normas del conjunto, y a veces, al tratar de integrarse y buscar la aprobación de los pares se puede terminar haciendo lo que quieren los otros. La presión es fuerte, pero si la familia brinda el aporte y el soporte, depende del adolescente dejarse llevar por el temor a ser excluido, o elegir ser el autor tomando las riendas de la propia vida, sin rechazo de los valores aprendidos.

Hay una innumerable cantidad de modos en los que se transmiten valores. Entre ellos, se encuentra la imposición de límites. Esto no siempre implica prohibir o impedir hacer algo ni tampoco obligar a realizarlo. Poner límites es más asociable a contener, orientar, promover, persuadir, guiar. Por dichos motivos, es importante remarcar que no se puede hablar de una estructura predeterminada de la familia del adicto, ni pensarlo a él como un mero síntoma emergente pasivo de responsabilidad (Puentes, 2005).

Míguez (2004) plantea que frente a las situaciones de adversidad que plantea la vida actual hoy en día, las narrativas masivas señalan el escape como solución y, para concretarlo, está la virtualidad que sustituye la acción y

personificación en los objetos de los deseos más profundos. Es por esto que la cultura necesita un marco ético donde inscribir el enfrentamiento de la adversidad y una humanización de los caminos para la vinculación social de los jóvenes, que debe realizarse a través de la educación en la escuela.

3.3 El joven adicto

La adolescencia es un período caracterizado por el cambio en las distintas facetas de la vida, y supone el paso gradual de la infancia a la adultez. En esta etapa del desarrollo, la persona tendrá como una de las principales tareas la elaboración del concepto de “sí misma”, de su identidad, frente a la confusión reinante en su vida en ese momento (Erikson, 1977). El proceso de esta búsqueda, que habitualmente se asocia a una progresiva independencia del grupo familiar y a una creciente influencia del grupo de iguales, hace de la adolescencia un período crítico en lo que se refiere a las conductas de riesgo en general, y concretamente al uso de sustancias, siendo el momento en que se comienza a experimentar con ellas y donde se produce la mayor prevalencia de consumos.

Las dificultades para la ubicación propia del joven están ligadas a la búsqueda de modelos. Este sujeto que no es niño, pero que tampoco es adulto, pretende ser lo que todavía no es, y no admite ser lo que todavía es. La búsqueda de esta identidad y de ejemplos identificatorios tiene además otras vicisitudes. A veces recurre a algunas alternativas transitorias e instrumentales en este difícil camino que son estaciones intermedias en el ascenso (Griffa & Moreno, 2005).

De acuerdo a Echeburúa (2010), un sujeto con una personalidad vulnerable, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés -fracaso escolar, frustraciones afectivas o competitividad- o de vacío existencial -aislamiento social o falta de objetivos-.

Los ámbitos recreativos de diversión y esparcimiento juvenil son espacios de disputa territorial donde se definen normas estrictas para la competencia. El

aislamiento, la humillación o el ridículo castigan un mal desempeño social. Los jóvenes deben calificar para ingresar a un lugar de baile por su aspecto y vestuario y, una vez adentro, deben responder con un “guión social” sobre lo que debe hacerse, durante cuánto tiempo y con quién. De este modo, dentro de la autopercepción que incluye el rendimiento social esperable, se incluye la relación entre las exigencias sociales que establecen los grupos en la marcación de sus territorios (Míguez, 2004).

El consumidor típico adolescente urbano posee una marcada inmadurez de la personalidad, es incapaz de dimensionar adecuadamente sus problemas y de aceptar frustraciones o displaceres y aún meras postergaciones de sus deseos, es hipersensible al dolor y a la angustia, tiene un desarrollo afectivo pobre e inestable y vínculos sólo primarios hacia el objeto que satisface sus necesidades, es insaciable al no tener límites claros en su expectativa, está acostumbrado a responsabilizar a otros de sus problemas, posee dificultad para adaptarse, es abúlico, caracterizado por una iniciativa débil, con aparente autosobrevaloración y sentimiento de omnipotencia para disimular un profundo déficit en la autoestima, suele experimentar sentimientos de angustia y ansiedad, y actúa a impulsos explosivos y efímeros (Croce, 2005).

De acuerdo con Sama (2004), aquellas actitudes que suelen caracterizan a jóvenes con comportamientos adictivos son las transgresiones, la omnipotencia, la falta de tolerancia a la frustración, las fallas de simbolización y la tendencia a la actuación. De este modo, y tal como plantea Puente (2009), el adicto no maneja la angustia con sus mecanismos de defensa, sino que la obtura con la droga.

En algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica de las adicciones: la impulsividad; la disforia -estado anormal del ánimo que se vivencia subjetivamente como desagradable y que se caracteriza por oscilaciones frecuentes del humor-; la intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos -dolores, insomnio, fatiga, etc.- como psíquicos -disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.-; y la búsqueda exagerada de sensaciones. Hay veces, sin embargo, en que en la adicción subyace un problema de personalidad -de baja autoestima, por ejemplo-

o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas (Echeburúa, 1999).

El joven vive en una sociedad actual consumista que busca la evasión del sufrimiento, y la integración y pertenencia inmediatas. Por ello, el objetivo primordial de la adicción, entonces, reside en la obtención momentánea de una sensación placentera.

Marlatt (1987) define el *craving* como un estado subjetivo mediado por las propiedades de incentivo de las consecuencias positivas esperadas; un estado motivacional asociado con un fuerte deseo por un resultado positivo esperado. Distingue entre *craving* -deseo subjetivo por los efectos de la droga- y *urge* -intención conductual de comenzar una conducta consumatoria específica-. Ambos, *craving* y *urge* -o impulso-, aparecen en respuesta a señales externas y no por un estado endógeno.

Muchas veces, el sujeto intenta interrumpir las conductas adictivas por sus propios medios, debido a consecuencias provocadas por dichos actos. Sin embargo, cuando experimentan el *craving* se sienten desilusionados si se contienen ellos mismos y no consumen o beben. Perciben sus sentimientos de desilusión y angustia como intolerables; cada vez les preocupa más el pensamiento de no poder soportar la sensación experimentada. Por eso se sienten impulsados a ceder ante su *craving* o deseo irrefrenable de consumir para ser capaces de disipar su sentimiento de pérdida y aliviar su pena. Los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece que llegan a ser más intensas cuando justamente deciden dejar de utilizar la droga. Estas creencias se centran en la anticipación del estado de privación, donde perciben una sensación de vacío y pérdida ante la ausencia de la experiencia que les proporciona el consumo. A pesar de esto, aparecen los impulsos como presión interna o movilización para actuar por el *craving*. De este modo, éste último está asociado con el querer, y el impulso con el hacer (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

De acuerdo con Lundqvist (1998), el perfil típico de un sujeto que consume suele abarcar varias de las siguientes características:

- tiene problemas para encontrar las palabras exactas para describir lo que verdaderamente piensa;
- tiene capacidad limitada para disfrutar de actividades recreativas;
- posee sensación de aburrimiento, soledad, incompreensión y vacío en la rutina cotidiana;
- exterioriza problemas y evita aceptar el propio;
- tiene la certeza de funcionar adecuadamente;
- es incapaz de realizar una autocrítica de sus comportamientos;
- tiene sensación de inutilidad y fracaso;
- es incapaz de mantener un diálogo;
- tiene dificultades de concentración y atención;
- tiene opiniones fijas y contestaciones impulsivas;
- desestructuración en la jornada diaria o semanal;
- piensa estar activo porque tiene proyectos en curso, los cuales rara vez termina.

3.4 Modelos existentes para el abordaje de adicción

Shaffer (2013) piensa la adicción como un síndrome complejo y multidimensional -con interacción de causas biológicas, psicológicas y sociales-. De esta forma, es similar a otros desórdenes médicos, mentales y de conducta. Esto permite pensar en diversos modos existentes para abordar los trastornos relacionados con sustancias, ya sean conceptuales o prácticos.

3.4.1 Modelos teóricos para conceptualizar la adicción

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, las personas consumen para regular sus emociones: librarse de las negativas y extender las positivas. Se considera que las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo. El mismo es un intento disfuncional de lidiar con serias dificultades en la regulación emocional, unidas a creencias acerca de las sustancias y sus consecuencias. Por este motivo, uno de los objetivos principales de los tratamientos es ayudar al paciente a desarrollar estrategias adecuadas para

la regulación emocional. En el lenguaje conductual, eso equivale a cambiar una conducta por otra capaz de cumplir con la misma función, pero sin las consecuencias graves que tiene el abuso. Por supuesto, esta visión genérica debe dar lugar a una conceptualización de caso: cómo y por qué esa persona en particular ha llegado a consumir y qué factores propios y del entorno están manteniendo el problema (Keegan, 2012).

Marlatt (1985), pionero en el campo de adicciones en psicología cognitiva, describe cuatro procesos relacionados con las adicciones: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y proceso de toma de decisiones. La autoeficacia hace referencia al modo que tiene cada individuo para manejarse idóneamente ante situaciones de riesgo. Los resultados esperados aluden a la antelación de cada individuo acerca de los efectos de una sustancia o actividad adictiva. Las atribuciones de causalidad se refieren a las creencias de los sujetos en relación a la atribución de factores internos o externos en el momento del consumo de sustancias. Por último, el abuso de las mismas es el resultado de la toma de múltiples decisiones (Beck et al., 2010).

Desde una perspectiva psicoanalítica, González Guerras (2008) plantea que es bajo el estado de embriaguez por la droga que el sujeto logra dominar la represión, posibilitando la expresión de su goce. La forma de gratificación oral inconscientemente deseada representada en el objeto es la causa de la adicción. La droga, imaginariamente, representa para el adicto la conquista de la madre fusional, de acuerdo al modelo del yo ideal del narcisismo primario. La censura no se presenta, no existe o, simplemente, no se acepta. El deseo constante y sobre todo repetitivo de intoxicación compulsiva constituye la sustitución del acto masturbatorio, en la medida en que es un impulso, al que aún cuando se quiere reprimir se le impone al sujeto de una manera compulsiva. De este modo, existe un vínculo entre la sexualidad y el consumo de drogas.

López (2006), continuando con dicho modelo psicoanalítico, distingue tres momentos en el proceso de una relación adictiva con una sustancia. Un primer momento que implica un uso dudoso de la misma, sin tener significación crucial

alguna para el sujeto. Un segundo tiempo en el que el sujeto acude -por voluntad propia- a la utilización de ella por falta estructural de goce, donde podría considerarse al consumo como un síntoma, tanto en su dimensión de mensaje cifrado como de satisfacción sustitutiva. Y una tercera instancia en que el consumo sostenido en el tiempo y con determinada intensidad provoca un cambio en el funcionamiento real del organismo, que da como resultado una autonomía de éste síntoma en relación a los conflictos inconscientes.

3.4.2 Modelo familiar

Otros modelos de adicción plantean una falla en los mecanismos interaccionales del sujeto, donde la familia toma un rol esencial; dado que sea cual sea su estructura y situación, desarrolla y define la identidad de una persona. Sus funciones por excelencia son ser el centro regulador de afectos y determinar la relación con el sistema. Ahora bien, ante la adolescencia, la familia sufre modificaciones bruscas y frontales; para el joven, deja de ser esa unidad estable que lo sostuvo hasta ese momento del ciclo vital. Y muchas veces, es ahí donde la droga agrega algo que está faltando (Grimson, 1999).

En relación a esto, Croce (2005) plantea tres clases de familias, tomando en consideración el nivel socioeconómico y cultural, a la hora de enfrentar la aparición de la enfermedad. En primer lugar, la *Familia Tipo I*, caracterizada por un grupo familiar marginal, promiscuo, de constitución no documentada con marcada tendencia a la inestabilidad; en general migrantes de otras provincias o países vecinos, o habitantes de barrios precarios, muchas veces desocupados y alcoholistas. La *Familia Tipo II* refiere a un grupo familiar legal, o al menos estable, con necesidades básicas satisfechas, con trato marital y parental represor, donde se dan situaciones de violencia verbal y física. Por último, la *Familia Tipo III* es un grupo familiar pudiente o sin estrechez económica, obsesionado por no perder su estatus socioeconómico, con trato familiar rígido, frío y distante, proclive a disimular conflictos personales o de relación importantes.

Pittman (1991) define cuatro tipos generales de crisis familiares: *crisis por golpe inesperado*, surge a partir de un evento significativo -generalmente- doloroso

o perturbador; *crisis de desarrollo*, que genera cambios perturbadores en la evolución normal de un sistema familiar; *crisis estructurales*, donde la estructura misma de la familia tiende a las crisis y conflictos; y *crisis de cuidador*, en las cuales la familia pasa a depender de agentes asistenciales externos, capaces de disociarla sin proponérselo. A partir de esto, se deriva en un modelo conceptual que propone la idea de que la drogadicción puede concebirse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos; por lo común, el adicto y sus padres -o los subrogados de estos-. Cuando el equilibrio de este sistema interpersonal se ve amenazado -por ejemplo, cuando aparece amenaza de separación de los padres-, el adicto se conduce de manera de centrar la atención en él (Todd, 1991).

De acuerdo a Berenstein (1984), no se puede considerar al enfermo mental aislado, dado que el grupo psicosocial del cual forma parte, define sus relaciones tanto en la salud como en la enfermedad. Pensar que la familia determina el trastorno mental de uno de sus integrantes o que el paciente determina por medio de su enfermedad la organización familiar, supone pensar en términos de causalidad lineal. Estudiar la relación supone el pasaje a una causalidad circular o estructural. No se puede saber si la familia es causa del trastorno de uno de sus miembros o si éste condiciona la familia que observamos.

3.4.3 Modelo grupal

Para Anzieu (1986), el grupo se constituye cuando el *interés en común* es reemplazado por el *interés común*. Posee, a su vez, un número restringido de miembros, de tal forma que cada uno pueda tener una percepción individualizada de cada uno de los otros, ser percibido recíprocamente por él y que puedan tener lugar numerosos intercambios individuales. Existe una prosecución en común y de forma activa de los mismos fines, dotados de cierta permanencia, asumidos como fines del grupo, que responden a diversos intereses de los miembros. Hay, a su vez, una intensa interdependencia y sentimientos de solidaridad entre ellos. Y para poder llevar a cabo el objetivo planteado, se sigue una determinada constitución de normas, creencias, señales, código y lenguaje propio del grupo.

De acuerdo con Guimón (2003), el formato grupal se recomienda especialmente ya que su naturaleza interpersonal permite a los pacientes compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa e indirecta, recibir apoyo y apoyar de manera altruista a los demás, mejorar sus habilidades para relacionarse con los otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de generalización.

Según Yalom (2011), en la psicoterapia interactiva, el término *proceso* tiene una acepción técnica precisa: se refiere a la naturaleza de la relación entre individuos que interactúan. El grupo terapéutico se parece a una familia en muchos aspectos: hay figuras parentales de autoridad, hermanos o iguales, profundas revelaciones personales, emociones fuertes, y una intimidad profunda, así como hostilidad y sentimiento de competencia.

Hay una enorme variedad de patrones: algunos miembros se hacen dependientes de los líderes, a quien infunden un conocimiento y un poder poco realistas; otros desafían ciegamente a los conductores del grupo que son percibidos como sujetos con afán de controlar; otros desconfían de los líderes, de quienes piensan que intentan despojar a los participantes de su propia individualidad; algunos miembros tratan de escindir a los coterapeutas en un intento de incitar los desacuerdos parentales y rivalidad; algunos compiten amargamente con otros miembros con la esperanza de acumular dosis de atención y afecto de los terapeutas; otros gastan su energía en la búsqueda de aliados entre los demás pacientes para poder derribar a los terapeutas; todavía otros descuidan su propio interés en un aparentemente desinteresado esfuerzo de apaciguar a los líderes y a los otros miembros (Yalom, 2011).

A tener en consideración, la expresión abierta de afecto en un grupo terapéutico es, sin duda, vital para el proceso. La intensidad de la expresión emocional es altamente relativa y debe ser apreciada no desde la perspectiva del conductor, sino desde el mundo de experiencias de cada miembro. A su vez, la cohesión del grupo y el aprendizaje interpersonal son de gran fuerza y complejidad. La terapia grupal análoga a la relación paciente-terapeuta en el tratamiento individual es un concepto más amplio: debe abarcar no sólo la relación

del paciente con el terapeuta del grupo, sino con los otros miembros y con el grupo como una totalidad (Yalom, 2011).

Cada agrupación que interactúa se transforma en un microcosmos social de miembros participantes. Después de un tiempo, los pacientes comienzan inevitablemente a exhibir su conducta interpersonal inadaptada. Es en el drama en vivo de la reunión de grupo donde el observador experimentado tiene una oportunidad única de entender las dinámicas de la conducta de cada paciente (Yalom, 2011).

3.5 Intervenciones terapéuticas

Un principio de la psicoterapia plantea que los fenómenos complejos demandan intervenciones complejas. El abordaje de las adicciones demanda, usualmente, la combinación de múltiples intervenciones e inclusive de varias modalidades de psicoterapia simultáneas -terapia individual, grupal y familiar-. Las intervenciones pueden combinarse con otras sin dificultad, pudiendo resultar de suma utilidad (Keegan, 2012).

A la hora de intervenir terapéuticamente con un joven de determinadas características, se va a fijar como objetivo la red de creencias disfuncionales que se centran alrededor de las drogas y el alcohol. Ahora bien, la recuperación significa, para algunos, acabar con la *capa de seguridad* que utilizan para tapar su disforia (Beck et. al., 2010). Según Miller y Rollnick (2011), las respuestas de resistencia son completamente normales durante la terapia, aunque su persistencia o aumento como patrón general del paciente pueden generar problemas.

Según Puentes (2009), si se toman casos de jóvenes drogodependientes en el momento de inicio del tratamiento, aparecen un conjunto de rasgos en común en aspectos personales y familiares: baja tolerancia a la frustración; fragilidad afectiva; incapacidad para demostrar satisfacción; impulsividad; rasgos omnipotentes y sádicos; rasgos depresivos y de baja autoestima; manifestaciones autoagresivas; utilización perversa del propio cuerpo; teatralidad, manipulación, estigma y rechazo; pérdida de facultades yoicas y de relación; vivencia social de

marginación; deterioro de los vínculos afectivos, sociales y terapéuticos; y deterioro físico y psicológico. De este modo, se corrobora que aquello que aparece es más que la suma de síntomas y puede pensarse como estructura, en cuanto modalidad que se va constituyendo evolutivamente y que en un momento se instaure como entidad generadora de consecuencias que, en el ámbito médico es llamado síntoma.

Por dichos motivos, ciertas consideraciones que se tienen en cuenta a lo largo de las primeras entrevistas son:

- el conocimiento de la sustancia que consume;
- la realización de un diagnóstico neurológico;
- la indagación sobre la existencia consciente de enfermedad en el sujeto;
- el compromiso y la demanda de tratamiento que pueda haber, tanto individual como familiar;
- la edad del paciente;
- la preexistencia de problemas legales;
- si existen antecedentes de tratamientos;
- el tipo de familia en el que está inserto para poder trabajar con ella (Samá, 2004).

Grimson (1999) plantea que a la hora de una terapia con jóvenes con trastornos por adicción, cabe destacar que se atiende a una familia y no a un individuo. Se trabaja con pacientes en actividad -no en reposo-, ya que se valora como una parte esencial del tratamiento y se trata de familias porque se las toma como participantes cuya situación y cuya interacción recíproca se puede modificar. Para esto es útil la terapia grupal, dado que el grupo construirá por el aprovechamiento de la situación común. Algunos defenderán sus planteos individuales, que son los pilares de la propia enfermedad, y abandonarán temprano el grupo. Otros descubrirán que tienen situaciones comparables e intereses en común.

Existen diversas modalidades de intervenciones terapéuticas que, a su vez, responden a marcos teóricos particulares. Su objetivo principal reside en la interrupción de la conducta adictiva y la adaptación saludable del sujeto al medio.

Entre ellos se encuentran: la Terapia Familiar Multidimensional, la terapia cognitiva, el modelo transteórico de cambio, y el modelo de prevención de la recaída.

3.5.1 Terapia Familiar Multidimensional

En el proceso de tratamiento por trastornos de adicciones, la familia es un componente estructural. Esto se debe a que, por un lado, la familia es un sistema y por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Según el enfoque sistémico, el consumo de drogas y otras conductas problema que realiza el adolescente son síntomas que nos señalan que el sistema familiar funciona inadecuadamente. Por otro lado, los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

De acuerdo con Diamond y Liddle (1996), la Terapia Familiar Multidimensional -MDFT, *Multidimensional Family Therapy*- para adolescentes es un tratamiento para el abuso de drogas ambulatorio centrado en la familia. La MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes diferentes. Desde esta perspectiva la conducta individual se considera contextualizada dentro de una red de interconexiones de sistemas sociales, incluyendo el propio individuo, la familia, los pares, la comunidad y el ámbito cultural. Todos estos sistemas sociales de referencia pueden, potencialmente, tener impacto sobre el uso de drogas de los adolescentes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas, y por tanto, bien guiados, también pueden convertirse en factores protectores. El tratamiento incluye sesiones individuales, grupales y de toda la familia que tienen lugar en la clínica. Durante las sesiones individuales y en grupo, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar, y desarrollar habilidades para resolver problemas. Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las

presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan su estilo particular de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y adecuada con sus hijos (Diamond & Liddle, 1996).

La Terapia Familiar Multidimensional ha demostrado no solo eficacia en la disminución de riesgos, sino también en la promoción de procesos de protección en diversos contextos -familiar, escolar, social-, además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento (Marcos Sierra, J.A. & Garrido Fernández, M., 2009).

3.5.2 Terapia Cognitiva

Es un hecho que el deterioro cognitivo en adictos en tratamiento se asocia a baja adhesión, mal cumplimiento de normas y pautas, menos probabilidades de completar tratamiento, recaída temprana, pobre adquisición de habilidades para rehusar el consumo, peor disposición para el cambio, menor compromiso con el tratamiento, menor cumplimiento de pautas, menor atribución de autoeficacia, menor capacidad de insight, menor capacidad para reconocer la gravedad de la adicción y los problemas asociados, menor nivel de retención y menor nivel de abstinencia tras el tratamiento (Pedrero Pérez, E.J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J.M., Llanero Luque, M., Puerta García, C., 2011).

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones. Cuando se aplica al abuso de sustancias, el abordaje cognitivo ayuda a los individuos a luchar con los problemas que les producen angustia emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y alivio del malestar. Además, algunas estrategias cognitivas específicas les ayudan a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno. La terapia cognitiva puede ayudar a los pacientes a combatir la depresión, ansiedad o ira,

que frecuentemente alimentan y provocan las conductas adictivas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999).

Según estos autores, una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente de dos formas: por un lado, reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes; y por el otro, enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. En resumen, el objetivo es reducir la presión e incrementar el control.

La terapia cognitiva se lleva a cabo de varias formas. El terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de una droga y explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las sustancias. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los pseudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumición (Beck et al., 1999).

3.5.3 Modelo transteórico de cambio

Según Sánchez de León y Pérez (2014), Prochaska y DiClemente exponen un modelo que permite explicar la dinámica mediante la cual las personas abandonan sus hábitos adictivos desde una perspectiva meramente comportamental, sin necesidad de recurrir al concepto de enfermedad.

Prochaska y Prochaska (1995) postulan el enfoque transteórico como un enfoque tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio. Los estadios se diferencian en *precontemplación*, donde los sujetos no piensan seriamente en cambiar, al menos durante seis meses; la *contemplación*, caracterizado por la posibilidad de cambio antes de finalizar los subsiguientes seis meses; la *preparación*, donde hay intenciones de comenzar un tratamiento al corto

plazo; la *acción* que procede abiertamente a la modificación de la conducta problemática; y el *mantenimiento* comenzado a los seis meses de producirse el cambio conductual manifiesto, duradero hasta que la conducta adictiva haya finalizado.

Un proceso de cambio en dicho modelo consiste en un tipo de actividad iniciada o experimentada por un sujeto cuando modifica afecto, conductas, cogniciones o relaciones interpersonales. Pueden ser el aumento de la concientización, la autoliberación, la liberación social, el contracondicionamiento, el control de estímulos, la autoreevaluación, la reevaluación del entorno, el manejo de continencias, la liberación dramática, o las relaciones de ayuda. Estos procesos de cambio no han sido sólo identificados en un análisis empírico y teórico de los mejores sistemas terapéuticos, sino que también se han identificados en los estudios retrospectivos, transversales y longitudinales de los programas de autoayuda (Prochaska & Prochaska, 1995).

Existen, según estos autores, tres estrategias básicas para intervenir a través de los múltiples niveles de cambio. En primer lugar, la estrategia de cambio de niveles se centra en los síntomas y en las situaciones que éstos mantienen. Por otro lado, la estrategia del nivel clave postula que si la evidencia disponible apunta a un nivel clave de causalidad para un problema y el paciente se compromete a abordarlo, el tratamiento debe trabajar en este nivel. Por último, la estrategia del máximo impacto refiere a intervenciones diseñadas en el sentido de abordar múltiples niveles de cambio para conseguir el máximo efecto terapéutico de una forma sinérgica en vez de secuencial.

La dimensión de los niveles de cambio en una organización jerárquica de cinco niveles diferentes pero interrelacionados, susceptibles de ser abordados en el tratamiento de cualquier problema psicológico apuntan a aumentar la concientización de los factores determinantes de la cuestión. Cada nivel propuesto sugiere un sistema terapéutico determinado:

- nivel del síntoma o situacional con un tratamiento conductista;
- nivel de cogniciones desadaptativas con tratamiento cognitivo;
- nivel de conflictos interpersonales actuales con tratamiento cognitivo;

- nivel de conflictos familiares o sistémicos con tratamiento de familia;
- nivel de conflictos intrapersonales con un tratamiento psicoanalítico (Prochaska & Prochaska, 1995).

3.5.4 Prevención de la Recaída

El progreso eventual de las diversas intervenciones, sea cual fuere, suele ser orientado a las conductas resignificadas, y una posterior reinserción social sin comportamientos impulsivos o de consumo. Sin embargo, existen varios factores por los cuales los sujetos pueden recaer en costumbres previas al comienzo de la terapia.

Según Echeburúa (1999), una caída es un episodio descontrolado aislado – como pueden darse, avatares del tratamiento -. Sufrir una caída no significa que todo el trabajo realizado haya sido inútil. Se trata de aprender de la caída para evitar sucesos posteriores: qué tipo de situación la ha provocado, qué es lo que se pudo hacer y no se hizo, y qué precauciones se deben tomar en adelante entre otros cuestionamientos. Una recaída, por el contrario, es una vuelta a la conducta descontrolada anterior al tratamiento. En este caso, la persona se siente nuevamente incapaz de controlar el comportamiento y necesita ayuda de un terapeuta. Es sorprendente la rapidez con la que se pasa habitualmente de una caída inicial a una recaída total.

De acuerdo con Marlatt (1993), en tratamientos por consumo de sustancias, la recaída es una de las principales dificultades. Hay que considerar la posibilidad de pensar estrategias diferentes para abordarla. La prevención de la misma tiene dos propósitos básicos: por un lado, disminuir las posibilidades de que el individuo recaiga en el futuro; por otro, la disminución de posibilidades, en el caso de que este desliz ocurra, de que se transforme en una recaída drástica.

Cada vez que la persona alcanza una situación de alto riesgo puede haber una respuesta de enfrentamiento con disminución de probabilidades de recaer; o bien la falta de dicha respuesta, por lo que aumentarían esas posibilidades.

El modelo de recaída plantea un patrón que recorre diferentes etapas, y que puede ser detenido en cualquier momento del proceso:

- antecedentes cognitivos; con la toma de decisiones aparentemente irrelevantes que hacen los sujetos, acercándose más al punto de la recaída;
- factores del estilo de vida;
- situaciones de alto riesgo;
- respuestas de enfrentamiento;
- autoeficacia disminuida;
- expectativas de resultado positivo;
- uso inicial, donde la persona puede llegar a revivir la conducta antigua;
- efecto de violación de la abstinencia;
- efectos percibidos;
- incremento de la posibilidad de recaída.

Las intervenciones terapéuticas dentro de este modelo apuntan a la prevención de dicho proceso, sea cual fuere el estadio en el que el sujeto se encuentre (Marlatt, 1993).

El modelo de estrategias propuesto por Echeburúa (1999) consta de cuatro acciones básicas que colaboran con la verbalización de dichas (re)caídas: la identificación de las situaciones de alto riesgo, encontrar respuestas de enfrentamiento a situaciones problemáticas, el cambio de expectativas sobre las consecuencias de la implicación en la conducta adictiva, y la revisión del estilo de vida del paciente.

3.6. Plasticidad cerebral

Actualmente, el avance y estudios de las neurociencias denotan un factor importante en el progreso hacia la cura en tratamientos por consumo de sustancias. Uno de los fenómenos que aparece con más frecuencia en los trastornos adictivos y que dificulta su abordaje es la falta de conciencia del problema. El hecho de conocer qué ocurre en la tarea de la psicoterapia, qué ocurre cuando un terapeuta habla a un paciente y éste escucha, qué cambios produce la maquinaria cerebral del terapeuta en la maquinaria neuronal del paciente es fundamental. Sin embargo, los diferentes modelos psicoterapéuticos deben explicar algo más de lo que resulta obvio, es decir, deben ir más allá de la

afirmación de que algo es eficaz, para explicar cómo y por qué es eficaz. Cualquier intervención persigue someter al sujeto a una serie de experiencias para que las relaciones cerebro-mente se orienten en una dirección más adecuada o adaptativa. Estas relaciones cerebro-mente refieren a la premisa de que cualquier proceso mental se sustenta en el funcionamiento cerebral aunque no puede ser explicado sólo por el resultado de dicho funcionamiento (Lorea Conde, Tirapu Ustárroz, Landa & López-Goñi, 2005).

Para ello es necesario definir el concepto de plasticidad cerebral como aquél fenómeno fisiológico capaz de readaptación del ser humano.

En términos de salud, es decir, en situación de normalidad, la plasticidad cerebral es la capacidad que posee el cerebro humano para ir modificándose de manera progresiva, estructural y funcionalmente, con el objetivo de adaptarse a las exigencias a las que el medio le somete, a las circunstancias que lo rodean y a los cambios que se producen a nivel endógeno mediados por el pensamiento. Esto supone que hay una interpretación del cerebro humano como un órgano dinámico, que se reinventa con cada cambio, que traduce el aprendizaje en modificaciones en su funcionamiento. En términos de patología, la plasticidad cerebral haría referencia a la capacidad de las estructuras cerebrales para adaptarse y modificarse con el objeto de minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o funcionales derivadas de diversas causas, como lesiones fisiológicas puntuales o procesos progresivos de deterioro. Esto refiere al extremo la capacidad homeostática que el cerebro es capaz de mostrar, llegando a compensar carencias generadas por diferentes problemas. Existen ciertas estructuras dentro de dicho órgano, configuradas de modo flexible, y reparadas para introducir modificaciones desde el principio, a través de aprendizaje, de la experiencia, y de la interacción con el medio (Sánchez de León & Pérez, 2014).

3.7. Resiliencia y valores

La resignificación de valores, creencias y estructuras es el factor principal en los tratamientos por consumo de sustancias. Para ello, varios autores postulan

el fortalecimiento de las capacidades y habilidades individuales para afrontar los obstáculos de cada experiencia individual.

El concepto de resiliencia asociado a la prevención de adicciones, según Kumpfer (1999), hace referencia a dos capacidades en los sujetos: por un lado, a la capacidad de recuperarse de acontecimientos vitales traumáticos, como la muerte de un padre, el divorcio de sus progenitores, un abuso sexual, entre otros tipos de adversidades, para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente; por otro lado, a la habilidad para resistir el estrés crónico, como la pobreza continuada en el tiempo, padres alcohólicos, una enfermedad crónica, y para sostener un funcionamiento competente a pesar de las continuas condiciones de vida adversas. Así, los modelos preventivos basados en el desarrollo de la resiliencia deben incluir cuatro aspectos clave que hay que fomentar en cada individuo: *a) yo tengo...*: relaciones de apego y modelos de referencia y aprendizaje; *b) yo soy...*: habilidades personales; *c) yo estoy*: reconocimiento de recursos internos y externos; *d) yo puedo*: establecimiento de metas personales.

A partir de esto, existen ciertas pautas propuestas por Sánchez de León y Pérez (2014) para contribuir al desarrollo de la resiliencia:

- la detección y valoración de referentes adultos que ofrecen apoyo, un modelo saludable, establecen límites adecuados y consistentes, y facilitan procesos de autonomía;
- el análisis de las ventajas e inconvenientes de contar con límites externos, así como la valoración de las alternativas adaptativas que los respetan;
- la valoración de las cualidades positivas para el aprendizaje, la comunicación,
- la relación con los demás, el reconocimiento del bienestar y la satisfacción; la toma de conciencia de la necesidad de autocuidado, práctica de conductas responsables, planteamiento de expectativas ambiciosas y ajustadas a la realidad, desarrollo de la capacidad de pedir ayuda cuando no existe capacidad para dar respuestas autónomas;

- el desarrollo progresivo de técnicas de autorregulación, toma de decisiones, solución de problemas y pautas de autonomía personal.

Un factor imprescindible a la hora de un tratamiento de reinserción social es la (re)instalación de valores, conceptualizados como todo aquello por lo cual la vida merece ser vivida e incluso ofrendada y son, potencialmente, una de las principales cualidades humanas. Son guías que dinamizan, dan sentido y encaminan la conducta hacia determinada meta. Orientan qué debería hacerse, facilitan esclarecer qué puede ser correcto e incorrecto, lo importante y lo superficial. Los valores ayudan en el manejo del autocontrol y las emociones buscando hacer lo adecuado e incentivando habilidades de enfrentamiento/afrontamiento –la presión grupal-, dándole al adolescente confianza en ser él, quién es, y sentirse a sí mismo valioso (Tévez & Fernández D'Adam, 2007).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio y diseño

El tipo de estudio realizado es descriptivo y el diseño es transversal no experimental.

4.2 Participantes

Grupos terapéuticos para pacientes por trastornos con impulsividad o consumo de sustancias de cada una de las tres etapas del proceso. Se encuentran conformados por jóvenes entre 15 y 28 años, en su mayoría de sexo masculino. Cada grupo está compuesto por cuatro a ocho integrantes, con un coordinador profesional.

Asisten también, a un grupo especial, hermanos/as y referentes -familiares o amigos cercanos del paciente-; con el fin de acompañar en el proceso al individuo que lleva a cabo el tratamiento.

4.3 Instrumentos

Por un lado, se trabajó con observación participante durante las sesiones de cada etapa los días lunes, miércoles y viernes. A su vez, se asistió a las reuniones de equipo profesional que se llevaban a cabo los días viernes.

Se mantuvieron una serie de entrevistas quincenales con el director de la institución con el objetivo de esclarecer dudas sobre el tratamiento, e informarse en profundidad con respecto a ciertos casos particulares.

Se acudieron a las historias clínicas de los pacientes, con el fin de informarse acerca de sus etapas anteriores -en el caso de sujetos en una fase avanzada del tratamiento-.

4.4 Procedimiento

Se observaron grupos de las diferentes etapas tres veces por semana durante un período de cinco meses. Cada grupo tenía una duración de una hora y media por sesión.

Los días viernes, se asistía a la "asamblea" en caso de realizarse, de ser necesaria. Ésta constaba de la unión de diferentes grupos para comunicar algún evento en particular. Por ejemplo, el pasaje de un paciente de una etapa a otra.

Un viernes al mes, se asistía al grupo de hermanos y referentes que se llevaba a cabo con aquellos sujetos que acompañaban en el proceso a los pacientes. Cada grupo tenía una duración de una hora y media aproximadamente.

Las reuniones de equipo profesional pautada para los días viernes, mantenían una duración de dos horas y se llevaban a cabo supervisiones de cada grupo, orientadas por el director de la institución.

Había una reunión pautada previamente cada 15 días con el director, para poder conversar acerca de los diferentes ejes del tratamiento. Las duraciones de dichas entrevistas variaban de acuerdo a la temática de cada una. Allí se observaban historias clínicas en caso de ser necesario.

5. DESARROLLO

5.1 Marco institucional

La institución ubicada en la zona norte de la provincia de Buenos Aires responde a un modelo de trabajo que apunta a generar espacios de reflexión donde todas las personas, formando parte de una red, sientan que lo que perciben como inmodificable puede ser cambiado, y así vivir de otra manera.

Dispone de tres módulos como dispositivos terapéuticos, cuya finalidad coincide en la recuperación de pacientes con abuso de consumición de sustancias. El primer módulo es un programa terapéutico para consumidores ocasionales. Generalmente menores que tienen poco contacto con la droga, que

mantienen sus roles laborales o de estudio. Se trabaja con la familia ampliada y sus redes de contención.

El segundo módulo es un programa terapéutico para jóvenes con una adicción instalada. Este perfil se encuentra acompañado por la falta de proyectos o la imposibilidad para sostenerlos, deterioro en las relaciones familiares, cambio de hábitos y de grupo de amigos y, en algunos casos, violencia dentro o fuera del ámbito familiar. Tanto este como el primer módulo son los dos al cual el pasante asiste a lo largo de unos meses.

El tercer y último módulo consiste en un programa terapéutico para adictos adultos. Es indicado para personas que por la edad, horarios, negativa a participar en grupos, o bien razones laborales o personales, requieren de un programa específico personalizado.

La institución trabaja como centro de día, dado que el planteo de dicha modalidad es la indicación más apropiada para aquellos pacientes que requieren un monitoreo intensivo que excede las posibilidades de la atención en el consultorio. Está destinado a pacientes, que por su estructura psicopatológica, tuvieron una o más internaciones; y aunque si bien no requieren estar internados, tampoco pueden estar en el seno de sus familias, ya sea porque éstas no los pueden contener, o porque el paciente no se encuentra en condiciones de convivir o estar solo.

Permite acortar las internaciones psiquiátricas y reinsertar al paciente en sus actividades diarias de una forma gradual y asistida. Se busca ajustarse a las particularidades de cada sujeto.

El objetivo son personas que responden a un patrón específico de conductas que derivan en abuso de sustancias, así como también personas con definidos trastornos de la impulsividad, donde las relaciones significativas juegan roles cruciales tanto en el mantenimiento de los síntomas como en las posibilidades de cambio. Es en dichos vínculos donde se juega el fenómeno de la codependencia, situación en la que el otro complementario es objeto de abuso y maltrato, como también el destinatario del pedido de ayuda. De este modo, la institución considera fundamental la revisión del vínculo como uno de los pilares

de la construcción real de una salida hacia la salud y la autonomía de las personas involucradas. Bajo esta perspectiva, las postulaciones de Lavelle, Hammersley y Forsyth (1991) del modelo de la transición impulsividad-compulsividad representa un modelo teórico del enfoque adoptado por la institución para llevar a cabo el proceso terapéutico, donde la adicción es considerada una etapa transitoria desde una fase inicial de consumo con sujetos más vulnerables con niveles elevados de impulsividad, hacia la fase de dependencia vista como conductas de consumo similares a rituales compulsivos.

El modo de trabajo es llevado a cabo en encuentro grupales tres veces por semana, donde -en el mismo momento- suceden el grupo de jóvenes y el de padres separados, cada uno con coordinadores profesionales. A su vez, se realiza un encuentro mensual con hermanos, parejas y amigos de los pacientes con el objetivo de acompañar la mayor red social del sujeto que pueda involucrarse en el proceso terapéutico. El encuentro denominado asamblea es aquél que se realiza con diversos grupos en ocasiones especiales como el pasaje de un paciente de una etapa a la siguiente. Dicha logística coincide con la teoría postulada por Puentes (2009) al referirse a la conductas adictivas como una interacción incesante de cualidades biológicas, psicológicas, familiares, sociales y culturales que van determinando la conducta del joven, sobre la cual hay que trabajar.

5.2 Valores, modelo y normas

El marco de la ideología institucional responde a un eje de valores donde el respeto y la honestidad por uno mismo y por los demás sujetos son los estandartes fundamentales donde se sostienen el crecimiento y la salud. El modelo de terapia de reconstrucción social con el cual se trabaja en dicha institución, responde a cuatro pilares estructurales:

- permanencia de la persona en su medio,
- importancia de la incorporación de la familia dentro y fuera del tratamiento,
- importancia del apoyo de las redes sociales,
- importancia del desarrollo del área educativa, laboral, social; y la buena utilización del tiempo libre.

De acuerdo con Tévez y Fernández D'Adam (2007) las conductas se convierten en adictivas en el instante que interfieren con la rutina y vida social en todos sus aspectos. El tratamiento apunta a la reinserción del sujeto basando en la reestructuración para el control de comportamientos impulsivos y de consumo de sustancias. Para ello, al ingresar se le explica al paciente una serie de normas que debe cumplir obligatoriamente para poder ser ingresado:

- no tomar alcohol,
- tener una actividad diaria de seis horas de lunes a viernes,
- horarios: levantarse de Lunes a Viernes a las 8hs., Sábados a las 9hs., y Domingos a las 10hs.; y acostarse de Domingo a Viernes a las 24hs., y los Sábado a las 2hs. de la mañana,
- manejar dinero con el aval de la familia,
- no exponerse a situaciones que impliquen riesgo de descontrol,
- no relacionarse con personas con quienes puedan generarse situaciones de descontrol,
- no incluirse en contexto que impliquen riesgo de descontrol,
- no consumir drogas,
- no relacionarse con gente que consume,
- ante la duda, "no".

A partir de los encuentros grupales y familiares, el tratamiento utiliza elementos de los diversos modelos de terapia expuestos anteriormente para trabajar con los sujetos. El objetivo es la estabilización de su control interno y redes externas para detener las conductas destructivas que lo acercan al mismo.

En concordancia con Guimón (2003), el formato grupal permite a los pacientes compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, comparar sus experiencias de forma directa e indirecta, recibir apoyo y apoyar de manera altruista a los demás, mejorar sus habilidades para relacionarse con los otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de generalización. Junto con esto, a lo largo de cada etapa, se da lo que postula Yalom (2011) respecto de la expresión abierta de afecto en un grupo terapéutico desde las experiencias de cada individuo, y no desde la perspectiva del coordinador.

5.3 Objetivo I: describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la primer etapa.

La primer etapa del tratamiento consiste en el ingreso de paciente a un grupo inicial denominado *admisión* donde se le explica la dinámica del tratamiento y se lo aleja del consumo. Su tarea principal en dicho estadio consiste en tomar nota detallada de sus actividades diarias desde el momento que amanece, hasta la noche cuando se acuesta para ir a dormir. Suele ser un período breve indefinido, hasta que se leen las normas e ingresa al grupo que se le adjudica para compartir la primer etapa propiamente dicha del tratamiento.

El objetivo principal de este primer estadio del proceso implica la reestructuración de la conducta mediante normas y tareas específicas suministradas por los profesionales a cargo. Los pacientes deben respetar dichas reglas para alcanzar la meta de avanzar hacia una segunda etapa.

A continuación se describirán situaciones vividas dentro de diferentes grupos, para identificar de esta manera aquellos recursos que ofrece la etapa inicial del tratamiento en la institución.

Comenzando puntualmente cada una de las sesiones compartidas, se abre espacio para que cada uno comparta aquello que sienta necesario. Generalmente, el disparador propuesto por el coordinador es la lectura del cuaderno o diario de actividades diarias desde el momento del último grupo. Desde allí se exponen situaciones que el grupo busca analizar y solucionar.

En esta primer etapa se suele vislumbrar aquello que postula Grimson (1999) con respecto a la terapia grupal, donde algunos defienden sus planteos individuales, que son los pilares de la propia enfermedad, y abandonan temprano el grupo. Otros descubrirán que tienen situaciones comparables e intereses en común. En una de las primeras participaciones activas de Delfina, quien había ingresado hacía poco tiempo al tratamiento, critica el concepto de las normas: *“no entiendo para qué nos piden que nos levantemos temprano y acostemos temprano también. A la larga, no tiene mucho que ver con la idea de consumir o no consumir. Me piden que trabaje, lo hago, pero no puedo ver mi propia plata y se la*

tengo que dar a mi mamá para que la guarde, Dios sabe para qué. Yo no quiero venir acá. Me mandan”.

El profesional psicólogo pide al grupo que opine sobre lo comentado y planteen soluciones al conflicto posibilitando de esta manera que ellos utilicen sus recursos obtenidos para explicarle la modalidad y el objetivo del trabajo.

De acuerdo con Miller y Rollnick (2011), las respuestas de resistencia son completamente normales durante la terapia, aunque su persistencia o aumento como patrón general del paciente pueden generar problemas. Sin embargo, el grupo entiende a lo que la ingresada se refiere; Agustín toma la palabra y le explica que todos los concurrentes pasaron por la misma experiencia y que el objetivo es superar las adversidades. El grupo concuerda con su comentario y buscan ayudarla mediante sus propias experiencias vividas, para que los conflictos personales planteados puedan ser esclarecidos y ver la posibilidad de avanzar en el tratamiento.

Un tema común y recurrente entre los integrantes del grupo, particularmente en la primera etapa, es su relación con el entorno: sus círculos cercanos y la relación con los integrantes de sus familias. M, un sujeto de 18 años, comenta en una de sus encuentros: *“todos los que estamos acá llegamos porque nos obligaron. Nos obligaron. Nuestros viejos. Yo tenía problemas con ellos, en el colegio, con mi novia. Dejamos de ver a nuestros amigos y nuestra vida social pasó a otro plano por hacer algo que ellos consideran mal. Yo soy consciente de que bien no hace, pero al menos teníamos momentos de escape. No veo la hora de avanzar para poder cerrar esto y llevar una vida normal.”*

Relacionado con la teoría de Puentes (2009) en relación al concepto de etioma, como manifestación producida por un fenómeno pluricausal que -a su vez- es causa transformadora de la personalidad, queda evidenciado las diferentes causas que pueden generar la disrupción de la conducta conduciéndola hasta el primer momento de consumo y sus consecuentes actos. Dicho concepto deriva de un principio cultural que postula que el sufrimiento es una concepción negativa, y debe ser erradicado. Es decir, M relaciona sus actos con diversas situaciones y distintas personas al hecho de concretar sus tareas diarias actuales debido al

tratamiento. Cada factor que menciona, lo visualiza como una causa que lo condujo hacia donde se encuentra. Sin embargo, comprende que debe transitar dicho camino para poder mejorar aquellas conductas que lo perjudican en su vida diaria.

A su vez, Berenstein (1984) teoriza que no se puede considerar al enfermo mental aislado, dado que el grupo psicosocial del cual forma parte, define sus relaciones tanto en la salud como en la enfermedad. De este modo, se evidencia el comentario postulado por M, quien ejemplifica una sensación que se repite esporádicamente por algún integrante del grupo inicial del tratamiento. Es un factor importante considerar que paralelamente se lleva a cabo el grupo de padres, que trabajan aquello que puede considerarse disfuncional en el entorno, y que puede ser un factor incidente en las conductas impulsivas y adictivas de los jóvenes.

L, un joven de 19 años, repite recurrentemente su disconformidad respecto del tratamiento. Cuestiona a la generación de adultos actuales, y según su criterio, a todo aquél que piensa distinto: *“El hecho de que este lugar esté lleno de gente, y haya también mucho otros lugares así, no habla bien de la sociedad. ¿Porqué no puede pensar distinto la gente? Yo consumo marihuana, pero otros hacen otras cosas que yo no comparto; pero no por eso me meto en sus vidas y les digo qué hacer. O peor, forzarlos a meterse en un tratamiento en contra de lo que les gusta, o disfrutan. Cada vez que consumo me siento bien, me escapo de mis problemas y busco soluciones a mi modo. Ojalá la gente pueda entender eso.”*

La sensación que L describe, es compartida por los integrantes neófitos. Aquellos avanzados, tratan de hacerles entender sesión a sesión la importancia de redireccionar sus vidas hacia algo saludable, tanto física como mentalmente. Con sus comentarios, buscan fortalecer la identidad personal de cada uno, diferenciándolos del pensamiento ajeno, sea cual fuere. En relación a esto, Croce (2005) postula la poca claridad en la expectativa de límites del consumidor típico adolescente, quien -a su vez- responsabiliza a otros de sus problemas mediante sentimientos de omnipotencia.

Tal como demuestran los comentarios de aquellos participantes avanzados en esta primera etapa, el grupo avanza con el objetivo de continuar el tratamiento hacia una segunda instancia donde comienza la resocialización paulatinamente, una vez que las normas están firmemente instauradas en cada individuo. Un componente fundamental que se transmite a medida que los sujetos avanzan y otros ingresan, es la unidad y el interés en común compartido por los integrantes, devenido en interés común, tal como postula Anzieu (1986). A medida que progresan en el tratamiento, comprenden que para la recuperación es necesario acabar con la capa de seguridad comúnmente utilizada para esconder su disforia y así continuar el proceso (Beck et. al, 2010).

5.4 Objetivo II: describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la segunda etapa.

El objetivo principal del segundo estadio se encuentra orientado a la resocialización paulatina del paciente con el consecuente levantamiento de las normas impuestas en primera etapa. Su comportamiento indica una transformación, y la instauración de valores lejanos al hábito de consumo avanza a lo largo de dicho proceso.

De acuerdo con Prochaska y Prochaska (1995), un proceso de cambio en el modelo transteórico de cambio consiste en un tipo de actividad iniciada o experimentada por un sujeto cuando modifica afecto, conductas, cogniciones o relaciones interpersonales. Pueden ser el aumento de la concientización, la autoliberación, la liberación social, el contracondicionamiento, el control de estímulos, la autoreevaluación, la reevaluación del entorno, el manejo de continencias, la liberación dramática, o las relaciones de ayuda. En la institución, dicho constructo teórico se ve en la práctica a medida que se avanza.

F, un joven de 29 años, se encuentra hacia el final de la segunda etapa, y en el cierre de un grupo plantea: *“la verdad es que si yo no venía acá, me moría. Doy fe que hice muchos sacrificios: me cortó mi novia, dejé de ver a mis amigos, mi mamá se vino a vivir a mi casa para poder ayudarme al principio. Pero hoy me veo mucho mejor. Me siento mucho mejor. Suena raro y parece una película, pero*

sabiendo que todavía estoy a una etapa de egresarme, siento que mi vida dio un vuelco y cambió por completo. Eso es gracias al grupo, a los coordinadores, y a la gente que me fue acompañando en el proceso.” A raíz de un diálogo con el grupo, F continuó contando que fue un camino duro y arduo, pero que su objetivo principal era mejorar para y por la gente que renunció a varias cosas por acompañarlo en dicho camino.

Diamond y Liddle (1996) sostienen que el propio individuo, la familia, los pares, la comunidad y el ámbito cultural pueden tener impacto sobre el uso de sustancias de los jóvenes y también sobre otras conductas problemáticas relacionadas; y por tanto, bien guiados, también pueden convertirse en factores protectores. La situación de F es ejemplificadora de dicho postulado.

A seis meses de haber comenzado la segunda instancia, Mx sufrió una recaída con alcohol en un bar con un grupo de amigos al cuál fue autorizado por sus padres y coordinadores. Habiendo realizado algunas salidas anteriormente en el transcurso de esta etapa, el grupo cuestionó la razón por la cual lo había hecho. Sin tener motivo claro aparente, el paciente respondía: *“estoy realmente arrepentido de lo que hice. Se que va a traer consecuencias, y nunca me imaginé que por media lata de cerveza podía armarse semejante lío. Me gustaría volver el tiempo para atrás y no hacerlo. Se que está mal.”*

Echeburúa (1999) plantea que una caída no significa que el trabajo realizado en el tratamiento haya sido en vano, sino más bien del aprendizaje de los hechos realizados para evitar sucesos posteriores. De hecho, Mx, arrepentido por lo cometido, acepta la consecuencia de regresar por un tiempo a primera etapa hasta tanto vuelva a demostrar la mejora en su comportamiento. Es decir, los beneficios de las salidas transitorias y el levantamiento progresivo de normas adquirido por Mx hasta el momento sufre una regresión en el proceso, con la meta de que la reinserción social paulatina, acompañe la fundación de valores y conductas que le permitan alejarse de sustancias que pueden ser dañinas -motivo principal por el cual fue ingresado al tratamiento en una primer instancia-.

Rutinariamente, se conversa y compara abiertamente acerca del cambio entre el primer paso de la terapia y el actual para dichos integrantes. Se postula, repetidamente, el concepto de *resignificación* como un estandarte clave en esta segunda etapa del tratamiento. Utilizando los cuadernos escritos en el inicio de la terapia, se relee y reflexiona sobre aquellos momentos previos al ingreso, y aquello que la estructuración del proceso les brindó consecuentemente. El período por el cual transitan busca brindar creencias y valores para poder fortalecerse y controlar ciertos impulsos negativos que pueden desencadenarse a partir de situaciones que generan angustia emocional o malestar. De acuerdo con Beck et al. (1999), la terapia intenta reducir dichas reacciones emocionales excesivas y conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y las creencias desadaptativas.

A medida que avanza la segunda etapa, los pacientes adquieren herramientas suficientes como para poder reinsertarse en situaciones y lugares que, inicialmente, podrían haber sido arriesgadas. La finalidad principal de esta instancia, es fundar una base lo suficientemente sólida como para que el consumo de sustancias no sea negado por obligación, sino por una cuestión de valores y creencias propios de cada uno. Refiere aquello que Marlatt (1985) denomina autoeficacia, como el modo particular de cada individuo para manejarse idóneamente ante situaciones de riesgo.

5.5 Objetivo III: describir el proceso de tratamiento por adicciones e impulsividad en jóvenes en la tercera etapa.

En la última instancia del tratamiento, los pacientes utilizan el grupo, entre otras cosas, para compartir vivencias antiguas que pueden haberlos llevado en un primer momento a la consumición de sustancias. Habiendo recorrido un camino intenso, los sujetos conviven con el levantamiento de las últimas normas hasta llegar al egreso.

My, una joven de 26 años hija de empresarios importantes a nivel mundial, sostiene que nunca tuvo problemas económicos y siempre consiguió lo que quería. Sus padres consiguieron sus logros por demostrarse vivaces y pudientes

ante los demás. Sin embargo, comenta que el hecho de que ellos se hayan comprometido con la terapia para poder ayudarla a ella, es algo que nunca habían hecho. Desde pequeña que sentía un abandono de parte de ellos, y sostiene que la consumición, en cierto modo, la llevó a cabo para llamar su atención. Se lamenta haber llegado hasta donde lo hizo, pero al momento de revelar esto, se siente una mejor persona y cree que el cambio es posible.

El caso de My responde a la familia tipo III planteada por Croce (2005) donde existe un grupo familiar pudiente obsesionado por no perder su estatus socioeconómico. A su vez, Pittman (1991) describe tal proceso como una crisis de desarrollo, donde el círculo es alterado por cambios en alguno de sus integrantes.

El grupo entero reconoce aquello postulado por My, y a lo largo de los encuentros, se vislumbra como todo aquél integrante de dicha etapa se encuentra viviendo una situación similar donde agradecen el acompañamiento, la predisposición, la buena voluntad y muchas otras características positivas respecto de su seno familiar, su gente cercana, sus grupos y los profesionales de la institución. Se trabaja, a la vez, los recursos personales de cada uno para reforzarlos y comiencen a despedirse del apoyo constante que el grupo y el tratamiento les dieron hasta el momento.

En un encuentro puntual, se debate el tema sobre la vida una vez finalizado el tratamiento, donde cada paciente debe describir en una sola palabra aquello que ha adquirido en dicho trayecto. Los siete integrantes presenciales mencionaron: interioridad, familia, estructura, sostén, vida, objetivos, y habilidades. Además de ellos, todos coincidieron que *fuerza* y *valores* son dos conceptos fundamentales que los guiaron hasta dicho momento. A su manera, como cada participante adquiere -o bien, refuerza-, a lo largo de la etapa, aquellos aspectos resilientes que Kumpfer (1999) plantea hay que incentivar en cada sujeto: *a) yo tengo...: sus relaciones de apego y modelos de referencia y aprendizaje; b) yo soy...: sus habilidades personales; c) yo estoy: el reconocimiento de recursos internos y externos; d) yo puedo: el establecimiento de metas personales.*

Una vez llegado el último tramo del tratamiento con todas las normas levantadas, los pacientes proponen cómo será su vida de ahí en más. Y concluyen

el camino con un acto de egreso, allí cuentan su experiencia antes y durante el proceso. Al mismo asisten todos los pacientes de la institución para reconocer a aquél que logra concluir todo el procedimiento.

En su discurso de finalización, E, de 25 años, motiva a los que se encuentran concurriendo los primeros estadios del tratamiento a continuar: *“tuve la desgracia de cruzarme con gente equivocada en la vida. Eso me costó mucho. Pero soy un agradecido. Mi familia siempre me acompañó. Los valores que me dieron acá, que nos ayudaron a reconstruir los coordinadores, son impagables. Y cada minuto que pasen acá es oro, así que valórenlo. Se van a enojar, van a querer abandonar, van a pelearse con cualquier sin motivo alguno. Pero como decía Nelson Mandela, después de escalar una montaña, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar. Anímense. No están solos. Tienen quienes los acompañen.”*

La reinstauración de ciertos valores y esquemas propuestos por E en su discurso, demuestra la importancia del trabajo -personal, grupal y familiar- llevado a cabo en la institución para lograr el objetivo de mejorar, salir adelante, y conseguir llevar una vida sin la necesidad de consumir sustancias por elección propia.

De acuerdo con Tévez y Fernández D'Adam (2007), la reinstalación de valores es un hito imprescindible a la hora de un tratamiento de reinserción social. Teniendo en cuenta que son aquellos motores por los cuales se esclarece lo correcto y lo incorrecto, otorgan sentido a la vida, y conducen al ser humano a sus metas. A su vez, los valores ayudan en el manejo del autocontrol y las emociones buscando hacer lo adecuado e incentivando habilidades personales, dándole al joven confianza en ser él, quién es, y sentirse a sí mismo valioso.

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo surgió a partir de la pasantía realizada en una institución ambulatoria de trayectoria que trata pacientes con trastornos por impulsividad y consumo de sustancias. La locación de la misma es en la zona norte de la Ciudad de Buenos Aires.

Fue especificada la modalidad de trabajo y el marco institucional con el cual se opera dentro del establecimiento, para dar ayuda a los solicitantes con dichas problemáticas.

La selección de la pasantía fue orientada a procesos en un rango etario de 15 a 28 años en cada una de las diferentes etapas del tratamiento. El objetivo de la elección tuvo una inclinación personal hacia la temática, su aprendizaje, y la colaboración comunitaria que la institución brindó al pasante.

La principal fuente de información para el trabajo expuesto fue proporcionada por la asistencia a la práctica profesional, los encuentros con los profesionales a cargo de misma, y las historia clínicas a las cuales el pasante tuvo la posibilidad de acceder. La posibilidad de participar en diferentes estadios del tratamiento permitió socavar información para contrastar con un margen teórico, y así verificar los objetivos planteados.

La Terapia Reconstructiva Social -propuesta planteada la institución- es interesante desde un punto de vista práctico. Sin embargo, carece de un marco teórico específico que se adapte a las propuestas realizadas en la rutina diaria. Es, más bien, un planteo ecléctico con fundamentos variados que no aplican en todos los casos.

El punto de partida del problema con las sustancias concuerda con Míguez (1998) que es el producto de efectos placenteros, por la vía química, que no se han logrado mediante la interacción con el medio. Esto se debe, generalmente, a la conducta impulsiva del sujeto que pierde interés por cualquier otro tipo de tareas satisfactorias anteriores, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (Echeburúa, 1999).

De este modo, se comparte con el modelo de la transición impulsividad-compulsividad de Lavelle et al. (1991), donde la adicción representa una transición desde una fase inicial en la que las drogas se consumen por sus efectos reforzadores hacia una fase de dependencia en la que los comportamientos de consumo se transforman en rituales compulsivos.

Una vez comenzado el tratamiento, la imposición de normas que los pacientes deben cumplir reglamentariamente para poder avanzar está relacionado con el concepto del valores expuesto por Puentes (2009), donde la exigencia de límites se encuentra asociada a contener, orientar, promover, persuadir, guiar. A su vez, no se puede pensar al adicto como un mero emergente pasivo de una estructura familiar aislada, sino más bien incluir al círculo como una causalidad posible. El hecho de realizar encuentros paralelos con los pacientes y sus padres, colabora con el avance, ya que fortalece no sólo los valores de cada individuo, sino también el núcleo emparentado. De acuerdo con Grimson (1999) la familia toma un rol esencial dado que define la identidad de una persona. Sus funciones por excelencia son ser el centro regulador de afectos y determinar la relación con el sistema. Ahora bien, ante la adolescencia, la familia sufre modificaciones bruscas y frontales; para el joven, deja de ser esa unidad estable que lo sostuvo hasta ese momento del ciclo vital. Y muchas veces, es ahí donde la droga agrega algo que está faltando.

Echeburúa (2010) plantea que un sujeto con una personalidad vulnerable, con una cohesión familiar débil y con unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo y está sometido a circunstancias de estrés -fracaso escolar, frustraciones afectivas o competitividad- o de vacío existencial -aislamiento social o falta de objetivos-. Razón por la cual el grupo de hermanos y amigos colabora, a la vez, a reconstruir ciertas bases necesarias en el círculo cercano de los pacientes, con el objetivo de fortalecer redes constitutivas para un medio propicio de reinserción social paulatina.

El trabajo grupal que se realiza es imprescindible, dado que el interés común es compartido y la ayuda no es proporcionada únicamente por los profesionales, sino también por los sujetos que se encuentran viviendo -o bien, vivieron- situaciones similares. Sin embargo, el parámetro bajo el cual las agrupaciones son subdivididas no está lo suficientemente claro. Más allá de la búsqueda de inclusión de pacientes a grupos del rango etario similar, las situaciones vitales que se pueden vislumbrar en un mismo grupo son muy diversas, factor que en más de una ocasión produjo interacciones negativas y, en consecuencia, cambios en los grupos. El hecho de conformar un grupo con participantes de situaciones sociales y económicas diferentes, por ejemplo, llegó a crear climas contraproducentes y adversos para el desarrollo saludable de los pacientes dentro de su tratamiento. Se respeta como premisa básica que cada experiencia vital es distinta y única; sin embargo, se debería replantear la división de grupos desde dicho supuesto desde el momento inicial de la terapia.

Yalom (2011) hace referencia a las interacciones grupales cuando son transformadas en un microcosmos social de miembros participantes. Después de un tiempo, los pacientes comienzan inevitablemente a exhibir su conducta interpersonal inadaptada. Ahora bien, sería proactivo trabajar dichas disrupciones, desde un grupo que comparta experiencias de vida -medianamente- similares.

El pasaje progresivo de etapas no posee claridad suficiente. Es decir, cada caso individual es supervisado por el resto del equipo, aunque aquello que determina su progreso es la subjetividad de cada terapeuta a cargo. Ya sea por la mejora esperable progresiva o por la evolución tras una recaída, no existe una estrategia clara que pueda determinar los diferentes niveles de cambio en cada etapa correspondiente. El Modelo transteórico de cambio, postulado por Prochaska y Prochaska (1995), plantea ciertos lineamientos básicos para intervenir a través de los múltiples niveles de cambio centrados en los síntomas, las evidencias causales disponibles y tácticas de máximo impacto. Dichas herramientas pueden colaborar y adherir a la subjetividad de cada coordinador, de

modo alguno, ciertos factores específicos que permitan el pasaje secuencial entre las diversas instancias.

El factor del retroceso en cada etapa por rotura de normas, genera desesperanza en los pacientes, aunque una vez concluido ese momento y avanzado el proceso, comprenden que el obstáculo fue necesario para comprender las bases que se intentan fortalecer en el tratamiento. Cada caso que sufrió ese traspie a lo largo de la terapia, lo recuerda como un hito fundamental a la hora de cambiar la posición que sostenía y avanzar. El objetivo es similar a aquello que Marlatt y Miller (1993) postulan respecto de la recaída como una de las principales dificultades. La prevención de la misma tiene dos propósitos básicos: por un lado, disminuir las posibilidades de que el individuo recaiga en el futuro; por otro, la disminución de posibilidades, en el caso de que este desliz ocurra, de que se transforme en una recaída drástica.

El impacto del tratamiento en los pacientes y su círculo cercano es notable dado que comienzan con la pauta de que todo comportamiento puede ser modificado. Para ello, es necesario rectificar ciertas creencias -del sujeto y su núcleo- y cuestiones del entorno en el cual se está inmerso. Sánchez de León y Pérez (2014) refieren a esta capacidad como plasticidad cerebral, siendo es una cualidad que posee el cerebro humano para ir modificándose de manera progresiva, estructural y funcionalmente, con el objetivo de adaptarse a las exigencias a las que el medio le somete, a las circunstancias que lo rodean y a los cambios que se producen a nivel endógeno mediados por el pensamiento.

En resumen, el concepto de Terapia Reconstructiva Social en jóvenes apunta a una base de valores previamente construida que sufrió una desliz y requiere de asistencia para relaciones sanas. Eso incluye, no sólo al individuo con problemas por consumo de sustancias en cuestión, sino también a un círculo familiar y red de contención cercana que debe reestructurar ciertas bases para ayudarlo a reinsertarse socialmente, de un modo saludable y positivo.

A pesar de vislumbrar recaídas constantes de pacientes durante y una vez finalizado el tratamiento, el concepto de esta institución ambulatoria para un

tratamiento que requiere cambios de conducta, pensamiento y esquemas, fallas interaccionales, y adaptabilidad, queda obsoleto. La sociedad hoy en día maneja tiempos acelerados y busca soluciones inmediatas. Dicha institución puede extender el proceso de un solo sujeto por más de media década hasta lograr el objetivo. Principalmente, se debería re imaginar ciertas modalidades del camino a recorrer, partiendo del momento de la elección de cada participante de los grupos. Una vez comenzado, los encuentros individuales con los profesionales no deberían cortarse hasta buscar la finalización. Los pasajes de etapa son comprensibles, pero se espera mucho del paciente, y muchas veces, faltan herramientas desde los terapeutas.

Los aportes bibliográficos relacionados a los conceptos utilizados en la rutina laboral diaria en la institución son variados y diversos. Se considera relevante el aporte personal del trabajo, cuyo objetivo es la descripción de uno de los tratamientos llevados a cabo en una institución compleja y novedosa. Las herramientas utilizadas en el marco del establecimiento son heterogéneas y se aplican a cada caso en particular, respetando las reglas y el objetivo común: reinsertar al paciente en la sociedad de un modo adaptativo y eficaz.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V-TR*. Buenos Aires: Panamericana.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (2010). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Pedrero Pérez, E.J., Fernández Hermida, J.R., Casete Fernández, L., Bermejo González, M.P., Secades Villa, R., Gradolí, T. (2007) *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Berenstein, I. (1984). *Familia y Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Paidós.

Croce, P. (2005). Las Adicciones Tóxicas en Nuestro Medio. En H. Massei (Ed.). *Psicofarmacología Infanto-Juvenil*. (pp. 177-200). Buenos Aires: Polemos.

Diamond, G.S., Liddle, H.A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 481-488.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas?*. España: Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Revista Adicciones*, 22 (2), 91-95.

Erikson, E. (1977). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós

- González Guerra, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomania. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1 (4), 1-21.
- Griffa, M.C., Moreno, J.E. (2005). *Claves para una psicología del desarrollo. Adolescencia, Adulterez, Vejez*. Buenos Aires: Lugar.
- Grimson, W.R. (1999). *Sociedad de Adictos: La Comunidad en la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones*. Buenos Aires: Planeta.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo*. Editorial Biblioteca Nueva. España.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psi. Revista electrónica de la facultad de psicología – UBA*, 3 (2), 5-8.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. En Glantz, M.D., Johnson, J.L. (Eds), *Resiliencia and development. Positive life adaptations* (pp. 179-224). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Lavelle, T., Hammersley, R., Forsyth, A. (1991). Personality as an explanation of drug use. *Journal of Drug Abuse*, 21, 593-604.
- López, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico?. *Psykhé*, 15 (1), 67-77.
- Lorea Conde, I., Tirapu Ustárrroz, J., Landa, N., López-Goñi, J.J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral. Una visión integradora. *Revista Adicciones*, 17 (2), 1-10.

Lundqvist, F. (1998). Capítulo 5: Disfunciones cognitivas observadas en consumidores crónicos de cannabis durante el tratamiento. En Meana, J.J., Pantoja, L. (1998). *Derivados del cannabis: ¿drogas o medicamentos?*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Marcos Sierra, J.A. & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 339-362.

Marlatt, G.A. (1987). Notas sobre craving. *British Journal of Addiction*, 82 (42), 24-25

Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (1993), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Míguez, H.A. (1998). *Uso de sustancias psicoactivas. Investigación social y prevención comunitaria*. Argentina: Paidós.

Míguez, H. (2004). *Alcohol y "sociedad líquida"*. Recuperado de <http://www.hugomiguez.com.ar/socliq.pdf>

Míguez, H. (2010). *Sobre la subjetividad para el consumo de sustancias psicoactivas*. Recuperado de <http://www.hugomiguez.com.ar/Miguez%20subjetividad%20consumo.pdf>

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2011). *La Entrevista Motivacional: Preparar el Cambio de Conductas Adictivas*. Madrid: Paidós.

Parks, J. Svendsen, D., Singer, P., Foti M. (2006). Morbosidad y mortalidad en sujetos con severos problemas mentales. En Pagoto, S. (2011). *Coomorbilidades psicológicas de patologías físicas. Una perspectiva médica conductual*. New York: Springer.

- Pedrero Pérez, E.J., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J.M., Llanero Luque, M., Puerta García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52 (3), 163-172.
- Pittman, F.S. (1991). Crisis Familiares Previsible e Imprevisibles. En C.J. Falicov (Ed.). *Transiciones de la Familia: Continuidad y Cambio en el Ciclo de Vida*. (pp. 357-366). Buenos Aires: Amorrortu.
- Prochaska, J., Prochaska, J. (1995). Capítulo 3: Modelo trasteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M., Gossop, M. (1995). *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias. Recaída y prevención de recaída*. Barcelona: Sitges.
- Puentes, M. (2005). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Puentes, M. (2009). *Estrategia terapéutica en drogadicción. Sistema ambulatorio preventivo asistencial comunitario*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Samá, A. (2004). Soy adicto!!!. En Elias de Greig, S., Marín de Vázquez, M.C., Carrión, R., Melnitsky, R., Policella, A. (2004). *Desafíos en la clínica actual. Abordajes focalizados en diferentes problemáticas*. Buenos Aires: Prosam.
- Sánchez de León, R., Pérez, P. (2014). *Neuropsicología de la adicción*. España: Panamericana.
- Szapocznik, J., Hervis, O.E. y Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. En NIH Publication (Ed.). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. (pp. 47-51). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Tevez, H., Fernández D'Adam, G. (2007). *Payasos tristes. Adolescencia y nuevas adicciones*. Buenos Aires: Gabas.

Todd, T. (1991). Los Ciclos Evolutivos y el Abuso de Sustancias. En C.J. Falicov (Ed.). *Transiciones de la Familia: Continuidad y Cambio en el Ciclo de Vida*. (pp. 465-476). Buenos Aires: Amorrortu.

Yalom, I.D. (2011) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Herder.