



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL
DESDE UN MODELO INTEGRATIVO CON
CINCO RESIDENTES EN REHABILITACIÓN
POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. FRANCISCO JAVIER BUENFIL RICALDE

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRO EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DE CLÍNICA ADULTOS**

DIRECTOR(A) DE TESIS

MPT. RICARDO GARCÍA FUENTES

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.923555 durante el periodo 01 de agosto de 2018 hasta el 31 de julio de 2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE UN MODELO
INTEGRATIVO CON CINCO RESIDENTES EN REHABILITACIÓN POR
CONSUMO DE SUSTANCIAS**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. FRANCISCO J. BUENFIL RICALDE**

**ASESOR
MPT. RICARDO GARCÍA FUENTES**

**MERIDA, YUCATÁN, MÉXICO
JULIO DE 2020**

Agradecimientos:

A mi madre, Lourdes, por su eterna confianza

A mis maestros, Ricardo, Julio, Marita y Estrella, por sus conocimientos y paciencia

A mis hermanos, Guillermo y Roberto, por su compañía

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por esta oportunidad

A la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), por los espacios, los momentos y las experiencias.

A Reyna, Davy, Heriberto, a tantos amigos y amigas, que sin saber son parte de este trabajo con sus palabras de apoyo, lealtad y confianza.

Para todos, en verdad gracias.

Contenido

<i>Resumen</i>	7
1. Introducción	
1.1 Problema de investigación	9
1.2 Justificación	14
1.3 Marco Teórico	
1.3.1 Breve revisión histórica: modelos del tratamiento en adicciones	17
1.3.2 Paradigma biopsicosocial del estudio y tratamiento en adicciones	19
1.3.3 Adicción como síndrome: etiología común, múltiples manifestaciones	22
1.3.4 La reducción de daños en la atención de las adicciones	24
1.3.5 El enfoque integrativo en psicoterapia: los factores comunes	28
1.3.7 La reducción de daños como modelo integrativo de intervención	33
1.3.8 Fundamentación de la psicoterapia en reducción de daños	37
1.3.9 Aportes desde el enfoque Neuropsicológico	40
1.3.10 Aportes desde el enfoque Psicoanalítico	42
1.3.11 Aportes desde el enfoque Cognitivo-Conductual	45
1.3.12 Aportes desde el enfoque Humanista-Gestalt	50
1.3.13 Metodología integrativa para cuatro enfoques terapéuticos	54
2. Evaluación diagnóstica	
2.1 Descripción del escenario	64
2.1.2 Descripción de los participantes	66
2.2 Instrumentos, técnicas o estrategias utilizadas	70
2.3 Procedimiento	81
2.3.1 Cronograma de actividades	83
2.3.2 Ingreso al contexto	84
2.3.3 Consentimiento de los participantes	85
2.3.4 Devolución de la información	85
2.3.5 Consideraciones éticas	86
2.4 Informe de resultados de diagnóstico inicial	87
3. Programa de intervención	
3.1 Descripción del plan de intervención	105
3.1.2 Evaluación del proceso	105
3.1.3 Fases de intervención	107
3.2 Fundamentación	111
3.3 Diseño de investigación	118
3.3.1 Objetivo general	118
3.3.2 Objetivos específicos	118

3.3.3 Preguntas de investigación	119
3.3.4 Instrumentos	119
3.3.5 Diseño de estudio	120
3.3.6 Procedimiento	121
3.4 Programa de intervención	
3.4.1 Técnicas psicoterapéuticas	121
3.4.2 Diseño de intervención	123
4. Resultados de la intervención	
4.1 Historia clínica	126
4.1.1 Fichas técnicas	126
4.2 Resultados de escalas para la comparación de momentos	131
4.3 Descripción y análisis de fases de intervención	
4.3.1 Diagnóstico psicodinámico	134
4.3.2 Fase 1: Análisis psicodinámico	139
4.4 Resultados del grupo reflexivo y taller psicoeducativo	161
4.5 Resultados de la terapia grupal	177
5. Discusión y conclusiones	185
6. Referencias	191
7. Apéndices	207

Lista de tablas

Tabla 1.	Fases de la psicoterapia en Reducción de Daños	37
Tabla 2.	Nexo epistemológico de cuatro enfoques psicoterapéuticos	57
Tabla 3.	Antecedentes de consumo reportados por los participantes	69
Tabla 4.	Periodo aproximado de desintoxicación de acuerdo con la sustancia	69
Tabla 5.	Selección de instrumentos, técnicas y estrategias para el diagnóstico	71
Tabla 6.	Selección de instrumentos de diagnóstico	76
Tabla 7.	Fases de evaluación diagnóstica, intervención y evaluación de resultados	82
Tabla 8.	Cronograma de actividades de acuerdo con las fases del proyecto	83
Tabla 9.	Consideraciones éticas	86
Tabla 10.	Replanteamiento del modelo de integración según los objetivos	118
Tabla 11.	Descripción de técnicas empleadas	123
Tabla 12.	Descripción de diseño de intervención	123
Tabla 13.	Descriptivo de puntuaciones totales en dos momentos	133
Tabla 14.	Prueba no paramétrica para grupos relacionados, rangos de Wilcoxon	134

Lista de figuras

Figura 1.	Matriz de análisis para la elaboración de una intervención grupal	37
Figura 2.	Metodología integrativa	56
Figura 3.	Proceso de integración de aportes de cuatro enfoques psicoterapéuticos	60
Figura 4.	La cancelación tóxica del dolor como sustitución de la represión	114
Figura 5.	Las seis premisas de la Terapia de Aceptación y Compromiso	116
Figura 6.	Ciclo de la experiencia desde la perspectiva Gestalt	117

Resumen

El consumo excesivo de sustancias y los factores o predictores asociados al mismo son un tema relevante que requiere de un abordaje amplio y multidisciplinario, inclusive si se considerase al comportamiento compulsivo de forma aislada o si se limitara al estudio de un posible trastorno, esto representaría un esfuerzo considerable para explicar dicho fenómeno y por tanto del diseño de un posible tratamiento.

Diversos factores sociales surgen como antecedentes asociados al consumo de sustancias, tales como la violencia (incluida la violencia de género), el maltrato infantil, la inseguridad, la deserción escolar, el desempleo o la discriminación por mencionar algunos que, como se ha mencionado, pueden predisponer a la persona ante el consumo, es decir, diferente configuración de factores puede vulnerar o proteger su calidad de vida. Adicionalmente, aspectos como la ansiedad, la depresión o algún posible trastorno psicológico subyacente, son considerados como factores personales que se añaden al diverso espectro de variables implicadas en el fenómeno de las adicciones.

Luego de haber convivido al interior de un centro de rehabilitación para personas consumidoras de sustancias durante cinco meses, fue posible conocer las historias personales de cinco residentes, de las que pudieron constatarse dificultades y carencias evidentes, al mismo tiempo que fue llevándose un registro de las dinámicas al interior de las instalaciones, a distintos horarios y en diferentes situaciones.

Las actividades realizadas están diseñadas para mantener a los residentes en un cronograma ocupacional que incluye labores domésticas, psicoeducativas, sesiones de estudio de AA, meditación y recreativas. Al término de cada proceso de rehabilitación, cada residente es evaluado en cuanto a su propio progreso e historial y puede ser recomendado para desempeñarse en un puesto operativo en una compañía de seguridad privada en asociación con el centro, o bien, el residente puede aspirar a un empleo por iniciativa propia. No obstante, no todos los que finalizan un proceso de recuperación optan por el puesto operativo o la búsqueda de empleo, así como tampoco la reinserción a sus respectivos entornos familiares o sociales, decidiendo en cambio, permanecer por tiempo indefinido en el centro de rehabilitación.

La decisión de permanecer como residente al interior del centro podría estar asociada a factores protectores al interior de este. Cuando esto ocurre, el residente puede recibir otro tipo de tareas o encargos según el nivel de confianza que la dirección general le otorgue, es decir, los residentes de mayor antigüedad cooperan en la administración y supervisión de tareas operativas. Algunos, quienes cuentan con familia propia, regresan a sus respectivos hogares (en caso de también contar con éste), alternando días de visita con el centro, o bien, para mantenerse activos en la sesiones de estudio de AA. Sin embargo, la población actual parece superar la capacidad de las instalaciones, por lo que, aunque pudiera ser positivo que un residente opte por permanecer en el centro para continuar con su proceso de rehabilitación y posteriormente, mantenerse en abstinencia, el espacio es algo que está presente al momento de la toma de decisiones. Nuevos estudios podrían ser propuestos a raíz de la situación observada pero no corresponden al presente proyecto.

La evidencia científica apunta hacia la necesidad de una conceptualización amplia y flexible del fenómeno de la dependencia a sustancias y sugiere, aunque todavía con cautela, que las manifestaciones adictivas, a pesar de ser únicas, pueden llegar a poseer configuraciones de variables específicas que podrían subyacer a un mismo síndrome o patrón de factores que vulneran a la persona y antecede a la conducta de consumo.

Para el presente proyecto se ha partido del diseño de un modelo de intervención integrativo teórico y técnico sistemático, que pudiese tomar a consideración tanto los aspectos neurobiológicos, sociales, del desarrollo, familiares o sistémicos, así como los factores afectivos o vinculares, para elaborar y aplicar una intervención grupal desde una matriz de variables, lo suficientemente estructurada, para ajustar cada una de las estrategias a las diversas expresiones o manifestaciones adictivas con cinco participantes al interior de un centro de rehabilitación.

Del trabajo realizado, se espera poder ampliar la comprensión de la experiencia de la persona que recurre al consumo de sustancias para que, partiendo de una evidencia fenomenológica del entorno y de la historia personal de cada participante, determinar el plan que mejor se adecue a las necesidades identificadas, aumentando con ello el pronóstico de recuperación y prevención de futuras recaídas, pero además, fomentando quizás que cada participante pueda decidir reintegrarse de forma activa a sus respectivos entornos o

bien, considerar la posibilidad de construir una nueva realidad a partir de la finalización de sus respectivos procesos.

1. Introducción

1.1 Problema de Investigación

Según datos del Reporte Mundial de Drogas o World Drug Report, por sus siglas en inglés (WDR), publicado en el año de 2019 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), se estima que 271 millones de personas, es decir, el 5.5% de la población mundial con edades entre los 15 y 64 años había consumido drogas durante el 2017, año en que finalizó el reporte presentado y que, con respecto al 2009, se evidencia un aumento del 30%. Este crecimiento obedece a que se conocen magnitudes del consumo gracias a estudios realizados en países sobre poblados.

En América del Norte, por ejemplo, la crisis por sobredosis ha alcanzado niveles altos en los que se registran más de 47 000 muertes al año por consumo de opioides, un aumento del 13% con respecto al 2016. Estas tazas se atribuyeron principalmente a productos sintéticos como el fentanilo y sus análogos, fenómeno que aumenta con el tráfico de esta y nuevas sustancias psicoactivas que ingresan con frecuencia al mercado.

Complementando lo anterior, el Informe Sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, a cargo de la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), enfatiza que el monitoreo de las tendencias en el uso de drogas es una de las más importantes a evaluar y, pese a que estas pueden aumentar o disminuir en poblaciones específicas, áreas geográficas u otras variables, la falta de un patrón consistente hace que sea difícil identificar cualquier tendencia en el consumo de sustancias.

Según lo anterior, los cambios en el patrón de consumo de drogas podrían estar asociados al género, pues el uso de estas ha sido históricamente una conducta predominante en los hombres, pero datos recientes muestran que las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción, salvo por el caso de estudiantes de nivel secundaria, ya que la prevalencia no evidencia diferencias significativas entre ambos sexos. De los mismos datos se obtiene que, para finales del 2016, los índices mínimos de la prevalencia

del último mes de consumo de alcohol entre estudiantes de nivel secundaria fueron del 19.8% para América del Norte, 7.6% en América Central, 11.97% en América del Sur y 22.97% y 7.6% para El Caribe y el hemisferio respectivamente.

Lo planteado por la OEA y la CICAD, sirve como marco de análisis para la situación de drogas en México, en la que la oferta y demanda están estrechamente ligadas a condiciones económicas, culturales, sociales e históricas que han prevalecido en el país en las últimas décadas, según lo resume el Informe Sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019, que estuvo a cargo del actual Gobierno, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

De acuerdo con el informe mencionado, desde los años 70, en lo correspondiente a su producción, transporte y comercio, el fenómeno de las drogas comenzó a ocupar mayores espacios en el marco político y legal de nuestro país que, con una superficie de 1 964 375 kilómetros cuadrados, nos convierten en el 13° país de mayor extensión, que está distribuida en 32 entidades federativas y 2 458 municipios para albergar a una población de 123 518 270 habitantes. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), presentados en este mismo informe, México se encuentra dentro del grupo de países con mayor nivel de desigualdad en el mundo, al tener un 43.6% de la población nacional en situación de pobreza y que se constata con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), citado también en este documento. Estos factores no pueden ser ignorados al analizar el fenómeno del consumo de drogas.

Por su parte, los resultados proporcionados por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), un estudio aleatorio, probabilístico y polietápico con representatividad estatal y nacional, antes conocido como Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017a), identifican un incremento en la prevalencia de consumo para las ocho regiones incluidas en el estudio realizado entre los años 2011 y 2016. Para el caso de drogas ilegales, el incremento en la prevalencia en cuatro de las principales regiones se distribuyó de la siguiente manera: en la Región Norcentral se registró un aumento del 5,9% al 9.6%; en la Región Noroccidental el incremento reportado fue de 7.5% al 10.12%; mientras que en la Región Nororiental pasó de 7.4% a un 8.4%; finalmente, el incremento más significativo estuvo en la Región Sur al

observarse que la prevalencia de 3.5% registrado en años anteriores se encontraría ahora en el 8.2%. En lo que respecta al consumo de cualquier droga ilegal, se registró un incremento en el índice de la población total con un rango entre 2.5 y 2.7% (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017a).

Según este último informe, el consumo diario y consuetudinario representa la principal preocupación, al presentar un aumento para la población total del 2.1% y 3.1% respectivamente. Cabe mencionar que, si bien los índices muestran un incremento, éste podría tener correlación significativa con el porcentaje de consumo de la población femenina, tal y cómo habían previsto los resultados presentados por la OEA y la CICAD. Adicionalmente, la cerveza continúa siendo la sustancia de mayor preferencia en el país, aspecto que podría estar asociado a la amplia aceptación sociocultural y al fenómeno de la normalización, es decir, cuestiones como la legalidad en el consumo, la difusión y promoción para su compra a través de diferentes medios masivos de comunicación y la distribución en diferentes establecimientos y presentaciones se conjugan para favorecer el acceso de la sustancia a los consumidores, sean dependientes o no. No es poco común, por lo tanto, que el consumo de alcohol o de otras sustancias inicie dentro del núcleo familiar, dentro del grupo de amigos o incluso en la relación de pareja, sobre todo si la percepción de riesgo es baja (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2010).

De acuerdo con estándares establecidos por la Secretaría de Salud, el consumo consuetudinario corresponde a cinco copas o más en una sola ocasión para el caso de los hombres y, de cuatro copas o más en una sola ocasión para el caso de las mujeres. Adicionalmente, para que el consumo sea considerado diario, al menos una copa que contenga alcohol debe ser ingerida. Si el consumo consuetudinario ocurre en más de una ocasión al mes, se clasifica entonces como consumo excesivo.

Lo anterior es relevante, pues de acuerdo a los Boletines Epidemiológicos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Sistema Único de Información de la Secretaría de Salud, específicamente los enmarcados en los números 1 y 50 del Volumen 36, que corresponden al periodo del 30 de diciembre del 2018 al 5 de enero del 2019 y al periodo entre el 8 y el 14 de diciembre del año 2019, los casos por intoxicación aguda por alcohol a nivel nacional fueron de 40 760 y de 37 661 respectivamente para cada semana.

25.88% de los casos en la 1ª semana y 24.55% de la semana 50ª, fueron registrados en el estado de Yucatán solamente.

Para complementar los datos encontrados en los boletines epidemiológicos, se recurrió a reportes del Observatorio Mexicano de Drogas (OMD), entre cuyas funciones está la recopilación, registro, sistematización, análisis e interpretación de la información sobre la demanda de sustancias psicoactivas en el país, partiendo de fuentes como encuestas nacionales, Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), Centros de Integración Juvenil (CIJ), Centros de Tratamiento Residencial y las Unidades Médicas del Sector Salud, todo lo anterior enmarcado dentro de un programa de la Secretaría de Salud y la CONADIC. De acuerdo con el OMD, la prevalencia nacional del consumo consuetudinario de alcohol es del 8.5% para hombres y mujeres entre edades entre los 12 y 65 años; de esta cifra, el 10.6% corresponde al estado de Yucatán. Partiendo de este mismo rango de edad y sector poblacional, una prevalencia del 10.3% indica el consumo de cualquier droga (ilegal, médica y estimulantes) según el índice nacional, mientras que el 11.4% pertenece a nuestro estado.

Como puede evidenciarse desde diversos informes y encuestas, tanto internacionales como nacionales, se documenta un inicio cada vez más temprano de la ingesta excesiva de alcohol y otras sustancias, además de que se registra mayor participación de la población femenina a patrones de consumo asociados a grandes cantidades y niveles de dependencia. Se estima que por sí mismo, el abuso de alcohol ocasiona hasta 9% de la carga total de la enfermedad en México y a una contribución a la mortalidad prematura asociada a problemas de salud y consecuencias adversas como accidentes o diversos tipos de violencia, incluido el homicidio.

Para estimar el impacto económico, el Documento de Trabajo, WP-426, del Banco Interamericano de Desarrollo (2013), registró hasta el 2011 más de 50 000 muertes relacionadas con el narcotráfico, la mayoría causada por confrontaciones entre cárteles que compiten por el control de plazas y rutas estratégicas para el traslado de drogas. Del mismo documento se extrae que, entre los años de 2006 y 2012, el gasto público se redujo en forma significativa; en el 2006 particularmente, las pérdidas económicas en México por la industria del narcotráfico habrían tenido un impacto de 4.3 miles de millones de dólares anuales.

Prosiguiendo con lo anterior y de acuerdo con el Informe Sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019, durante el 2018, se registró un Presupuesto de Egresos de la Federación que tuvo un total de 1 801 millones de dólares para el gasto en reducción de la demanda de drogas, repartido entre la CONADIC, el Instituto Nacional de Psiquiatría y el CIJ. Por su parte, el gasto en reducción de la oferta de drogas para ese mismo año, por parte de quienes participaron en acciones para el control de la oferta, tuvo un total de 7 050 millones de dólares, es decir, casi cuatro veces el monto destinado a la atención y prevención del consumo, y que fue repartido entre la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y la Procuraduría General de la República (PGR).

Debido a lo anterior es necesario considerar que, dada la baja percepción de riesgo en torno al consumo de alcohol y otras sustancias que prevalece en nuestro país, aunado a un presupuesto reducido para la prevención y atención del consumo en comparación al gasto destinado a estrategias dirigidas al control del narcotráfico, no resulta complejo comprender el crecimiento porcentual registrado en el uso y abuso de sustancias, entre las que destaca la marihuana con una prevalencia nacional del 8.6% y del 10% para el estado de Yucatán solamente; lo que se añade, no sin fundamentos, a la poca confianza en la efectividad de las intervenciones para la prevención, tratamiento o reducción de los impactos sociales y de salud pública así como también de los impactos económicos,

Resulta por tanto indispensable considerar programas educativos con impacto a actitudes y percepciones, así como una mejor estructura sociodemográfica en el país que no padezca de una polarización en términos educativos, ingreso o distribución geográfica de servicios preventivos y de atención, reforzados además por proyectos sociales para la construcción de redes de apoyo entre familiares y comunidad en general, así como de mecanismos administrativos y legales que corresponsabilicen a fabricantes y al mercado legalizado en la normalización del consumo.

Es la combinación de intervenciones desde diferentes sectores, educativo, de investigación, de salud, prevención y programas de tratamiento, junto con el incremento de impuestos, así como el control de la publicidad y la reducción de la disponibilidad del alcohol y otras sustancias en el mercado, lo que favorece que el espectro de factores de vulnerabilidad asociadas al consumo pueda ser atendido y reducido significativamente.

1.2 Justificación

De acuerdo con el Informe Sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019 (CONADIC, 2018), desde hace más de cuatro décadas se desarrollan acciones para la atención de los problemas de salud relacionados con el uso, abuso y dependencia a drogas, creando instancias cada vez más especializadas para la atención integral, reflejado en la participación gubernamental, así como de instituciones y organismos de la sociedad civil. De esta forma y en concordancia también con la Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la Prevención y Control de las Adicciones (NOM-028, 2009), en México existen dos modalidades principales de tratamiento: ambulatorio y residencial, entre las que se subdividen los tres esquemas descritos.

La modalidad ambulatoria está representada por 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), 104 unidades de consulta externa de los Centros de Integración Juvenil y por los servicios otorgados en clínicas particulares. La atención residencial, por su parte, está integrada por 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil, 45 unidades residenciales públicas y por 2 108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones de los cuales, 1 045 están registrados según expediente, (el cual se integra por aviso de funcionamiento, RFC, manual de procedimientos y cédula de supervisión), esto es, más del 33% están reconocidos según lo dispuesto en la normativa oficial.

En lo correspondiente a la atención por consumo de alcohol (intoxicación), entre los años 2017 y 2018, poco más de 700 mil personas (hombres y mujeres) acudieron a tratamiento. Tomando en cuenta el mismo periodo, la cifra se reduce a 263 mil en todo el país cuando el tratamiento está dirigido a consumidores que han desarrollado una dependencia (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017a). Según el tipo de tratamiento, se observa que el 32.4% ha estado en un grupo de ayuda mutua, seguido por aquellos que han recibido tratamiento por desintoxicación en alguna institución médica con 24.8%, mientras que un porcentaje de 13.2 representa a casos específicos que han requerido de internamiento psiquiátrico o residencial.

Cuando se miran los porcentajes de atención a consumidores de drogas, registrados en el mismo periodo por la ENCODAT 2016-2017, poco más de 200 mil personas de las que habían reportado algún consumo durante el último año acudieron a tratamiento, de los

cuáles, 111 mil personas que presentaban dependencia recibieron la atención debida. Estos índices representan a poblaciones de ambos sexos, sin embargo, cuando se observan de forma separada, los porcentajes por tratamiento residencial o consulta externa (54.2%), anexo (53%) y tratamiento por desintoxicación (51.1%), resultan ser mayores en hombres en relación al porcentaje de mujeres que se reducen a 31.5 (tratamiento por desintoxicación) y 22.9 (tratamiento residencial como estancia en anexo) respectivamente (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017b).

Ante estos índices de tratamiento por consumo de alcohol y drogas, parece prevalecer la necesidad de facilitar el acceso a la población que así lo requiera, así como identificar las barreras al mismo (económicas, geográficas, de calidad o de tiempo, etc.), en especial para quienes hayan desarrollado una dependencia (Villatoro-Velázquez, y otros, 2017b). Igual de importante es el fomento de la disminución en la percepción de riesgo, acudiendo a la población directamente para diagnosticar y atender las diferentes problemáticas de salud asociados al consumo. Todo lo anterior sin descartar un tratamiento con perspectiva de género para no desatender a la población femenina.

Hasta aquí, los índices de atención presentados revelan una capacidad rebasada por el porcentaje de consumidores, mismo que aumenta anualmente, no parece poco probable entonces que se tienda a enajenar a las personas que viven una experiencia de consumo desde diferentes discursos institucionales, públicos o privados, tales como el de la patología, la inseguridad, la ilegalidad y el individualismo partiendo de una cultura del utilitarismo y del déficit (Tatarsky, 2002), la persona que recibe este rechazo requiere ser vista desde otra perspectiva, una que le permita posicionarse desde posturas alternativas incluyentes.

Partiendo de lo anterior y desde recomendaciones para la aplicación de justicia como lo estipula por ejemplo, la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2013), los servicios de atención en adicciones en México tendrán que transformarse reenfocando los procedimientos hacia lo que se denomina justicia terapéutica y restaurativa. Nuevos programas de tratamiento tendrán que desarrollarse con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias a través de la participación de equipos multidisciplinarios. Siguiendo estas recomendaciones, pudo aplicarse por primera vez en el 2009, en la ciudad de Guadalupe, Nuevo León, bajo el nombre de “Tribunal de tratamiento

de adicciones” un primer modelo de justicia terapéutica. Siete años después, pudo darse la implementación a otras entidades federativas por medio de la sistematización y homologación de criterios para la reducción del delito, la disminución en el abuso, la dependencia y la recaída por consumo de sustancias.

A pesar de los esfuerzos realizados en nuestro país, proporcionar un adecuado tratamiento al consumo de sustancias es todavía materia en vías de desarrollo (Marín-Navarrete, Medina-Mora, y Tena Suck, 2014). Los esquemas vigentes requieren ser fortalecidos desde la evidencia científica para aumentar la eficacia y la efectividad de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo aspectos sociales para contribuir al análisis y reducción de discursos basados en prejuicios. La realidad en torno al consumo es compleja.

La experiencia adictiva puede ser entendida como un fenómeno multifactorial y, por tanto, el estudio de sus causas, así como de su tratamiento, requieren de enfoques flexibles y abarcativos. Un enfoque teórico biopsicosocial posibilita el establecer la etiología de un patrón subyacente para conocer y darle significado a la experiencia dependiente desde el lenguaje propio del consumidor, con significados creados por sí mismo y que, con guía y acompañamiento del terapeuta hacer una transición de significados hacia uno que pueda considerar el paradigma de la reducción de daños (Tatarsky, 2002) y que podría ayudar a un autocontrol e incentivar la motivación para la recuperación.

Realizar esta transición de significados e incluso de identidad por parte del consumidor puede resultar complejo para el especialista y confrontativo para el participante. Se espera que, partiendo de un modelo integrativo teórico y técnico sistemático de intervención grupal, los cinco participantes puedan ser conscientes de sus recursos personales, sus fortalezas y sus aptitudes para hacer una transición de la identificación con la adicción hacia una identificación con la responsabilidad, el autoapoyo y el cuidado mutuo.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Breve revisión histórica: modelos del tratamiento en adicciones

El documento titulado “El Problema de las Drogas en las Américas, 2013” redactado por la Organización de Estados Americanos (OEA), indica que la atención proporcionada a la población afectada en los 35 estados miembros por problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas está segmentada y fragmentada, en otras palabras, padece de una red de asistencia débilmente conformada al margen del sector público mayoritariamente representada por redes de asistencia en salud mental, compartiendo con estos, la falta de recursos apropiados, violaciones a los derechos humanos de los usuarios y políticas con poca o nula perspectiva de género.

¿Por qué es necesario partir de lo anterior? Puede decirse que lo reportado por la OEA ha estado presente desde mediados del siglo XVIII, hasta donde es posible identificar las raíces ideológicas de los primeros programas de atención para personas con problemas de consumo de sustancias y dan cuenta de una superioridad moral (Tatarsky, 2002), cobijada detrás de la noción de una supuesta humanidad defectuosa, inmoral o anormal, desde la cual aquellos que consumían eran considerados como inservibles para el mundo, distanciados de la norma social. Con el tiempo este tipo de mirada fue modificándose lo suficiente para considerar al modelo médico o clínico como puente para unir el tratamiento con el consumidor.

Desde entonces y en épocas más recientes, la abstinencia se ha afianzado como una doctrina que domina el tratamiento en el consumo del alcohol y otras drogas, siendo así que la mayoría de los programas la exigen como meta indiscutible a alcanzar durante el proceso de recuperación (Tatarsky, 2002). Cabe mencionar que estos altos niveles de exigencia, sumados a las diversas barreras en la accesibilidad, diseño, intervención y mantenimiento de los tratamientos, limitan las posibilidades para que personas en situación de urgencia reciban la ayuda que requieren (Day y Mitcheson, 2017).

Esta demanda de abstinencia toma forma de intolerante imposición ante la negativa o incapacidad de la persona para recibir tal apoyo. Se instala la creencia de que los únicos que no se recuperan son los individuos que “no quieren ser honestos consigo mismos”, discurso que se refuerza por esta incapacidad de ayuda, al ser sustituida por la pretensión de

ayudar, es decir, “al no ayudarte, te estoy ayudando” (Tatarsky, 2002). Las insuficientes o a veces inexistentes rutas de apoyo dejan a las personas con problemas de consumo luchando en absoluta soledad, rodeadas de estigma, discriminación, disminución del respeto personal y enfrentándolas a la posibilidad de encarcelamiento al convertirse en objetos de desacreditación y destitución social.

Se distingue aquí un modelo moral que considera que la propia persona que sufre o padece de una dependencia o problemas por adicción es responsable, tanto de haber adquirido dicho malestar como de solucionarlo. Es la postura que menor apoyo tiene dentro de la literatura especializada en el tema sobre la atención de adicciones. Muy cerca está el modelo de “la iluminación” o el autodescubrimiento, que propone que la persona, si bien es responsable por haber adquirido la dependencia, no lo es para encontrar solución al problema. Este modelo ha sido fuertemente promovido por la ideología de Alcohólicos Anónimos y otras filosofías basadas en el modelo de 12 pasos, cuyo aspecto más relevante es el de la búsqueda de apoyo de un poder superior (Skewes y González, 2013).

El modelo médico o de la enfermedad, surge entonces como una respuesta a los modelos anteriores. Desde una perspectiva de la enfermedad, la dependencia o adicción no es vista como una responsabilidad del individuo, así como tampoco lo es el atenderla por cuenta propia. En cambio, son las predisposiciones biológicas o genéticas los procesos que favorecen la aparición y desarrollo de la condición crónica.

Justamente y con la intención de mantenerse al margen de juicios morales para mirar el padecimiento humano, el modelo que ha dominado el campo de tratamiento en adicciones ha sido el médico (Portero-Lazcano, 2015). Desarrollado y desposado por científicos clínicos en el estudio de enfermedades, se mira en cambio a la adicción o dependencia como una condición crónica del cerebro con causas genéticas y bioquímicas. Desde este modelo, la dependencia es una manifestación cuantificable de las alteraciones de los procesos neuropsicológicos de la persona afligida (Skewes y González, 2013). Sin embargo, el modelo médico parece no considerar lo suficiente el hecho de que, entre personas con similar predisposición genética o complicaciones fisiológicas, solo algunos casos parecen desarrollar dependencia, mientras que otros no llegan a los mismos niveles de afectación e incluso logran la abstinencia o sobriedad sin necesidad de un tratamiento, esta evidencia ha comenzado a ser apoyada, por ejemplo, por literatura que analiza la

posible correlación entre el estrés y diversas patologías, estrés que emerge de un contexto o entorno social, es decir, de las relaciones humanas.

Existe un último modelo conocido como “compensatorio” y propone que, aunque la persona no es responsable de haber desarrollado la dependencia al consumo, si lo es de su recuperación (Skewes y González, 2013). Este enfoque interpreta que múltiples factores tuvieron que haber intervenido para que se diera el desarrollo de la dependencia en primer lugar, incluyendo la predisposición genética, los antecedentes, así como las variables socioculturales. Este modelo considera además que el uso continuo de sustancias puede ser visto como una estrategia de afrontamiento ante el estrés. Esta visión bien podría servir como antecesor del paradigma biopsicosocial que será revisado a continuación.

1.3.2 Paradigma biopsicosocial del estudio y tratamiento de adicciones

No es cualquier cosa que el discurso dentro del campo médico en torno a la atención de las adicciones se haya consolidado desde aspectos genéticos o biológicos. Esto también se fomenta por la actualización más cercana y publicada en el año de 2013, del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su 5ª edición (DSM-5), en la que el Trastorno por Consumo de Sustancias es considerado como una “enfermedad cerebral”, que plantea que el uso repetitivo de sustancias termina por modificar la química, estructura y funcionamiento del cerebro, alteraciones que podrían persistir incluso después de la desintoxicación (Riva-Posse, 2016).

La adicción entonces es considerada como una enfermedad crónica y neurobiológica, con factores genéticos caracterizada por conductas compulsivas y problemáticas asociadas al uso y abuso sustancias a pesar del daño que generan (Portero-Lazcano 2015). Sin embargo, e inseparables de la noción del consumo crónico es pertinente reconocer otras consideraciones como los factores psicosociales y ambientales, aspectos como las circunstancias familiares, escolares y laborales que podrían favorecer diversas manifestaciones de la dependencia (Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Nemegyei, González-Forteza y Madrigal-de Leon, 2006).

Estas consideraciones buscan afianzarse en el pensamiento de especialistas, usuarios y sociedad en general, ante imágenes con carácter más estigmatizante que prevalecen (Nuño-Gutiérrez *et al*, 2006). La adicción aún es considerada como un vicio o falta moral

de acuerdo con las creencias populares. Sin embargo, no puede negarse que mirar a la adicción como una enfermedad ha servido como puente de unión entre el usuario y el tratamiento (Nuño-Gutiérrez *et al*, 2006), aunque no debe olvidarse que se trata de una imagen elaborada por los propios servicios de salud (Nuño-Gutiérrez *et al*, 2006). En otras palabras, pareciera que la idea de enfermedad es una construcción que deja fuera a los propios actores o consumidores y que, no obstante, tiene que ser adoptada si se desea recibir un tratamiento, sin estar exenta de desacreditación o destitución social (Tatarsky, 2002).

En años recientes, diversas críticas han sido realizadas a esta imagen de la adicción como enfermedad, específicamente una de tipo cerebral (Becoña, 2016). Algunos de los principales detractores surgen de los hallazgos de Hall, Carter y Forlini, publicados en un artículo en el año de 2015 en *The Lancet Psychiatry* (en Becoña, 2016). En este documento se incluye evidencia que analiza el modelo de enfermedad partiendo de resultados de estudios en neuro-imagen de personas con adicciones y estudios en genética. El autor agrega: *aunque cabría esperar que este modelo (la adicción como enfermedad) condujese al desarrollo de tratamientos farmacológicos efectivos, esto no ha ocurrido*. Lo escrito entre paréntesis no pertenece al autor. No debiera sorprender que cualquier modelo que priorice un factor sobre los demás pudiera conllevar a reduccionismos, incluso el de la enfermedad cerebral. El autor continúa y da cuenta de un incremento en el uso de sustancias para el tratamiento, pero no por ello correlacionan con una reducción en el índice de consumo reportados en diferentes censos internacionales. Es a la luz de estas críticas que se plantea el enfoque biopsicosocial para un análisis más abarcativo del fenómeno del consumo.

Uno de los primeros representantes del paradigma biopsicosocial fue Engel G., médico internista con especialidad en psicoterapia en el año de 1977 (Becoña, 2017), al considerar que los factores biológicos, psicológicos y sociales tienen un rol importante en el funcionamiento humano dentro de un contexto de la enfermedad. Engel propuso un modelo holístico como alternativa al modelo médico con la intención de trasladar el centro de interés de la enfermedad hacia la persona con la finalidad de desarrollar intervenciones clínicas más abarcativas.

Pero quizás, uno de los estudios que mejor demuestra el peso que tiene el ambiente en el consumo de sustancias es el Estudio de Veteranos de Vietnam (Vietnam Veteran Study), dirigido por el psicólogo Bruce Alexander (Becoña, 2018). Uno de los hallazgos más significativos del estudio planteaba que, a su regreso, únicamente el 5% del total de tropas que consumió heroína de forma compulsiva en Vietnam, continuó haciéndolo en EE. UU., en otras palabras, no era posible explicar a partir de un modelo de tratamiento que el 95% de las tropas permaneciera sobrio, en cambio estos resultados parecen estar más asociados al contexto (Robins, 1993). Para obtener dichos resultados, dos muestras fueron empleadas, una aleatoria de 470 soldados que regresaban de Vietnam y otra de 495 soldados que regresaban con pruebas de orina con un resultado positivo por consumo de opioides. Entre 8 y 12 meses después de haber regresado a casa, solamente el 10% había vuelto a consumir y sólo el 1% de estos, había desarrollado una dependencia. En un estudio de seguimiento 3 años después, se encontró que el 2% era dependiente a la heroína.

Entre diversos hallazgos que este estudio permitió obtener, está el hecho de que ciertas variables como la lejanía de casa, un ambiente desconocido y hostil, o que muchos no supieran lo que estaban haciendo mientras se estaba rodeado de amenazas constantes, pudieron haber influido de forma significativa en el consumo de heroína. Todo esto cesó en la mayoría de los soldados que regresaron a casa. Estos hallazgos cambiaron el modo de entender la etiología de las adicciones.

En un artículo de 2016, Nora Volkow, psiquiatra y actual directora del National Institute on Drug Abuse (NIDA) en EEUU, cuestionaba que: *a pesar de la evidencia científica y los avances en tratamiento y políticas de salud, la adicción como enfermedad todavía está abierto a debate*. El modelo de la enfermedad tiende hacia el sesgo científico, omitiendo los intereses de los consumidores o adictos y dejando en segundo o hasta en tercer lugar el rol del ambiente, los factores psicológicos, etcétera. Es un modelo que separa la mente del cuerpo, tomando a cada uno como entidades aisladas. Otras propuestas son la de Pickard, Ahmed y Foddy (2015, en Becoña, 2017), quienes consideran que sería más adecuado considerar la adicción como una elección, evitando así los extremos, por uno el de una perspectiva de la normalización y por el otro el de la enfermedad, facilitando proveer de atención y objetividad a los factores históricos, contextuales y biológicos

significativos para que la dependencia se desarrollara, elaborando así un marco de análisis de las adicciones.

1.3.3 Adicción como síndrome: etiología común, múltiples manifestaciones

Evidencia para fundamentar una conceptualización más amplia de la adicción emerge constantemente. Por ejemplo, la investigación neurobiológica sugiere que los desórdenes adictivos pudieran no ser independientes entre sí (Kendler, Jacobson, Prescott y Neale, 2003), es decir, cada expresión podría partir del mismo síndrome subyacente, similar a la visión que se tuvo en los primeros años en los que comenzaba a diagnosticarse el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y gracias al cual pudo saberse que las infecciones oportunistas respondían a un síndrome subyacente de deficiencia en la inmunidad del paciente. De forma similar, la adicción podría ser vista como un síndrome con múltiples expresiones oportunistas que vulneran a la persona (Shaffer, LaPlante, LaBrie, Kidman, Donato y Stanton 2004).

Un síndrome es un agrupamiento de síntomas y signos relacionados con una condición considerada como anormal o particular. No todos los síntomas o signos están presentes en cada expresión del síndrome, e incluso, algunos pueden tener una manifestación única. Los síntomas y signos poseen una progresión temporal distintiva una de otra llegando incluso a influir en factores antecedentes para la consolidación de nuevos síndromes. La propuesta de Shaffer (*et al*, 2004), considera que los antecedentes para un síndrome de la adicción podrían incluir: niveles de vulnerabilidad de la persona (García, 2015), exposición e interacción con el objeto, así como de combinaciones específicas de elementos neurobiológicos y psicosociales que podrían influenciar el comportamiento. Estos factores son nombrados por los autores como antecedentes distales. Cuando estos están presentes, podría decirse que un estado premórbido del síndrome de la adicción ha emergido. Sin embargo, aunque los antecedentes distales han sido ampliamente documentados, los especialistas consideran que todavía requieren de desarrollo, pues la manifestación subjetiva en la expresión adictiva será distinta para cada persona y esto podría estar asociado a otra categoría aun por estudiar (Shaffer *et al*, 2004).

Para ampliar lo anterior podría recurrirse a la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner (1977), quien plantea que, en cuanto al estudio del desarrollo humano, debía destacarse la

importancia crucial que otorga el estudio de los ambientes en los que se desenvuelve el ser humano, es decir, cualquier característica física y social que conforman la suma del contexto y que rodean al individuo, explicados mediante una interacción dinámica. Es en este contexto y trayectoria del desarrollo que ocurren dos hechos de forma simultánea: primero, el sujeto percibe el entorno y en segundo, actúa dentro de él. Estas ideas constituyen unas de las aportaciones más importantes de la psicología social y educativa. El interés y objetivo de mencionarlo no es otro que el de favorecer una comprensión de los distintos factores sociales que interactúan con el individuo para favorecer o no, la manifestación del consumo de sustancias. Lo que se pretende es sustentar la propuesta médica con el aporte de las ciencias sociales.

Continuando lo anterior, Burt, Resnick y Novick (1998), en su obra *Building supportive communities for at-risk adolescents: It takes more than services*, ajustan su propuesta de trabajo a la teoría ecológica de Bronfenbrenner, al considerar que el riesgo en el desarrollo tiende a presentarse más en personas que provienen de ambientes que incrementan su vulnerabilidad; esto es, comunidades de escasos recursos sociales, elevados niveles de estrés e inadecuado apoyo institucional. Desde esta perspectiva, se toma en consideración a los predictores o antecedentes del contexto, a las prácticas sociales, así como a las consecuencias para dar sustento explicativo a la vulnerabilidad en el desarrollo y a sus diferentes riesgos asociados.

Podría decirse que cuando se estudia la vulnerabilidad y los factores asociados, un patrón primario que puede tener un impacto negativo significativo en la salud y en el comportamiento podría basarse en un principio de amenaza. Desde un paradigma biopsicosocial y una conceptualización de la adicción como síndrome, una construcción teórica de la vulnerabilidad podría involucrar una serie de variables de riesgo como: estilos de afrontamiento, factores de estrés, crianza o apego, desarrollo de la resiliencia y la inteligencia emocional entre otros que, según una configuración o estructura determinada, podrían permitir concebir ambos polos, por un lado el de la vulnerabilidad y por el otro el de la protección (García, 2015).

Repensar la adicción como un síndrome podría tener implicaciones directas en el diseño del tratamiento. Para establecer una idea, es posible estimar de los censos en la materia, que más de la mitad de las personas que han finalizado un proceso de recuperación

por consumo tendrá al menos una recaída durante el primer año al finalizar el tratamiento. Esta circunstancia podría estar asociada, en parte, a una atención enfocada principalmente a la desintoxicación, desatendiendo otras áreas puntuales en el desarrollo y manifestación de la adicción (Shaffer *et al*, 2004). El modelo de síndrome de la adicción requiere que el especialista diseñe un tratamiento multimodal que considere incluso la formación de nuevos factores de riesgo durante la recuperación para prevenir futuras recaídas.

Sin embargo, depende que la filosofía clínica, tradicionalmente dominante, traslade el énfasis de una naturaleza “adictiva” y los procesos químicos que demarcan los protocolos de tratamiento con un esquema de trabajo innecesariamente limitado, hacia propuestas más abarcativas y humanas. Esta discrepancia entre la teoría y la práctica podría estar contribuyendo, de forma inadvertida a resultados cada vez menos efectivos en el tratamiento de las adicciones.

Uno de los representantes que han partido del paradigma biopsicosocial para elaborar modelos de intervención que consideren diversos factores, como los mencionados desde la teoría de la adicción como síndrome (Shaffer, *et al* 2004), la teoría ecológica de Brofenbrenner (1977), o la teoría de factores de riesgo y vulnerabilidad de Burt, Resnick y Novick (1998), es Mark Griffiths (2005), quien sugiere lo razonable de considerar una combinación de recompensas (psicológicas y fisiológicas), junto con el ambiente (físico, social y cultural), asociado a un comportamiento con el que se podría tener un involucramiento excesivo en el tiempo. Griffiths identifica seis componentes para determinar que un patrón de conductas o hábitos sea considerado como adictivo: 1) predominio, 2) modificación del temperamento, 3) tolerancia, 4) síndrome de abstinencia, 5) conflicto y 6) recaída. Aunque no es el objetivo ampliar en cada uno de estos componentes, baste decir por ahora que el autor considera que si alguno de estos no está presente en el patrón de conductas no se podría estar hablando de una adicción de forma estricta y en cambio, habría que hacer una revisión de los diferentes factores personales y del contexto que puedan identificarse para favorecer un tratamiento efectivo.

1.3.4 La reducción de daños en la atención de las adicciones

La Reducción de Daños surge como un movimiento por la justicia social que promueve los Derechos Humanos como orientación y limita a las intervenciones

terapéuticas, en el campo del consumo de alcohol y drogas (Tatarsky, 2002). Es un movimiento desde donde se brinda atención a personas que así lo requieran para superar problemas complejos, provenientes de historias de marginación, exclusión y pobreza.

Considera que la adicción no radica exclusivamente en el consumo de sustancias o en su dependencia, sino en una intrincada realidad de carencia social y económica, diversos tipos de violencia, soledad, entre otros factores, a su vez asociados a dificultades de orden neurológico y psicológico con etiologías particulares. Se parte del entendimiento de que los principios esenciales involucrados en una recuperación exitosa no varían entre personas que viven alguna adicción y el resto de la población que acude en busca de apoyo terapéutico (Tatarsky, 2002).

Desde sus orígenes en Ámsterdam los años 80, el movimiento de la reducción de daños emerge como una respuesta a los problemas relacionados con el consumo de drogas (Heather, Wodak, Nadelman y O'Hare, 1993 en MacCoun, 1998). De ahí el movimiento se expandió gradualmente, llegando a influenciar la política pública en varias ciudades europeas. Entre las primeras intervenciones estuvieron las campañas educativas, diseño e instalación de espacios para el tratamiento como alternativa al encarcelamiento y la regulación de prácticas sanitarias para el consumo y que consiste en promover el uso de jeringas esterilizadas en ambientes seguros y supervisados por personal de salud.

Lo que se intenta plantear con la *reducción de daños* es la reintroducción de los principios de buenas prácticas clínicas en áreas donde a menudo estuvieron ausentes (Tatarsky, 2002). De esta forma, hablar de una atención basada en la reducción de daños, implica que el diseño de intervenciones o tratamiento se enfoquen en el respeto por las fortalezas de la persona y de su capacidad para el cambio, entendiendo este como un mejoramiento del bienestar o de la calidad de vida. Tiene como punto de partida un enfoque horizontal de relaciones igualitarias, que animen a los clientes a colaborar en el establecimiento de metas, objetivos y estrategias dentro de su tratamiento que los mismos participantes encuentren útiles y significativas.

Aunque no hay un consenso claro en el significado del término de la *reducción de daños*, en su centro radica el objetivo de reducir las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas (Inciardi, 2000). El crecimiento por esta práctica en décadas recientes ha correspondido, en parte, al incremento en los índices de adquisición del VIH,

particularmente en usuarios de drogas inyectables (UDIs), que representan uno de los principales grupos de riesgo. La adquisición del VIH no es sólo preocupación para el consumidor de drogas sino también para sus parejas sexuales, por lo que la intención de atenuar estos índices ha sido una especie de catalizador para la reducción de daños.

Las prácticas en reducción de daños parten de la noción de que, si la persona no está dispuesta a dejar su consumo, aun así, puede recibir asistencia para reducir el daño hacia el/ella y los demás (Buning, 1993; en Inciardi, 2000). La atención ofrecida se basa en cinco principios esenciales, siendo el primero de ellos el pragmatismo, al reconocer que, el uso de sustancias psicoactivas provee un modo de afrontamiento ante un contexto que rebasa al consumidor. Desde esta perspectiva, la contención y la disminución de los daños asociados al consumo representan una opción factible en contraste con su ineficaz prohibición.

En segundo lugar, están los valores humanistas que plantean al consumo de sustancias como decisión de las sociedades en relación con su identidad cultural como un hecho aceptado. Desde aquí se forma la noción de que no pueden existir juicios moralistas o condenatorios, así como tampoco se pretende promover un consumo sin plena consciencia de las posibles consecuencias. En resumen, los derechos y la dignidad del usuario deben ser respetados en todo momento. El tercer punto se enfoca en los daños; el consumo de sustancias per se es algo secundario a la importancia de los riesgos o consecuencias asociados y que pueden estar relacionados con áreas de salud, sociales, económicas y otra multitud de factores que terminaran por afectar al individuo, a la comunidad y a la sociedad de la que la persona forma parte. La prioridad debe estar enfocada a la disminución de estas consecuencias.

El cuarto punto corresponde a un balance de costos y beneficios. El marco de análisis se extiende más allá de los intereses inmediatos del usuario, hacia los intereses de la comunidad. Es debido a esta aproximación “racional”, que la propuesta teórica se presta para evaluaciones sistemáticas que midan el impacto en la reducción de los daños en ambos, corto y largo plazo, determinando los costos que garanticen la eficacia de las intervenciones. Por último, se requiere de una jerarquía de metas que esté enfocada proactivamente a intervenir con individuos, grupos y comunidades para atender las necesidades más urgentes. Atender estas necesidades con metas realistas es a menudo el

primer paso hacia un uso libre de riesgos y de ser posible, para la abstinencia ante el consumo (Inciardi, 2000).

El marco de acción de la reducción de daños y su eficacia, dependerán de los cambios que puedan favorecerse desde las políticas públicas, en otras palabras, que los riesgos (disponibilidad e intercambio de jeringas; programas de prescripción de metadona y prescripción de otras drogas; programas educativos de alcance; políticas de aplicación para la fabricación, distribución y venta; zonas y horarios de tolerancia; programas de consumo moderado de alcohol; políticas de consumo de nicotina y políticas reguladoras de la marihuana, entre otros) puedan ser atendidos y supervisados desde una cultura del respeto hacia los derechos humanos básicos (MacCoun, 1998).

En lo respectivo a las intervenciones terapéuticas, el tratamiento tradicional continúa atrayendo y ayudando solo a una fracción de los consumidores. En el año de 2007, solo en los Estados Unidos habían más de 22 millones de personas con diagnóstico por abuso o dependencia de sustancias, pero solamente 2 millones recibieron tratamiento anualmente (Tatarsky y Marlatt, 2010). La recolección de datos sugiere que la mayoría de los usuarios de sustancias son incapaces o no desean lograr la abstinencia por una diversidad de razones, empezando porque no la consideran como una meta de vida, lo que resulta problemático cuando más del 75% de los servicios de tratamiento sí lo hacen (Roman y Johnson, 2009; en Tatarsky y Marlatt, 2010).

La mayoría de los usuarios están preocupados por su consumo, pero prefieren intentar moderarlo o tenerlo bajo control antes que dejar la sustancia por completo. Aceptar la reducción de daños abre una puerta para este grupo de personas en una forma que los modelos tradicionales, orientados a la abstinencia, no pueden proporcionar (Tatarsky y Marlatt, 2010). En el informe *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América latina y El Caribe*, publicado en el 2016 por la *Open Society Foundations*, se destacan puntos clave de estudios realizados por diversas organizaciones no gubernamentales en Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Puerto Rico y México entre los años de 2014 y 2015. Aunque no fueron exhaustivos, los estudios sugieren un patrón común que consiste en el internamiento forzado en facilidades cerradas en las que se somete a las personas a prácticas abusivas, tratamientos de baja calidad y crueldad en nombre de la abstinencia.

El sustento y la aceptación médica en la efectividad de la reducción de daños es un determinante crucial en el tratamiento de las adicciones (Logan y Marlatt, 2010). La investigación es acertada cuando permite cuestionar la efectividad del modelo y de cualquiera que intervenga con personas en situación de ayuda, pero la aceptabilidad es algo que deberá competir a cada especialista. Los psicoterapeutas también han sido originalmente entrenados desde el modelo de la abstinencia y sólo recientemente se está haciendo un cambio gradual de las prácticas. Se admite que habrá ocasiones en las que la reducción de daños no resulte ser la mejor opción y dependerá de un juicio clínico crítico valorar las circunstancias. Lo que se ofrece es un punto de partida alternativo cuando los métodos abstencionistas no han demostrado ser efectivos o realistas.

1.3.5 El enfoque integrativo en psicoterapia: los factores comunes

Previo a este punto, se ha propuesto una línea de análisis a partir de diversas posturas para entender la forma en la que los factores individuales y sociales se relacionan y cómo de esta interacción poder mirar a las adicciones como un fenómeno dinámico que requiere ser abordado desde un enfoque integrativo. Para vincular este fenómeno dinámico y al enfoque integrativo se ha hecho mención del paradigma de la reducción de daños en la atención de las adicciones. A partir de ahora, se hará una revisión breve de los criterios necesarios para avanzar hacia un modelo de intervención integrativo de las adicciones desde el paradigma de la reducción de daños.

Los intentos por integrar enfoques y modelos psicoterapéuticos no son recientes. Ya en con el trabajo de Alexander y French y posteriormente de Jerome Frank en 1963, es posible establecer un punto histórico de origen (Opazo, 2001; en Rosado y Rosado, 2007). No fue sino hasta los años 80 cuando un grupo numeroso de psicoterapeutas se adhirió a una postura más abierta y receptiva declarándose como “integrativos”. Se implicaba así un cambio paradigmático en el abordaje psicoterapéutico que considerase planteamientos epistemológicos, metodológicos y etiológicos compartidos por diferentes enfoques, con ordenación de datos recolectados, con el propósito de fundamentar una aproximación psicoterapéutica más consistente. El enfoque integrativo se nutre de las partes explicativas y predictivas de teorías existentes, pero las encuadra en un marco teórico de mayor amplitud (Opazo, 2001).

Algunos factores que han contribuido a la aparición y desarrollo de éste enfoque son los siguientes: 1) la proliferación de enfoques psicoterapéuticos que hacen más confuso el panorama de elección de terapia más adecuado para cada caso; 2) la demostración de que un modelo psicoterapéutico no puede ser adecuado para todos los casos; 3) la ausencia general de diferencias en los resultados entre las distintas psicoterapias; 4) el reconocimiento de factores comunes (Elkins, 2016) a las distintas psicoterapias; 5) la importancia de la relación terapéutica y las características de personalidad del paciente, como los principales ingredientes del cambio en cualquier psicoterapia; y 6) los factores económicos y sociopolíticos que presionan para hacer demostrables las intervenciones sanitarias o de salud, incluidas las psicoterapias (Opazo, 2001).

Podría decirse que dentro de los orígenes en la historia de la disciplina psicoterapéutica se enmarcan profundas orientaciones teóricas y métodos que parecen tender más hacia la división o segregación que a la consolidación de posturas, debido a la poca disposición del psicoterapeuta (Gold y Stricker, 2006). Por fortuna, la guerra entre enfoques ha finalizado, pero aún está distante el día en el que las preferencias sectarias y los prejuicios de diferentes orientaciones sean resueltas por completo. Gracias a las nuevas generaciones influenciada de los cambios sociales, los movimientos por la defensa de los derechos civiles y los derechos de las mujeres, entre otros, se ha contribuido al derribe de barreras permitiendo el desarrollo de sistemas de pensamiento más incluyentes.

El cambio de mirada de una intervención única a un modelo integrativo implica un reto que conlleva conocimiento y estudio, aunado al interés de privilegiar al paciente dejando de lado los narcisismos personales para enfatizar lo que realmente sirve (Rosado y Rosado, 2007). No se está hablando de un eclecticismo confuso, sino de adoptar un modelo con sustentación de método y sistematizado. La postura integrativa busca construir un sistema conceptual que sea capaz de optimizar los procesos involucrados en la toma de decisiones seleccionando aquellas intervenciones más eficaces.

Sin embargo, la integración tampoco está exenta de riesgos y desventajas. En primer lugar, puede simplificar la complejidad de cada modelo y diluir su originalidad (Uribe-Restrepo, 2008). En segundo lugar, se pueden desestimar los factores específicos de cada enfoque psicoterapéutico para convertirlas en una consejería o acompañamiento y no una experiencia de cambio. Ante esta situación, se plante a los factores comunes como parte

necesaria para que la integración en la psicoterapia pueda darse. En otras palabras, es indispensable que exista una meta en común, una alianza de trabajo, una escucha receptiva o una actitud ausente de críticas, como algunos de los aspectos esenciales.

El tema de los factores comunes se le atribuye a Rosenzweig (1936), posteriormente Frank (1963) y Luborksy (1975) tomarían interés en sus primeras publicaciones (en Uribe-Restrepo, 2008), para subdividir a los factores comunes en explícitos e implícitos, siendo estos últimos los menos estudiados. Rosenzweig afirmaba que “todo método psicoterapéutico cuenta con casos a su favor”, y que los factores comunes incluían la catarsis, el reacondicionamiento social, la personalidad del terapeuta y la organización complejo-sistémica de la mente humana.

Uribe-Restrepo (2008), médico psiquiatra, psicoanalista y profesor del departamento de psiquiatría y salud mental en la Universidad Javeriana, en Bogotá Colombia, reconoce: “el tema de la integración en psicoterapia y de los factores comunes son aspectos estrechamente ligados”. En efecto, se requiere que existan precisamente los factores comunes para que puedan darse los puntos en común entre diferentes enfoques, en cambio, si se tomara a la especialización como el único parámetro la integración no sería posible. Considera que son dos los factores principales que dan cuenta de la presencia y ubicuidad de los factores comunes: 1) la relación terapéutica como elemento central en la relación de ayuda y 2) las capacidades y expectativas del paciente, es decir, una organización compleja de su personalidad humana que puede reorganizarse a partir de alguna de sus múltiples dimensiones (Uribe-Restrepo, 2008). Del estudio de los factores comunes y de la posible integración en los enfoques psicoterapéuticos podrían surgir repercusiones importantes en la práctica de la salud mental que supondría además el estudio de mecanismos de cambio desde una implicación ética desde la que no es posible sostener una práctica terapéutica como única y la que mejor se acomode a cualquier paciente.

Por su parte, la obra de Lambert (1992), ha sido una de las que mayor sustento ha dado a la teoría de los factores comunes. Sus hallazgos permitieron estimar los porcentajes de varianza atribuible a cuatro elementos clave en la psicoterapia (Drisko, 2004) que son: 1) los factores extraterapéuticos (incluyen las políticas y agencia en el contexto; el contexto del usuario o cliente y el usuario como un factor común), 2) la relación terapéutica, 3) los factores técnicos propios de cada enfoque y 4) la expectativa o el efecto placebo. Más tarde

en 1999, Hubble, Duncan y Miller publicarían *The heart and soul of change*, obra que enfatiza la importancia de los factores comunes en psicoterapia y que fuera publicado por la Asociación Americana de Psicología (APA). Una década después, una segunda edición fue creada, pero ahora incluyendo información recabada por investigaciones y que demostraba que eran los factores comunes y no las modalidades o las técnicas los principales agentes asociados al cambio en el paciente (Elkins, 2016).

En 2012, el *British Journal of Psychiatry* publicaría un artículo con autoría de 29 psiquiatras en el que se hacía un llamado a cambiar el paradigma psiquiátrico tradicional, enfatizando la importancia del tratamiento en el contacto e interacción con el paciente sobre los procedimientos biomédicos y los procedimientos técnicos. Un año después, sería publicado *Psychology, Mental Health and Distress*, libro bajo autoría de Cromby, Harper y Reavey, estudiantes graduados de psicología, que se basaron en el estudio de diversas investigaciones para comparar categorías de psicopatología junto con factores de rol relacionales o sociales (Elkins, 2016), encontrando que los factores comunes tenían un papel significativo en la mejoría de la persona.

No obstante, la principal crítica al enfoque de los factores comunes es que parecen representar más una colección de recomendaciones ateoréticas y que fijase el centro de atención en el desarrollo de modelos de tratamiento considerando a los factores comunes como aspectos necesarios, aunque no suficientes, a pesar de la evidencia científica (Wampold, 2015). Es posible que esto se deba a que los factores comunes son interpretados desde diferentes discursos (Tschacher, Junghan y Pfammatter, 2014), es decir, mientras que la alianza terapéutica, la experiencia afectiva y el compromiso del paciente pudieran considerarse como algunos de los factores comunes más conocidos, otros como la desensibilización o el *mindfulness* parecen no tener similar nombramiento, pero no por eso carecer de relevancia o efectividad.

1.3.6 La integración teórica y la integración técnica

Partiendo del análisis de los factores comunes como variables de integración, quizás resulte necesario considerar otros dos modelos que quizás ofrezcan un marco racional y práctico para el diseño de un posible plan de intervención. Se decide comenzar por la propuesta de integración teórica, fundamentada en la idea de que es la unión de dos o más

enfoques lo que permitirá que una psicoterapia integre elementos teóricos o conceptuales y como consecuencia natural, de técnicas derivadas. Feixas y Miró (1993, en Rosado y Rosado, 2007), consideran que una de las tres líneas más dominantes de este modelo de integración es la de tipo teórica híbrida, que tiene por objetivo crear un marco teórico proveniente de la articulación de dos o más teorías (Feixas, 1992; en Rosado y Rosado, 2007). Un ejemplo es la terapia de Wachel (1977, en Rosado y Rosado, 2007), un modelo de integración teórica híbrida orientada a modificar las condiciones que mantienen los círculos viciosos perjudiciales de la persona, facilitando el *Insight* o la toma de consciencia de su origen y sus efectos actuales y las experiencias que proporcionen nuevos descubrimientos que generen cambios en la experiencia emocional y relacional.

Otro modelo que valdría revisar en este apartado es el correspondiente a la integración de tipo técnica sistemática, que selecciona técnicas de acuerdo con una lógica o esquema básico y que será empleado según el tipo de cliente o situación. Uno de los modelos más prominentes en esta línea dado su aval empírico, es el propuesto por A.A. Lazarus (1976, en Rosado y Rosado, 2007), autor de la “terapia multimodal”. La propuesta de este autor parte de lo que él denomina: un *análisis multimodal del funcionamiento personal del paciente*, de donde distingue siete categorías del funcionamiento humano: a) biológico, b) afectivo, c) sensorial, d) imaginativo, e) cognitivo, f) conductual, g) interpersonal. El objetivo de dicho modelo es el de definir el funcionamiento e interrelación de estos sistemas para así seleccionar las intervenciones y su secuencia de funcionamiento.

Sin embargo, aunque el modelo de Lazarus se adhiere a los criterios de la integración técnica, el propio autor advierte que una postura integrativa solo debe justificarse cuando no hay elección posible de tratamiento desde un solo enfoque (1976, en Rosado y Rosado, 2007). El énfasis recae en el cuidado que hay que tener al elegir los métodos potencialmente eficaces pero que todavía no se hayan comprobado científicamente y considera que es muy fácil confundir observaciones con teorías o confundir las cosas cuando se adoptan nociones superfluas. Para Lazarus, la integración técnica solo puede justificarse cuando esté basada en los siete sistemas del funcionamiento humano ya mencionados y cuando se atenga a técnicas probadas por los cuatro paradigmas o enfoques fundamentales conocidos, de lo contrario se podría caer en un uso precipitado de técnicas derivadas de modelos teóricos incompatibles.

Los modelos aquí mencionados no son los únicos que se han propuesto según las posibles necesidades a atender de los participantes. Su breve mención pretende fungir como un planteamiento inicial al respecto de algunas consideraciones o criterios necesarios al momento de integrar, bien sea teorías o técnicas o amalgamar unas y otras en función de un esquema sistemático. Lo relevante de este apartado es hacer notar que el proceso de integrar requiere objetividad y análisis crítico y que no responde a intereses particulares del especialista, sino a las necesidades del fenómeno a atender, en este caso, de las adicciones que, como ya se ha planteado de igual forma, requiere un abordaje flexible.

1.3.7 La reducción de daños como modelo integrativo de intervención

Partiendo del punto anterior, se conoce ahora que la integración de enfoques terapéuticos puede darse primeramente por el análisis de los factores comunes y en segundo lugar, por el proceso sistemático integral de los fundamentos teóricos, así como de las técnicas propuestas de cada enfoque. El paradigma de la reducción de daños ofrece justamente un marco de análisis para realizar un proceso integrativo de diferentes enfoques terapéuticos. Así, por ejemplo, al hablar de un modelo integrativo desde el paradigma de la reducción de daños se puede plantear un proceso sistemático que considere aspectos de las ciencias neuropsicológicas, el psicoanálisis, la terapia cognitivo-conductual y la terapia Gestalt, que sirva de análisis de sus respectivas teóricas y recomendaciones en intervenciones o técnicas para diseñar un plan de tratamiento de las adicciones.

Un ejemplo de este marco de análisis integral puede encontrarse en el llamado “pragmatismo compasivo” propuesto por Marlatt (1996; en Tatarsky y Marlatt, 2010), y que refiere a la Psicoterapia de Reducción de Daños (PRD) como una categoría de diversos enfoques que pueden variar en su orientación teórica y clínica pero que comparten el compromiso de reducir los daños asociados al uso activo de sustancias sin asumir a la abstinencia como la meta ideal o única del tratamiento (Tatarsky, 2003). Es un modelo integrativo diseñado desde la filosofía de la reducción de daños que toma diferentes contribuciones, entre los que se incluyen: métodos más seguros de consumo y control, moderación y/o abstinencia; motivación y preparación al cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; en Tatarsky y Marlatt, 2010); estatus psiquiátrico (Carey y Carey, 1990; en Tatarsky y Marlatt, 2010); fortalezas y debilidades de la personalidad (Khantzian, 1985,

1986; en Tatarsky y Marlatt, 2010); y variables socioeconómicas entre otros, que contribuyan a la construcción y reforzamiento de habilidades de la persona al mismo tiempo que se trabaja con los significados que esta tiene o ha tenido acerca de su propio consumo (Tatarsky, 2003).

El análisis de integración de un modelo como el de Marlatt, (1996; en Tatarsky y Marlatt, 2010) se basa en el supuesto de que el abuso de sustancias y otras conductas potencialmente riesgosas pueden comprenderse mejor considerando a la persona como un todo dentro de su entorno sociocultural (Tatarsky, 2003). Por lo tanto, los objetivos iniciales de un modelo de reducción de daños pudieran ser los de identificar los aspectos biológicos y sociales que contribuyen al abuso de sustancias. Un proceso inicial de análisis como este, facilita la adaptación de los conocimientos desde un marco de relación horizontal colaborativo y sin jerarquías.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, los aspectos biológicos y sociales no son los únicos que pueden incluirse al momento de realizar un proceso integrativo. La PRD puede apoyarse también de los aportes de tradiciones como la psicodinámica, la cognitivo-conductual y la humanista para abordar las vulnerabilidades y consecuencias relacionadas con el uso y abuso de sustancias.

Así, un segundo marco sistemático que de forma, foco y planeación a las intervenciones tendría que surgir del diálogo terapéutico continuo y de la negociación entre terapeuta y paciente, es decir, colocando en primer término la relación de ayuda y su naturaleza colaborativa lo que además podría facilitar las demás habilidades terapéuticas, su construcción y desarrollo activo. Este segundo marco se aborda a través de siete tareas terapéuticas según Tatarsky (2003), y que son: 1) manejo de la alianza terapéutica; 2) la relación terapéutica es sanadora; 3) fortalecimiento de las habilidades de auto-gestión para el cambio; 4) la evaluación como tratamiento; 5) la aceptación de la ambivalencia; 6) el establecimiento de metas de reducción de daños; y 7) estrategias activas para el cambio positivo.

Recapitulando, en un primer nivel de atención podemos ubicar a los factores biológicos y sociales como criterios para delimitar la primeras bases en un marco de análisis integral. En un segundo nivel, podríamos considerar los aportes de diferentes enfoques tomando las tareas terapéuticas propuestas por Tatarsky (2003), completando así

el marco clínico de un posible modelo de tratamiento. Adicionalmente a estos dos niveles, se suman doce principios provistos de un lente crítico que involucra al paciente como participante clave en la construcción de la relación terapéutica para con ello guiar la selección de intervenciones. Estos doce principios fueron propuestos por Tatarsky (2003), y se enlistan a continuación:

1. Los problemas asociados al uso y consumo de sustancias son mejor entendidos y atendidos dentro del contexto de la persona, como una totalidad en su ambiente social.
2. Considera al cliente como persona individual, en el sentido de que los problemas por el uso varían ampliamente en cada variable psicosocial, por lo tanto, cada persona debe ser vista en su conjunto único de fortalezas, vulnerabilidades y necesidades.
3. La persona tiene fortalezas que pueden ser apoyadas.
4. Ir más allá de la estigmatización. Comúnmente los usuarios de sustancias son vistos como sujetos con imágenes desvalorizadas, las más frecuentes son de debilidad, manipulación, amenaza, flojera o mentira. Esto es problemático en diversas formas, empezando porque los conceptos de “adicto” y “adicción” están sobrecargados de suposiciones que no necesariamente parten de la información comprobada. Aunque es posible que éstas descripciones tal vez apliquen para algunos usuarios, pero no para la mayoría.
5. Las sustancias son utilizadas por razones adaptativas. Los usuarios con un consumo severo a menudo utilizan las sustancias como estrategia de adaptación ante circunstancias internas o externas que tendrán que enfrentar (eventualmente con el apoyo terapéutico).
6. El uso de sustancias recae en un continuum de consecuencias o riesgos, éste varía en severidad, desde un consumo relativamente seguro hasta la amenaza de la vida.
7. No se considera a la abstinencia (o a otra noción preconcebida) como una condición para la terapia sin antes conocer al paciente.
8. La relación es el objetivo primario. Muchos pacientes abandonan su tratamiento en la fase inicial debido a la falta de respeto y empatía con las problemáticas y las propias consideraciones de la persona acerca de lo que le aqueja.

9. Empezar donde el paciente se encuentra. Las intervenciones que son relevantes son diseñadas considerando la motivación, objetivos, fortalezas, valores, cultura y grupos sociales de la persona.
10. Enfocarse y movilizar las fortalezas del cliente en función del cambio. La reducción de daños asume que los usuarios poseen fortalezas y motivaciones que pueden ser puestas al servicio del cambio durante cada fase del proceso.
11. Desarrollar una relación colaborativa y nutritiva con el cliente. Paciente y profesional deben colaborar para la negociación de objetivos, estrategias y tratamientos. Este principio redefine la naturaleza de la autoridad en la psicoterapia y parte de la presunción inherente de que son los clientes quienes tienen claro lo que necesitan.
12. Las estrategias y los objetivos emergen del proceso terapéutico. Las necesidades, motivaciones y fortalezas del paciente dictarán la atención de la terapia. El reto del terapeuta será el de favorecer la situación para que paciente y terapeuta colaboren en la exploración, no solo de las necesidades del paciente, sino en la forma como el terapeuta puede favorecer el cambio (Tatarsky, 2003).

Estos doce principios servirán como filtro para la selección de técnicas así como de posturas teóricas que, en conjunto con las tareas terapéuticas, permitirán establecer un rango de acción adecuado a las necesidades de cada paciente y del grupo. El psicoterapeuta adecua su práctica a los principios y tareas para coincidir con sus orientaciones teóricas y estilo clínico pero sin atenuar las necesidades del participante en el contexto inmediato para la elección de estrategias. Todo lo presentado en este apartado se engloba en la siguiente matriz de análisis (Figura 1), como un primer esbozo de la sistematización de la revisión teórica y técnica de enfoques incluyendo el paradigma de la reducción de daños.

Se establece por lo tanto que el proceso de integración contará de dos momentos. El primero que implica la integración teórica, es decir, la selección de elementos teóricos o conceptuales de diferentes enfoques psicoterapéuticos. Derivando en el posible resultado de facilitar el segundo momento en la integración, correspondiente a seleccionar las técnicas que del primer momento se deriven (Rosado y Rosado, 2007).

El segundo momento de integración consiste en un proceso técnico sistemático, esto es, involucra la selección de técnicas de acuerdo con una lógica o esquema básico que indica las técnicas a emplear según el tipo de clientes (Feixias, 1992 en Rosado y Rosado, 2007), en otras palabras, el tema central sobre el cual se pretende establecer un marco de análisis teórico y técnica sistemática no compete a otro que el fenómeno de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, particularmente al periodo que acontece durante la recuperación ante los efectos del uso nocivo o abuso del consumo.

1.3.8 Fundamentación de la psicoterapia en reducción de daños

El enfoque de la reducción de daños es coherente con el modelo biopsicosocial de los problemas relacionados con el uso indebido de drogas (Tatarsky, 2002), al reconocer que los significados personales, el aprendizaje, el condicionamiento social, los factores biológicos, psicológicos y sociales tienen un papel en la génesis del problema. Así, dada la diversidad de individuos que usan drogas, la psicoterapia de reducción de daños puede tener distintas pautas para cada cliente y su experiencia de consumo.

Partiendo del paradigma filosófico denominado como el “pragmatismo compasivo” (Marlatt, 1998 en Tatarsky, 2003), este modelo de psicoterapia no busca contraponerse a la abstinencia, sino que de hecho la incluye como una meta posible para la persona que acude en busca de ayuda, considerándola como el mejor resultado de reducción de daños a alcanzar durante el proceso; la única y más esencial diferencia con otros modelos reside en el hecho de que la reducción de daños abandona el supuesto de que la abstinencia es la meta requerida para todos los casos lo que a su vez abre la puerta a la posibilidad de incluir a todo el espectro de usuario de sustancias (Tatarsky, 2002).

La psicoterapia en reducción de daños influye en la forma como se conduce el tratamiento momento a momento entre cliente y terapeuta, durante cada etapa del proceso, desde la evaluación y compromiso inicial a través del establecimiento de metas para alcanzar el cambio, hasta la finalización del proceso. La meta principal, es comprometer a los clientes en una relación que los apoyará para que puedan aclarar los aspectos problemáticos del uso de sustancias y trabajen en ella mediante estrategias coherentes con su identidad como individuos (Tatarsky, 2002).

MATRIZ DE ANÁLISIS PARA LA ELABORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE UN MODELO INTEGRATIVO TEÓRICO Y TÉCNICO SISTEMÁTICO DESDE EL PARADIGMA DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS		
Siete tareas terapéuticas para la intervención (factores comunes)	1	Manejo de la alianza terapéutica
	2	La relación terapéutica es sanadora
	3	Fortalecimiento de las habilidades de auto-gestión para el cambio
	4	La evaluación como tratamiento
	5	La aceptación de la ambivalencia
	6	Establecimiento de metas de reducción de daños
	7	Estrategias activas para el cambio positivo
Doce principios para la construcción de una relación terapéutica efectiva		Paradigma de la reducción de daños
1	Considerar el contexto social de la persona	Aportes desde el enfoque Neuropsicológico
2	Considerar a la persona como individuo	
3	Considerar que la persona cuenta con fortalezas	Aportes desde el enfoque Psicoanalítico
4	Mirar más allá de la estigmatización del consumo	
5	Considerar al consumo como una estrategia adaptativa inicial	Aportes desde el enfoque Cognitivo-conductual
6	Considerar al consumo en un continuum de consecuencias	
7	La abstinencia no es condición para ofrecer tratamiento	Aportes desde el enfoque Humanista-Gestalt
8	La relación terapéutica es el objetivo primario	
9	Empezar donde el paciente se encuentra	
10	Mobilizar las fortalezas hacia el cambio	
11	Fomentar una relación colaborativa terapeuta-paciente	
12	Convergencia de objetivos terapéuticos y necesidades del paciente	

PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Figura 1. Matriz de análisis para la elaboración de una intervención grupal

Tabla 1

Fases de la Psicoterapia en Reducción de Daños

Fases	Sub-fases	Principios que abarca
I. El compromiso como enfoque terapéutico	a. Establecer la alianza terapéutica b. La actitud clínica adecuada c. Encuadre en reducción de daños	1, 2, 3, 4, y 5
II. Valoración de los riesgos	a. Identificar la meta-objetivo b. Identificación de estrategias	6, 7 y 8
III. Facilitar el cambio	a. Plan ideal de tratamiento b. Desarrollo de habilidades	9 y 10
IV. Integrando el cambio	a. Reforzamiento de habilidades b. Replanteamiento de la meta-objetivo	11 y 12

Se identifican cuatros fases que constituyen el modelo integrativo en psicoterapia de reducción de daños, tres de las cuales se subdividen a su vez en sub-fases (Tatarsky, 2003), mostrando la organización en la Tabla 1 para después agregar una breve descripción de cada una de estas. Es necesario mencionar que estas consideran los 12 principios en reducción de daños mencionados anteriormente por lo que las fases podrían considerarse como la aplicación de estos principios de forma objetiva, facilitando la identificación de

posibles variables o factores de medida con propósitos académicos de investigación, además de establecer criterios claros para el diseño de la intervención.

I. El compromiso como enfoque terapéutico

La alianza terapéutica es la piedra angular de cualquier proceso psicoterapéutico (Tatarsky, 2003), pues permite anclar al cliente en la creación de un contexto seguro de trabajo. Esto sólo puede lograrse cuando se reconoce empáticamente a la persona y cuando la ayuda ofrecida es congruente a las necesidades y a la forma en como estas son percibidas por ella. Por su parte, la actitud clínica adecuada hace referencia a que el terapeuta debe descartar cualquier idea preconcebida del cliente, al mismo tiempo que se debe establecer un encuadre de reducción de daños que permita descartar cualquier expectativa de un proceso coercitivo por parte del consumidor de sustancias.

II. Valoración de los riesgos

Se debe conocer la naturaleza cualquier preocupación que el cliente pueda traer a la consulta y valorar qué tanto puede enfocarse en la identificación de riesgos así como de cualquier fortaleza inicial para empezar a reducir los daños hacia un cambio óptimo. Para esto quizás sea necesario considerar una evaluación médica, hecho que deberá ser notificado al cliente, invitándolo a considerarlo como la reafirmación de su determinación de mejora. Esta valoración de riesgos con involucración del cliente permite identificar los primeros objetivos hacia lo que será la meta del proceso, estos se identificarán gracias a las consecuencias o conductas de riesgo identificadas asociadas al consumo, es decir, cuáles son aquellos factores biopsicosociales que actúan como desencadenantes ambientales o emocionales-conductuales previo al consumo de sustancias, este análisis servirá a la persona para comenzar a considerar estrategias para reducir el impacto de estos daños en aquellas áreas de vida que se hayan visto afectadas y con suerte, considerar incluso la abstinencia como meta principal a lograr.

III. Facilitar el cambio

La identificación inicial de riesgos permite que el cliente empiece a considerar alternativas además del uso de sustancias para tolerar situaciones incómodas o

desagradables. El terapeuta se encarga de favorecer la capacidad reflexiva de la persona, esto incluye la identificación de las emociones, su apropiada clasificación así como de las estrategias necesarias para su adecuada gestión, esta es la premisa del diseño de un plan de tratamiento ajustado a la medida del cliente, pues las técnicas se eligen según las necesidades y fortalezas del mismo y los alcances se evalúan de forma clara y objetiva según las propias metas establecidas en mutuo acuerdo.

IV. Integrando el cambio

En la medida que los significados y funciones alrededor del uso de sustancias van siendo identificados y las estrategias cognitivas y comportamentales apoyan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más adaptativas, la relación terapéutica se amplía lo suficiente para que el cliente otorgue un sentido al contexto previo que favoreció el uso de sustancias, al mismo tiempo que se trabaja cualquier duelo asociado a cualquier vínculo que quizás haya quedado atrás mientras se estaba en proceso de recuperación. Habiendo descrito las fases del proceso psicoterapéutico en reducción de daños, podemos ahora pasar a revisar los aportes que cada enfoque podría abonar a este.

1.3.9 Aportes desde el enfoque neuropsicológico

A partir de ahora y en los siguientes cuatro puntos, se hará un repaso breve de los aportes de los cuatro enfoques mencionados anteriormente. De esta revisión teórica o, siendo más preciso, desde un análisis de sus epistemologías, se espera que resulte más sencillo el proceso sistemático de elección de técnicas, aspecto que será abordado en el apartado correspondiente a la Intervención.

No es fortuito el orden elegido para la revisión de los aportes teóricos. La intención consiste en el objetivo de crear un camino que considere los aspectos biológicos (neuronales y cognitivos) asociados al consumo de sustancias, así como las estructuras subjetivas que constituyen la personalidad humana para, eventualmente, plantear sugerencias o estrategias de desarrollo de las fortalezas intrínsecas de forma estructurada, desde una mirada humanista de la relación terapéutica. Sin embargo, este orden no atiende a los intereses del especialista únicamente, sino que, priorizando las necesidades de los participantes es que se decide considerar un enfoque integrativo; finalmente, el orden

responde también a una mirada de la psicología en sí misma, partiendo desde los aportes del paradigma médico (psiquiatría), el psicoanálisis, el conductismo y el humanismo.

Habiendo establecido lo anterior es importante también aclarar que no es de interés para este proyecto la conciliación de perspectivas, sino simplemente el discutir propuestas contemporáneas en función del mismo fenómeno.

Es indudable que, *si hay mente, es porque hay cerebro* (García, 2011), y el cerebro es el organismo que se constituye por una estructura de tejidos celulares mejor conocidos como neuronas y de cuya interacción ha sido posible identificar diferentes funciones cognitivas. Cuando las neuronas y sus vías axonales reciben estimulación de ciertas sustancias, estas funciones pueden verse impactadas de diferente manera y grado.

Identificar estas funciones permite entender los mecanismos involucrados en la dependencia o adicción, particularmente la formación de la tolerancia a través del consumo crónico, los síntomas de abstinencia asociados a la reducción del consumo o a su cese repentino, así como del *craving*, conocido también como un anhelo o ansia que no puede controlarse para continuar consumiendo a pesar de las consecuencias adversas (DSM-5, 2014). Estas y las demás particularidades mentales del sujeto constituyen al cerebro (García, 2011).

Desde el enfoque neuropsicológico, la adicción puede ser vista como una serie de mecanismos neuroadaptativos que podrían derivar en cambios estructurales del Sistema Nervioso Central (SNC) y en sus respectivas funciones ejecutivas (ej. memoria, aprendizaje, regulación emocional, toma de decisiones, control de impulsos, etc.), e independientemente de los neurotransmisores involucrados se ha podido hipotetizar que el uso prolongado de sustancias puede alterar los sistemas dopaminérgicos en las regiones mesolímbica y nigrostriada (Álvarez-Monjaras, Mayes, Potenza y Rutherford, 2018) entre otras.

De este análisis han podido elaborarse diversas teorías acerca de la biología neuronal de la adicción. Sólo por considerar dos de las más prominentes podemos mencionar a la teoría de los Procesos Opuestos y la teoría de la Sensibilización de Incentivos, según lo plantea una revisión a cargo de Álvarez-Monjaras, Mayes, Potenza y Rutherford (2018). La primera teoría propone que una vez que un estado placentero (proceso “alfa”) es iniciado en el cerebro, una serie de mecanismos opuestos (proceso

“beta”) actúan para regular la intensidad de dicho estado hedónico preservando la homeostasis del cuerpo. Por su parte, la teoría de la Sensibilización de Incentivos propone que el uso persistente de sustancias psicoactivas conduce a un proceso de sensibilización del cerebro en relación con determinados detonantes o incentivos, provocando con el tiempo que la atención se concentre en dichos detonantes lo que perpetúa el consumo.

Los aportes neuropsicológicos permiten establecer un punto de partida para entender el funcionamiento de un cerebro adicto. Estudios de diseño longitudinal, así como de adopción de gemelos y genética molecular han ampliado considerablemente el conocimiento acerca de los mecanismos del SNC en relación al consumo de sustancias, y son justamente este tipo de avances, los que enfatizan la idea de que el cerebro adicto no está reducido precisamente a una reacción ante las sustancias psicoactivas, sino que se está hablando de una serie de mecanismos del SNC que han estado vulnerados desde antes de haber entrado en contacto con el consumo mismo, en otras palabras, la historia de desarrollo de la persona parece ser un factor determinante (Álvarez-Monjaras, *et al*, 2018) en relación al consumo de sustancias y de la adicción como mecanismo de afrontamiento.

1.3.10 Aportes desde el enfoque psicoanalítico

Mientras que el enfoque neuropsicológico favorece la identificación de mecanismos asociados a la adicción, la perspectiva psicoanalítica provee de un marco referencial para comprender los aspectos representacionales desde una perspectiva del desarrollo y particularmente, del apego.

De esta forma, es posible rastrear los primeros aportes teóricos desde este enfoque al fenómeno de las adicciones desde el propio Freud, quien opinó que ésta era el resultado de fuertes fijaciones orales asociadas a traumas infantiles (González-Guerra, 2008), sin olvidar que su aportación en relación con las pulsiones humanas son el equivalente de lo que hoy conocemos como motivación. Posteriormente, Radó y Fenichel (González-Guerra, 2008) ampliarían los aportes de Freud, al considerar la hipótesis de que la droga proporciona un estado placentero, un trastorno narcisista producto de la ruptura por medios artificiales de la organización del Yo, reactivando sentimientos de inmortalidad e invulnerabilidad creando así una predilección primitiva por la sustancia desechando las relaciones objetales.

Por su parte, Melanie Klein y Rosenfeld introdujeron la mirada de la sustancia como un mecanismo de defensa con orígenes en la infancia temprana, ligado a ansiedades paranoides y depresiones. La sustancia, por lo tanto, simboliza un objeto ideal que puede ser incorporado a la vez que el efecto tóxico refuerza los mecanismos de disociación y negación. El consumo se erige como una defensa efectiva ante la imposibilidad de la persona de tramitar el dolor de la ansiedad por otros medios (Potik, 2016).

Eventualmente, aportaciones de personajes como Sachs, Abraham, Ferenczi o Liberman (González-Guerra, 2008), considerarían al consumo de sustancias como un consuelo ante la pérdida cuyo objetivo principal es la regeneración, señalando una función casi contrapuesta a lo que Freud postulara en sus inicios. Así, la sustancia no tiene el objetivo de conformar una barrera o defensa contra el dolor sino precisamente la de eliminar las resistencias ante la ansiedad depresiva y el sentimiento de soledad asociados a un contexto familiar inestable o a la pérdida de afecto.

Como podemos constatar de algunos autores, la teoría psicodinámica se ha enfocado en factores intrapersonales e interpersonales (Álvarez-Monjaras, *et al*, 2018), mismos que pueden rastrearse hasta las etapas de infancia temprana. Partiendo de nuevo de la revisión realizada por Álvarez-Monjaras (*et al*, 2018), es posible centrar la atención en teorías contemporáneas que sugieren una interrelación de factores para que la adicción aparezca: 1) inmadurez de las funciones yoicas y los mecanismos de defensa; 2) un fallo en la simbolización de cualidades relajantes de los objetos internalizados; y 3) una postura desviada del placer o *jouissance* (goce).

Desde la inmadurez de las funciones yoicas es posible identificar que el principio de realidad, barrera estímulo, juicio, control de impulsos y la función sintético-integrativa no están plenamente desarrolladas. Cuando estas entran en interacción con un entorno demandante, el superyo no puede desplegarse, limitando a su vez la capacidad del Yo de adquirir mecanismos de defensa de regulación del *self* (ej. represión, desplazamiento, sublimación, etc.). El Yo queda limitado a estrategias más primitivas como mecanismos de defensa (ej. negación, idealización, identificación proyectiva, etc.) (Kernberg, 1975 en Álvarez-Monjaras, Mayes, Potentza y Rutherford, 2018).

Desde la perspectiva de los objetos internalizados se propone entender la adicción como una vulnerabilidad cuyo origen se centra en aspectos relacionales y

representacionales de las necesidades del desarrollo (Álvarez-Monjaras, *et al*, 2018). Estas interacciones quedan grabadas en el mundo interno del infante como objetos internos que, a lo largo del desarrollo, guiarán las futuras interacciones por un proceso asociativo de aprendizaje. Personas que han desarrollado una adicción quizás sean más proclives a buscar un “regulador externo”, debido a un estado interno altamente estresante que no ha integrado las cualidades buenas (ej. cuidado, protección, nutrir, etc.) con las malas (ej. frustración, temor, ansiedad, etc.).

El tercer aspecto, denominado como postura desviada del placer o *jouissance*, deriva directamente del movimiento psicodinámico Lacaniano (Bazan y Detandt, 2013; Loose, 2002 en Álvarez-Monjaras, *et al*, 2018). Desde esta perspectiva la subjetividad del individuo, posicionada en sus relaciones desde el contrato social (con el otro), la noción de otredad de la sociedad y la prohibición (castración), permiten una vivencia del goce (*jouissance*), una forma paradójica del placer disfrutable pero intolerable; una entrega exagerada al goce podría resultar en diferentes estructuras de la personalidad y psicopatologías.

Así, ante la experiencia de síntomas físicos o psíquicos intensos, es posible que el individuo adicto se vea rebasado y recurra a las sustancias como una forma de protegerse. Cuando el individuo reconoce la castración y por lo tanto la noción de reglas, dos opciones se vuelven viables. La primera consiste en reprimir la castración, este es el caso de una estructura neurótica y dicha aproximación pondría a juicio las reglas del goce con una cuota de culpa o vergüenza (contrato social), de esta forma una persona podría elegir beber únicamente en situaciones sociales. La segunda alternativa es “pretender” que la castración nunca tuvo lugar, resultando en una estructura perversa en la que el individuo manipula las reglas del goce para beneficio propio a pesar del otro (Álvarez-Monjaras, *et al*, 2018).

Hasta aquí se espera haber dado énfasis al rol del contexto en relación con el desarrollo desde la mirada psicodinámica. De cómo determinadas experiencias en el cuidado durante etapas temprana de vida pueden causar un detrimento significativo en los recursos propios del individuo para desarrollar y mantener una representación conflictiva consigo mismo y con los otros. Las experiencias aunadas al detrimento de los recursos propios pueden constatarse desde una mirada neuropsicológica de la motivación, la recompensa y el reforzamiento, mecanismos que pueden ser interpretados a su vez como

una confrontación entre el principio de placer y el principio de realidad desde la mirada psicodinámica.

Los dos enfoques hasta ahora revisados han demostrado ser lo suficientemente extensos, tanto en la teoría como en la técnica, como para considerar al neuro-psicoanálisis como un enfoque integrativo en sí mismo y que se constata por aportes de investigación llegando a establecer correlaciones, entre la sustancia de consumo preferente asociado y ciertos tipos de personalidad (Miller, 1990), así por ejemplo, se ha encontrado cierta significancia de uso opiáceos e hipnóticos en personas que recurren a la ira constantemente; o bien, el uso de estimulantes en personalidades depresivas; psicodélicos para el caso de personas que presentan estados de anhedonia; y del abuso de alcohol en relación a grados elevados de ansiedad.

1.3.11 Aportes desde el enfoque Cognitivo-Conductual

Como se ha planteado anteriormente, el orden aquí presentado con respecto a los aportes de los enfoques seleccionados no es arbitrario. Se plantea trazar una vía epistémica que encuentre sus orígenes en aspectos biológicos que puedan ser vinculados con la perspectiva del desarrollo psicodinámico. Desde el psicoanálisis, por ejemplo, la subjetividad es una suposición ética que va siempre articulada a una dimensión afectiva (García de Frutos, 2011). Es a través de los diálogos entre las ciencias que pueden ampliarse los campos de estudio.

Cuando se habla de terapia cognitivo-conductual y terapia Gestalt, es interesante encontrar que, incluso dos enfoques que pudieran estar en diferentes extremos epistemológicos pueden acercarse lo suficiente para encontrar semejanzas en sus terminologías, aunque esto por sí mismo no es suficiente para realizar una integración. Baste mencionar por ahora que esta aproximación es posible cuando se toma a consideración lo que se conoce como la tercera ola de la terapia cognitivo-conductual.

La primera ola fue en parte una rebelión en contra de las concepciones clínicas predominantes, considerando que las bases teóricas debían estar fundamentadas en principios científicos y tecnología aplicada (Hayes, 2004). Hacia los años 60, la segunda ola abandonaba la asociación simple de los conceptos de aprendizaje en favor de metáforas

más flexibles sobre principios computacionales y mecanicistas, hipotetizando sobre una especie de maquinaria psicológica interna.

El análisis acerca del lenguaje propuesto por Skinner (Hayes, 2004), conlleva a considerar que, aun cuando fueran científicamente válidos los estudios sobre pensamientos y emociones, no eran necesarios para comprender el comportamiento. El lenguaje y la cognición fueron considerados comportamientos operantes simples y que no agregaban fundamentalmente algo al estudio de contingencia de otras conductas, si bien se había abierto una puerta, pocos analistas del comportamiento la cruzaron. Sin embargo, la necesidad de lidiar con los pensamientos y emociones en una forma más directa persistió.

La explicación que se ofrece desde la dimensión cognitiva es que se asumen técnicas centradas en el cambio por contingencias como eje central para modificar el comportamiento, aunque esto ha resultado exitoso presenta importantes limitaciones (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006). Se parte del hecho de que hasta la fecha, no se cuenta con una base experimental que considere la formación, derivación y alteración de los eventos privados, o de las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones. A pesar de esta realidad, la terapia cognitivo-conductual goza de reconocimiento significativo.

Se destaca el desconocimiento de los principios activos, es decir, no se sabe a ciencia cierta lo que causa un cambio significativo y se reduce la efectividad de las intervenciones a los componentes conductuales, lo que implica una contradicción con los presupuestos cognitivos (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006). La tercera generación de terapias cognitivas representa un salto cualitativo, dado que las técnicas que engloba están orientadas, no a la evitación o reducción de los síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder

Sobre los cimientos de lo que se conoce como filosofía del Contextualismo Funcional se erige la teoría del Marco Relacional (Hernández-Ardieta, 2014), donde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT por sus siglas en inglés *Acceptance and Commitment Therapy*), destaca dentro de los desarrollos a nivel aplicado en el campo psicológico. Ésta se fundamenta de los avances del análisis funcional del lenguaje y la

cognición para el tratamiento de lo que se ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial Destructiva o Inflexibilidad Psicológica.

En relación con el tratamiento de las adicciones, la ACT señala la importancia de generar un marco de perspectiva eficaz que se produce paralelamente al distanciamiento de los eventos privados (pensamientos y emociones), produciendo un cambio en las relaciones pensar-sentir-actuar a través de múltiples ejemplos (ej. metáforas), generando nuevas respuestas ante los mismos. El principal elemento terapéutico que genera el cambio es el trabajo que favorece el desarrollo de conductas elegidas por parte del cliente en dirección de sus valores personales (Hernández-Ardieta, 2014).

Aunque los estudios han avanzado en la constatación de la utilidad de la ACT en problemáticas adictivas (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki, Rasmussen-Hall y Palm, 2004; Hayes, Wilson, Gifford, Bissett, Piasecki, Batten y Gregg, 2004; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, y Montesinos, 2009; Smout, Longo, Harrison, Minniti, Wickes, y White, 2010; López, 2013 en Hernández-Ardieta, 2014), se podrían considerar algunos aspectos para futuras revisiones que enfatizen la necesidad de emplear más de un terapeuta, seguimientos por más de seis meses, desarrollo de investigaciones en contextos naturales y sin contingencias artificiales, comparando los resultados con los encontrados por terapias conductuales enfocadas a la reducción de la sintomatología y el deseo del consumo, en contraste con la ACT en la que el objetivo parte de que la persona pueda relacionarse de forma distinta con sus eventos privados como vía para mejorar su calidad de vida.

Desde una perspectiva funcional, la adicción es explicable como el resultado de la combinación de factores de control presentes en un momento determinado y que son acumulables a lo largo de las interacciones en la historia de desarrollo de la persona (Luciano-Soriano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). Gracias a la investigación del comportamiento es sabido que el uso de sustancias se vincula con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional, adicionalmente, las emociones derivadas del abandono y el consumo son predictoras de las recaídas. La teoría propone que este patrón de regulación reforzado positivamente por el consumo transforma diferencialmente el significado o historia personal, de esta forma, el consumir puede ser parte de las

conductas para reducir la ansiedad y otras sensaciones o pensamientos desagradables (McCusker, 2001).

Lo que se propone es un modelo de trabajo que asume a la etiología de los comportamientos adictivos (ej. consumo de sustancias, ludopatía, adicción a la nicotina, etc.) vinculada a procesos de memoria de largo plazo y de tipo semántico (McCusker, 2001). Estos vínculos pueden ser creados por experiencia directa, aunque no están determinados únicamente por esta, pues pueden formarse también de los procesos de abstracción de la información obtenida del ambiente. Estos vínculos semánticos entre el comportamiento adictivo y la consecuencia se fortalecen de forma crónica con la práctica sostenida hasta que se convierte en un mecanismo automático.

El análisis psicológico que se conceptualiza considera al organismo como un todo, siempre en acción, donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Esto se denomina la teoría del marco relacional, y como cualquier teoría tiene un marco filosófico, en cuyo caso es el contextualismo funcional (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006). En otras palabras, se defiende que los eventos privados (contenidos cognitivos y emocionales) se conforman en la historia personal y que las relaciones entre estos y las acciones del organismo son efectos arbitrarios potenciados socialmente y no devienen de relaciones mecánicas.

La teoría del marco relacional es una continuación de las leyes establecidas bajo el análisis funcional del comportamiento, con el agregado de un avance cualitativo ampliando el análisis hacia el lenguaje y la cognición, aspectos que no se han estudiado tanto a nivel experimental (Luciano-Soriano y Valdivia-Salas, 2006). Por lo tanto, no se está hablando de una ruptura sino de una continuación de los conocimientos en la teoría cognitivo-conductual disponible y que propone leyes para establecer condiciones para la formación y alteración de funciones vía procedimientos indirectos, esto es, al analizar el lenguaje y la cognición como un aprendizaje relacional es posible plantear al aprendizaje como una respuesta operante que consista de ejemplos que permitan relacionar la abstracción con eventos nuevos favorecidos en un entorno terapéutico.

Quizás el aporte fundamental de la ACT al respecto del tema de las adicciones es que éstas pueden ser entendidas desde un análisis humanista del comportamiento (Reck, 2006). Tomando al lenguaje como marco de trabajo para explicar los procesos

comportamentales, el resultado es una flexibilización del modelo clásico “Skinneriano” centrado en predecir y controlar el comportamiento, partiendo en cambio de un modelo de la “influencia” más allá del control y encaminado a la energía motivacional que emane de la persona en tratamiento. El terapeuta se vuelve un apoyo para que el paciente o cliente descubra que la evitación experiencial destructiva ha dejado de ser una solución funcional ante situaciones gobernadas por el comportamiento, la persona puede experimentar estos comportamientos disfuncionales como fenómenos que pueden ser superados con el descubrimiento de nuevos valores por medio de ejercicios propuestos por el terapeuta en el momento mismo que ocurre la evitación.

Para concluir este apartado, no es de sorprender que la ACT y la terapia Gestalt tengan paralelos teóricos, puesto que ambas enfatizan la ampliación del *awareness* partiendo de la situación actual en relación con el paciente. Para los terapeutas de la ACT esto implica desafiar los patrones dominantes (y ocasionalmente destructivos) del comportamiento que dependen del gobierno del lenguaje. La terapia Gestalt por su parte se enfoca en la ampliación del *awareness* del cliente con respecto a sus ajustes creativos, figuras formadas con anterioridad y que en la actualidad se presentan de forma indiscriminada (Reck, 2006). Ambas orientaciones reconocen que este proceso de ampliación de la conciencia no es una característica pasiva, sino que se describe como un proceso de acción-experiencia por medio de experimentos realizados en terapia.

El contexto (situación) y los significados subjetivos son otro aspecto en común entre estos dos enfoques. La teoría de campo de Lewin (1951, en Reck 2006), no es sino el reconocimiento de aspectos e influencias históricas que dan como resultado un comportamiento, esto es algo implícito en la descripción del campo de la Gestalt mientras que, en la ACT, es entendido como contextualismo funcional (Hayes, 1999; en Reck, 2006) que plantea de forma similar, que la totalidad de un evento y la sensibilidad ante este dependerán del modo en que diversos elementos históricos le han dado forma y la evaluación que se realiza del mismo estará encaminada a contrastar la efectividad del comportamiento resultante ante la meta deseada, descartando así cualquier juicio de valor ante la verdad subjetiva de la persona.

1.3.12 Aportes desde el enfoque Humanista-Gestalt

La terapia Gestalt es un sistema fenomenológico (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.477). La experiencia del *self* (Spagnoulo-Lobb, 2001), es decir, el sentido perceptivo (mecanismo fisiológico de la sensación que permite obtener información del entorno y del organismo) y el sentido propioceptivo (capacidad de sentir que informa al organismo la posición relativa de las partes corporales contiguas) merece un marco fenomenológico sobre el que colgar las características de la dependencia o adicción. Es este marco el que proporciona a la terapia Gestalt, una orientación del *qué* y el *cómo* del comportamiento adictivo y su tratamiento.

Términos como tolerancia, abstinencia, recuperación y codependencia proveen de una orientación sobre el fenómeno de las adicciones, una mirada hermenéutica de uso común entre diferentes enfoques terapéuticos para entender la experiencia adictiva de acuerdo con cómo lo manifieste la persona o lo viva en carne propia. Sin embargo, los autores Brownell y Schulthess (en Francesetti, *et al* 2013, p.480), recomiendan no confundir la adicción con el abuso de sustancias, el cual representa un patrón desadaptativo del consumo acompañado de consecuencias adversas y que, a pesar de estas últimas, no existe presencia o indicios de tolerancia ni abstinencia y por lo tanto no podría hablarse de una adicción.

Desde la terapia Gestalt se determinan conceptos fenomenológicos relacionados con la adicción y su tratamiento (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.482). La actitud como constructo relacionado con el interés nos recuerda que las personas nunca son simplemente pasivas, constantemente nos movemos en nuestros campos de interés. La actitud se vuelve la atmósfera que respiramos; un interés central que envuelve las percepciones y las organiza de acuerdo con éste.

Un segundo constructo fenomenológico es el horizonte, relacionado con el potencial. Este puede ser pensado como todas las cosas consideradas posibles en un mundo dado, y para cada actitud hay un horizonte (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.482). Cuando el horizonte es cerrado no se puede creer que algo es posible, las posibilidades parecen remotas.

El mundo es el tercer constructo fenomenológico y corresponde al horizonte, es decir, se relaciona con el contexto (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013,

p.482). Se entiende como el escenario natural para la vida y la base del conocimiento y el lugar al cual se pertenece. Puede ser el vecindario, pero es más que eso, es un paisaje mental, un escenario narrativo donde se correlacionan experiencias. Cada actitud viene con su propio horizonte y mundo. La actitud de la experiencia adictiva viene con un horizonte y mundo adictivos.

Es debido a lo anterior que no es posible hablar de un tratamiento para las adicciones explícitamente directo de la terapia Gestalt. Lo que se hace es una extrapolación de diferentes afirmaciones y conexiones lógicas con los conocimientos actuales para hablar sobre personas con procesos de adicción en lugar de personas adictas (Roubal, 2012). Con esto se evita etiquetar a las personas con diagnósticos fijos y en cambio muestra que el sufrimiento de una enfermedad es un proceso que alguien está atravesando y estos procesos pueden ser influenciados. Los procesos adictivos se caracterizan como comportamientos que dependen de determinadas sustancias o patrones fijos en los que el introyecto básico es: “no puedo soportar la vida sin consumir”.

Se trata de comprender al comportamiento adictivo como una exigencia irresistible y compulsiva de un determinado estado emocional, experiencial y cognitivo (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.485). Esta exigencia va a ser cubierta, bien por el consumo de sustancias psicotrópicas o por patrones de comportamiento que se desarrollan de forma adictiva, por ejemplo, comer en exceso, trabajar en exceso, jugar en exceso, etcétera. En terapia Gestalt, la teoría de campo (Yontef y Fuhr, 2005), se afirma como una esfera de influencia dentro de la cual el organismo hace contacto con el fin de autorregularse y satisfacer sus necesidades.

La adicción y sus síntomas no son una simple cuestión de la persona como individuo, es decir, aislado de sus contextos de vida y de sus relaciones. Un comportamiento o modo de afrontar la realidad muchas veces inicia como una actividad social y recreativa, fomentada y apoyada por la comunidad en la que se está inmerso. Estos patrones de comportamiento se vuelven fijos para hacer contacto dentro de un mundo cada vez más reducido. En otras palabras, desde la etapa de consumo experimental, pasando por la dependencia, luego hacia la rehabilitación e incluso, la recaída, todas pueden ser entendidas como fenómenos de campo que implica a gente, díadas y grupos, relacionados

con la historia de desarrollo de la persona (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.486).

Cuando se trabaja con una persona atravesando un proceso adictivo, la terapia Gestalt observa la dinámica no independiente de los procesos diádicos, mejor descritos por Kenny, Kashy y Cook (2006), como fenómenos interpersonales sociales y del comportamiento. Toda observación realizada desde una postura científica tendrá que referirse a múltiples personas arraigadas en un contexto social, por lo que se vuelve un error de pseudo-unilateralidad, el hecho de pensar que una medida diádica hace referencia a uno sólo de los miembros de la interacción cuando, por definición, una medida diádica refleja las contribuciones de dos personas, aunque la función de dichas contribuciones resulte diferente.

Desde el enfoque de la terapia Gestalt, un proceso adictivo se convierte en un estilo de contacto. La relación principal se vuelve la sustancia o comportamiento que calma y la gente alrededor se convierte en una relación secundaria al servicio de la primera, se crea una dinámica dar-para-conseguir que hace de la seguridad de la relación el objetivo, y no la intimidad con la otra persona en la propia relación (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.488). Este uso de sustancias a menudo tiene lugar en las relaciones implicadas en diversas formas en las que dos personas se influyen, no es de sorprender, que uno de los predictores más consistentes en el uso de sustancias sea el consumo de algún familiar o amigo (Schuler, Tucker, Pedersen, y D'Amico, 2019).

La adicción, como experiencia fenoménica subjetiva, implica la retirada de estímulos novedosos desde el contacto con el campo actual, y el deseo de repetir la experiencia anterior, se habla de una *Gestalt* fija. El apetito se mantiene vago (Perls, Hefferline y Goodman, 1951, 2002 en Francesetti, *et al* 2013, p.489), hasta que encuentra algo de lo que pueda ocuparse; es el trabajo del ajuste creativo lo que intensifica la consciencia inmediata de lo que se quiere. No obstante, en casos de necesidad extrema, el apetito espontáneo puede presentarse con una claridad y una precisión cercana a la alucinación.

Esta es la cresta en la representación del ciclo de la experiencia del adicto (Clemmens, 2012), en lugar de un desarrollo gradual de la sensación que conduce a la aparición natural de una figura de interés (*awareness*), seguido por un proceso de

resolución creativa, después de una elección entre diversas alternativas, la persona en proceso adictivo va desde sensación, evitando la aparición natural de una figura de interés, alucinando en su lugar (*Gestalt* fija) y yendo directamente a la acción (inyectarse droga, fumar un cigarrillo, beber cerveza, come o juega en exceso o se embarca en una actividad sexual (sólo o acompañado), etc. Lo que ocurre es una sustitución de la figura anterior, una figura formada en el campo en el tiempo pasado, pero que en el campo actual es una *Gestalt* fija, sin proporcionar nada nuevo, no hay aprendizaje sino repetición (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.490).

La actitud se vuelve cada vez más un interés por el consumo. El horizonte pierde posibilidades para otros comportamientos o soluciones y el mundo de vida de la persona se estrecha. La persona en proceso adictivo se mueve a través del tiempo, por lo que su situación continúa evolucionando a pesar de que pueda tener poco *awareness* de este hecho. La situación empeora, incluyendo pérdidas y tensión en relaciones. El contacto se ha roto en el funcionamiento del *ello* (Perls, Hefferline y Goodman, 2001) y la alucinación es que hay una figura nueva cuando no es así. Lo que existe es una sensación neurótica, en la que la pseudo-elección se inclina por una *Gestalt* fija, en primer lugar por una retroflexión y después una confluencia con la sustancia o el patrón de comportamiento (Brownell y Schulthess en Francesetti, *et al* 2013, p.491).

El terapeuta Gestalt favorece la sensación del paciente en el presente con conocimiento de que hacer esto quizás provoque sentimientos de tristeza o angustia, generando al mismo tiempo que la persona decida no evadir esa responsabilidad (Carriles-Medina, 2017). Para ello es necesario comprender los procesos emocionales expresados durante el trabajo terapéutico, con técnicas específicas que permitan un espacio seguro para la autoconciencia adecuada, incentivando el cambio y quizás sea necesario hacer numerosos ejercicios. No debe olvidarse tampoco, que al involucrarse en el proceso adictivo (campo), el terapeuta debe estar atento de las formas de relación de la persona, previendo no caer en manipulaciones sutiles, motivo por el cual la supervisión de casos será un aspecto esencial. El terapeuta debe poder regresar la responsabilidad al paciente de autorregularse, pero con el tacto y el cuidado suficientes para no dificultar la relación terapéutica y por tanto, el proceso de recuperación.

Antes de finalizar la revisión de aportes desde la terapia Gestalt quizás sea apropiado mencionar que, contrario a la creencia común, los terapeutas Gestalt trabajan a nivel de comportamiento en sesión tanto como lo haría cualquier especialista enfocado a las contingencias comportamentales (Reck, 2006). Los terapeutas Gestalt sin embargo, no están necesariamente interesados en el análisis (término común en la literatura psicológica), sino en la exploración fenomenológica (Yontef, 1979), esto es, el foco de atención se coloca sobre la información directamente asociada a la sesión de trabajo y el entendimiento que la teoría Gestalt ofrece acerca de los diversos mecanismos cognitivos y comportamentales, no es sino una reformulación desde un marco conceptual propio y que no por ello deja de incorporar elementos sustentados en prácticas clínicas como la planeación, el diagnóstico, la asimilación de intervenciones basadas en evidencia y la documentación.

Esta revisión de aportes no es extensiva, pues no es el objetivo principal de este proyecto, sin embargo, se considera que son los suficientes para empezar a construir un diálogo entre cada uno de ellos para identificar aquellos aportes en relación al tratamiento del consumo de sustancias que podrían resultar ser más efectivos para una psicoterapia en reducción de daños.

1.3.13 Metodología integrativa para cuatro enfoques terapéuticos

La actitud integrativa de las diferentes corrientes comienza a desarrollarse durante la década de los 80 (Norcross y Newman, 2003). No obstante, esta por sí misma no es elemento suficiente para justificar un planteamiento y/o fundamentar un proceso integrador. Es necesario plantear criterios metodológicos y proceder con cautela sobre todo cuando se trata de ideas que provienen de diferentes visiones acerca de la naturaleza humana, sin olvidar, que el estado-del-arte de la integración en psicoterapia es relativamente joven.

Una primera solución sería la de proporcionar un lenguaje común con el cual se facilite la comunicación, la comprensión, la investigación, así como el diálogo entre orientaciones fortaleciendo estos encuentros a partir de las diferentes epistemologías. La integración puede tomar diferentes formas y niveles (Schacht, 1984), siendo el más elemental la *traducción* de conceptos teóricos pertenecientes a cada enfoque. El siguiente nivel es el *complementario* en el que cada enfoque es visto como específico para el

tratamiento de diferentes problemas en un mismo paciente. En el tercer nivel, *sinérgico*, los recursos teóricos y técnicos de cada enfoque son aplicados al mismo problema (por ejemplo, el modo de abordar el fenómeno de la adicción o dependencia desde los cuatro enfoques aquí mencionados), con lo que los resultados clínicos se potencializan a diferencia de los que se obtendrían de forma individual. El cuarto nivel o *emergente*, implica la fusión de enfoques y la propuesta híbrida resultante posee nuevas características que no estaban presentes en los enfoques originarios. Por último, el nivel de la *integración teórica* es la que consigue producir un nuevo modelo emergente del ser humano.

De lo anterior, se ha planteado la siguiente *metodología para la integración*, con el objetivo de minimizar las diferencias correspondientes a los enfoques considerados para el presente proyecto, se plantean a continuación los siguientes criterios:

1. Identificar los aportes teóricos esenciales de cuatro enfoques o epistemologías terapéuticas: la visión Neuropsicológica, el enfoque Psicodinámico, los aportes desde el enfoque Cognitivo-Conductual de la tercera ola (Terapia de Aceptación y Compromiso) y los aportes de la Terapia Humanista-Gestalt para el acompañamiento de grupos.
2. Describir la perspectiva de cada enfoque sobre la dependencia a sustancias (adicción) y su tratamiento.
3. Describir las estrategias de intervención que cada enfoque plantea para el tratamiento de la dependencia a sustancias.
4. Considerar las 7 tareas terapéuticas y los 12 principios para la construcción de una relación terapéutica efectiva desde la terapia de la reducción de daños como lenguaje común a fin de favorecer un diálogo entre los cuatro enfoques antes mencionados.
5. Identificar los posibles nexos epistemológicos entre los cuatro enfoques en relación con el tratamiento de la dependencia a sustancias.
6. Analizar e integrar los conceptos teóricos comunes pertenecientes a cada enfoque.
7. Diseñar e implementar una intervención grupal para el tratamiento de la dependencia a sustancias.
8. Describir el proceso de intervención planteado desde un estudio de caso grupal.

De la metodología señalada se propone replantear la matriz de análisis considerada en la Figura 1, considerada en la revisión de los aportes de cada enfoque. Con la revisión bibliográfica la matriz se reformula con los elementos considerados pertinentes para el diseño de una intervención grupal para la atención de personas consumidoras. La matriz actualizada se presenta en la Figura 2.

Sin embargo, para favorecer el nexo epistemológico se considera necesario describir la forma en la que los aportes identificados se relacionan entre sí, para lo cual se presenta esta información condensada en la Tabla 2, con el objetivo de describirlos y ampliar cada uno de ellos. Adicionalmente, y partiendo de estas descripciones se presentará un esquema gráfico para favorecer una comprensión visual de los enlaces que comunican cada uno de los aportes de cada enfoque y del camino planteado para su integración.

METODOLOGÍA DE INTEGRACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL	
Siete tareas terapéuticas para la intervención (factores comunes)	
Doce principios para la construcción de una relación terapéutica efectiva	<p><i>Aportes desde el enfoque Neuropsicológico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Teoría de los procesos opuestos</i> - <i>Teoría de la sensibilización de incentivos</i>
	<p><i>Aportes desde el enfoque Psicoanalítico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Teoría del apego</i> - <i>Relaciones objetales</i> - <i>Estilos de apego</i> - <i>Inmadurez de las funciones yoicas</i>
<p><i>Aportes desde el enfoque Cognitivo-conductual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Terapia de aceptación y compromiso (3a ola)</i> - <i>Filosofía del contextualismo funcional</i> - <i>Teoría del marco relacional</i> 	<p><i>Aportes desde el enfoque Humanista-Gestalt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La experiencia (fenoménica subjetiva) adictiva como proceso</i> - <i>Constructos fenomenológicos (actitud, horizonte y mundo de vida)</i>
PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCIÓN GRUPAL	

Figura 2. Metodología integrativa

De la figura anterior es posible abstraer el supuesto de que entre los aportes de cada enfoque existe un nexo epistemológico. Así, iniciamos con los aportes del enfoque neuropsicológico que comprende la Teoría de los procesos opuestos y la Teoría de la

sensibilización sistemática, ambas a su vez explican los mecanismos del sistema nervioso involucrados en funciones como el aprendizaje, la memoria, y la regulación de emociones, entre otros, que se constituyen de la formación de estructuras neuronales particularmente de aquellas que se ha constatado por estudios correlacionan con el uso y abuso de sustancias como: los ganglios basales, la amígdala, el cuerpo caloso, el tálamo, el circuito frontal estriado, estriado ventral, el córtex prefrontal, el córtex orbitofrontal, y más específicamente, el córtex prefrontal, el área ventral tegmental y el núcleo de accumbens (Koop y Volkow, 2016; Suckling y Nestor, 2016; Kestemont, Van-Mieghem, Beeckmans, Van-Overwalle, y Vandekerckhove, 2016; Rutherford y Mayes, 2019), todas estas áreas involucradas en lo que se conoce como el “circuito de recompensa”. Estas mismas estructuras dependen de los estímulos del entorno, principalmente de las relaciones de cuidado que existan alrededor del individuo desde el momento de su nacimiento y que tendrán relevancia a lo largo de su vida.

Tabla 2

Nexo epistemológico de cuatro enfoques psicoterapéuticos

Enfoque	Aportes	Descripción	Nexo epistemológico
Neuropsicológico	- Teoría de procesos opuestos - Teoría de sensibilización de incentivos	Estructuras neuronales relacionadas con el uso y abuso de sustancias: - Córtex prefrontal - Área tegmental ventral - Núcleo de Accumbens	<i>Habilidades de Inteligencia Emocional:</i> - Percepción y expresión emocional - Asimilación cognitiva de la emoción
Psicoanalítico	- Teoría del apego	- Relaciones objetales - Estilos de apego - Inmadurez de las funciones Yoicas (habilidades de afrontamiento)	- Comprensión de las emociones - Regulación emocional
Cognitivo-Conductual (3ª Ola)	- Teoría del marco relacional - Contextualismo funcional	- Inflexibilidad cognitiva (Trastorno de evitación experiencial destructiva)	<i>Dificultades de Regulación emocional:</i> - Negación de las emociones - Dificultad para alcanzar metas
Humanista-Gestalt	- La experiencia adictiva como proceso	- Constructos fenomenológicos (Actitud, horizonte y mundo de vida)	- Dificultad para controlar impulsos - Estrategias limitadas de regulación - Falta de conciencia y claridad emocional

Es precisamente desde la identificación de estas estructuras y de su estimulación en las relaciones de cuidado formadas durante las etapas tempranas de desarrollo que los

aportes psicoanalíticos tienen su mayor relevancia, particularmente desde la Teoría del apego, como fue propuesta por dos de sus autores más representativos: Karen Horney (Potik, 2016) y John Bowlby (Hiebler-Ragger y Unterrainer, 2019); sus obras conforman un amplio marco de investigación que correlaciona las dificultades en la integración de objetos de la infancia y al estilo de afrontamiento ansioso con el consumo y abuso de sustancias en posteriores etapas de vida como la adolescencia y vida adulta (D'Arienzo, Boursier y Griffiths, 2019; Hiebler-Ragger y Unterrainer, 2019; Fuchshuber y Unterrainer, 2020; Liese, Kim y Hodgins, 2020). Gracias a estos aportes teóricos y su validación empírica, que es posible plantear un punto de partida de análisis, de las habilidades humanas que no recibieron el apoyo apropiado en etapas cruciales del desarrollo para la adquisición de estrategias de afrontamiento más adaptativas ante situaciones desagradables; habilidades que conocemos desde la teoría psicoanalítica como funciones yoicas.

Por su parte, del análisis psicoanalítico de las funciones yoicas, podemos establecer uno de los nexos epistemológicos más importantes en el proceso integrativo con los dos enfoques restantes. Este nexo se encuentra justamente en aquellas habilidades que pudieron haber necesitado de mayor reforzamiento en periodos tempranos de vida, algunas de estas habilidades ya han sido identificadas por diversas investigaciones alrededor del consumo de sustancias (García del Castillo, García del Castillo-López y Marzo-Campos, 2012; García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez-Pertusa y Marzo-Campos, 2013; Pereira-Leite, Marzio, Paulino, de Souza, y Brietzke, 2018): estar abierto tanto a sentimientos placenteros como desagradables, percibir causas y consecuencias de los sentimientos, usar las emociones para facilitar la resolución de problemas y la creatividad o identificar emociones en otras personas.

Estas y otras habilidades componen lo que autores como Mayer y Salovey, Goleman, Bar-On o Petrides y Furnham (Detweiler-Bedell y Mayer, 2008; Mayer, Salovey, Caruso y Cherkasski, 2011; Salovey, Detweiler-Bedell; en García del Castillo *et al*, 2012; Sosa-Correa, 2019), denominaron como Inteligencia Emocional comprendida a su vez por cuatro habilidades esenciales: 1) la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; 2) la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento, 3) la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; y

4) la habilidad para regular emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual.

A partir de este conjunto de habilidades se identifican algunas de las dificultades asociadas al consumo y abuso de sustancias, algo que ha sido de igual manera constatado por una diversidad de estudios (Tsai, Lu, Hsiao, Hu y Yen, 2007; Estévez, Jáuregui, Sánchez-Marcos, López-González y Griffiths, 2017; Bradizza, Brown, Rusczyk, Dermen, Lucke y Stasiewicz, 2018; Ottonello, Fiabane, Pistarini, Spigno, y Torselli, 2019). Estas dificultades, tales como la negación de las emociones, la dificultad para alcanzar metas, dificultad para controlar los impulsos, estrategias limitadas de regulación o la falta de conciencia y claridad emocional pueden estar asociadas al proceso de regulación emocional y ser abordadas desde los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (C.C. de 3ª Ola), y particularmente desde la Teoría del Marco Relacional, es decir, permite a los terapeutas entender el por qué estas dificultades son consideradas como una “inflexibilidad cognitiva” o tendencia a la evitación de situaciones desagradables. Desde estos aportes es más sencillo identificar las posibles estrategias que serán adecuadas al caso.

Del conocimiento de estas habilidades, sus correspondientes dificultades y las necesidades estratégicas que de estas puedan derivarse, se plantea entonces un abordaje desde un esquema de terapia grupal (Yalom, 2000; Flores, 2001; Yalom y Leszcz, 2008; Francesetti *et al*, 2013), partiendo de los aportes del enfoque Humanista-Gestalt. Esto es, favorecer la ampliación de tres constructos fenomenológicos (actitud, horizonte y mundo de vida), por medio de ejercicios dirigidos a la toma de conciencia de la situación a partir de la información recibida de cada participante y del grupo, co-creando un diálogo con el objetivo de contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones de angustia pero novedosas y disponibles a nuevos ajustes creativos que flexibilicen las estrategias emocionales, cognitivas y comportamentales de afrontamiento empleadas hasta ese momento, pues a pesar de no haber contado con un entorno apropiado en experiencias pasadas, es lo que ocurre en la situación y en su acompañamiento lo que resulta terapéutico.

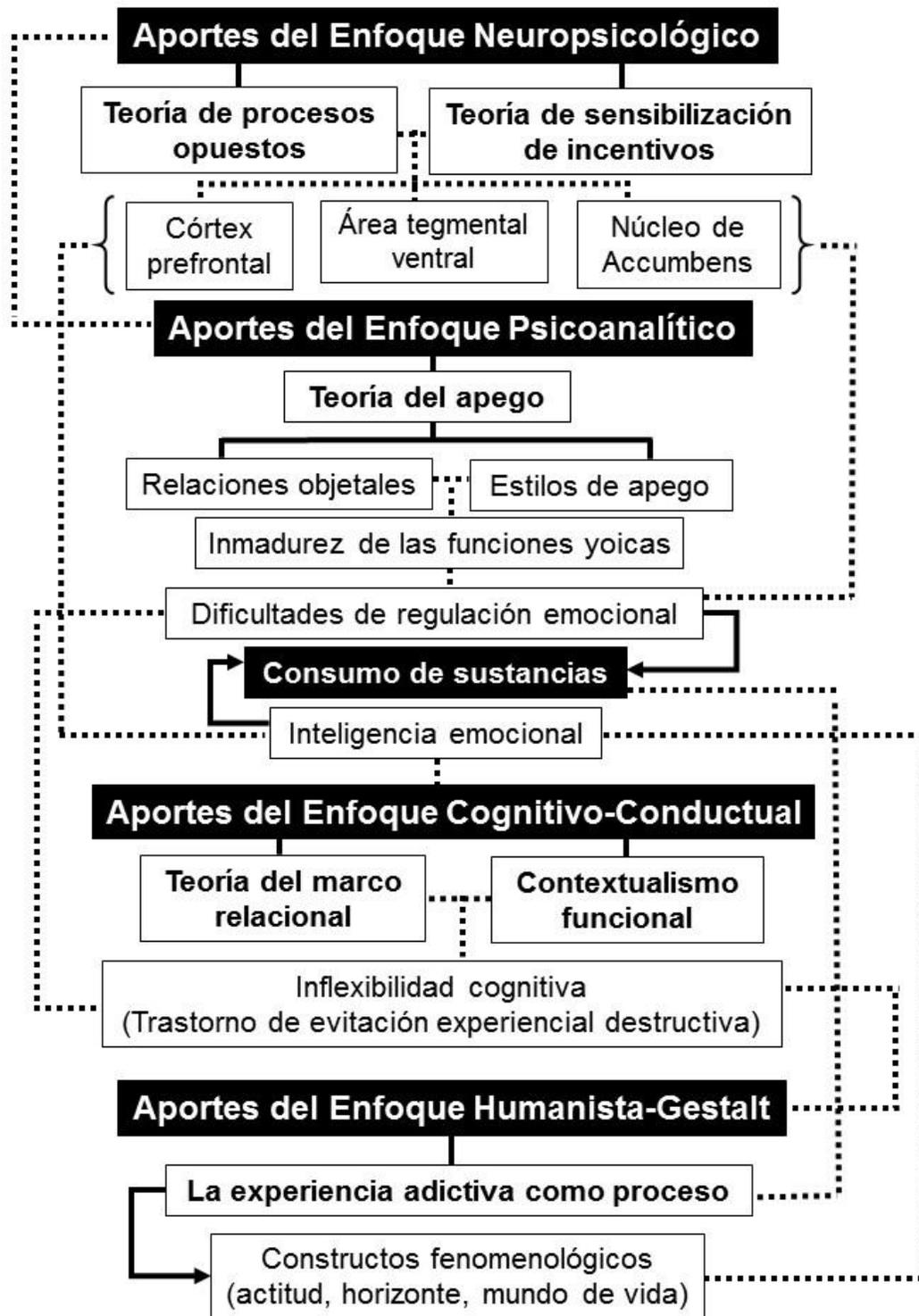


Figura 3. Proceso de integración de aportes de cuatro enfoques psicoterapéuticos

Es necesario aclarar que la revisión de aportes de los cuatro enfoques tuvo que enfocarse directamente al tratamiento de adicciones, esto responde a tres necesidades principales: 1) cada enfoque es extenso en sus posturas, hallazgos y recomendaciones con respecto a la atención de personas que deciden consumir sustancias y al modo en cómo se abordan estas experiencias desde un encuadre psicoterapéutico; 2) por lo mismo, una revisión exhaustiva requiere del esfuerzo de diferentes especialistas; y 3) el incorporar diferentes aportaciones exige una congruencia objetiva que considere la teoría sin por ello desatender las metas terapéuticas del proceso. Por lo anterior, es que se decide partir de un modelo integrativo como el de la Psicoterapia de Reducción de Daños, como vía acotada de análisis y específica del fenómeno del consumo de sustancias. Con el objetivo de facilitar la comprensión del proceso de integración de los aportes de los cuatro enfoques se presenta la Figura 3.

El esquema presentado es limitado, en cuanto que no pretende establecer un eclecticismo sin sustento, ya que además se reconoce el hecho de que se ilustran los aportes de cuatro enfoques como factores específicos alrededor de una temática específica, siendo en este caso el consumo de sustancias y su posible tratamiento; es justamente a partir de esta temática que surgen preguntas esenciales como: ¿qué es lo que diferentes modelos, posturas o perspectivas identifican con respecto a las adicciones, su desarrollo, sostenimiento y posible tratamiento? ¿En qué factores estas visiones coinciden o pueden ser establecidos puentes de comunicación a fin de potencializar un proceso de mejora en los pacientes? Estas cuestiones de por sí demandan un escrutinio científico cuidadoso y quizás valdría proponerlo para un futuro proyecto de investigación.

Los aportes específicos sirven para explicar y trazar un plan de tratamiento efectivo, algo que cada perspectiva ya consigue por sí misma esto es algo que no puede negarse. Tampoco puede negarse el hecho de que cada vez hay más apertura a que los terapeutas asimilen las técnicas de otros modelos, tanto en la práctica y como en el marco teórico que la sustenta. Reconocer esta flexibilidad permite diseñar un plan de trabajo aterrizado a las diferentes realidades de los participantes, es decir, a su contexto inmediato así como a sus necesidades afectivas o emocionales.

Así, para realizar el esquema presentado en la Figura 3, se parte de ejemplos como los presentados en el Modelo de la Adicción como Síndrome (“Syndrome Model of

Addiction”, como fuera mencionado en Shaffer, LaPlante, LaBrie, Kidman, Donato, y Stanton, 2004), o el Modelo de Desarrollo de la Adicción (Developmental Model of Addiction, en Álvarez-Monjaras, Mayes, Potentza y Rutherford, 2018), debido a que ambos consideran desde una perspectiva biopsicosocial una posible génesis de los comportamientos adictivos y por lo tanto sugieren su abordaje desde intervenciones lo suficientemente flexibles para abordar los diferentes factores que pudieron estar involucrados en las diferentes manifestaciones adictivas.

La integración requiere un proceso cuidadoso que no reste validez ni importancia a los factores específicos de cada modelo o perspectiva psicoterapéutica, pero que tampoco pretenda realizar una aglomeración superficial de técnicas (Uribe-Restrepo, 2008). Por lo tanto, para el proyecto aquí presentado se parte primeramente del supuesto de que entre los cuatro enfoques señalados existen conocimientos suficientes y válidos acerca del consumo de sustancias y de su posible tratamiento, no obstante, con el objetivo de favorecer la evidencia de un proceso de cambio en los participantes se plantea como uno de los objetivos iniciales reducir el impacto de las posibles Dificultades de Regulación Emocional (Tsai *et al*, 2007; Estévez *et al*, 2017; Bradizza *et al*, 2018; Ottonello *et al*, 2019) de los participantes, favoreciendo el desarrollo de las habilidades que componen la Inteligencia Emocional (Mayer *et al*, 2011; Salovey *et al*, 2008; en García del Castillo *et al*, 2012; García del Castillo *et al*, 2013; Pereira-Leite *et al*, 2018) y que podrían tener un efecto significativo en los resultados del tratamiento y la prevención de recaídas.

Se plantea por tanto otra posible pregunta para el presente proyecto, ¿podría fungir una operacionalización de las habilidades que componen la inteligencia emocional como puente epistemológico para los aportes de cuatro enfoques terapéuticos? Lo que se pretende es poder ir más allá del nivel del eclecticismo técnico y el de la asimilación misma que, podría considerarse como un eclecticismo de segundo nivel o más “refinado” (Uribe-Restrepo, 2008). En cambio, lo que se pretende es identificar la sinergia que existe entre los factores específicos de cada enfoque (Schacht, 1984), para alcanzar un siguiente nivel en el intento de integración, es decir, una integración teórica compleja y sofisticada que sintetice diferentes teorías de la personalidad, psicopatología y mecanismos psicológicos de cambio para dar explicación al tratamiento en el consumo de sustancias, que considere aspectos comportamentales, experiencias de vida, dinámicas en las relaciones interpersonales, el

contexto psicosocial, la motivación así como otras variables cognitivo-afectivas, como los rasgos de depresión y/o ansiedad (Stricker y Gold, 2006; Rosado y Rosado, 2007).

Se parte también del hecho que aquello que favorece la integración no es únicamente un puente entre las especificidades de los enfoques sino también los aspectos que no específicos, denominados como factores comunes; estos fueron propuestos por Rosenzweig, en 1936 y validadas posteriormente por Frank en 1961 (Stricker y Gold, 2006; Rosado y Rosado, 2007; Uribe-Restrepo, 2008), los factores comunes permiten estructurar los factores de distintos enfoques alrededor de un problema específico para maximizar los resultados.

Mencionado de manera breve en otra sección de este trabajo, el modelo de la Psicoterapia de la Reducción de Daños considera en los Principios en Reducción de Daños no.8 y no.11 y en las tareas terapéuticas no.1 y no. 2, la importancia de la relación terapéutica como factor crucial para un tratamiento efectivo (Tatarsky, 2002; Tatarsky, 2003; Tatarsky y Marlatt, 2010), en relación con el abordaje del consumo de sustancias. Esto no resulta una novedad en la integración psicoterapéutica, como tampoco lo es para validar la efectividad de los enfoques. Los factores comunes son algo que se ha estudiado desde hace décadas y han permitido reducir las discusiones innecesarias con respecto a qué enfoque tiene primacía en la promoción de la salud mental (Uribe-Restrepo, 2008); la salud mental es cuestión de equidad y de justicia, no de competitividad teórica.

Los factores comunes permiten centrar la atención en el factor humano, en la certeza de que es el paciente quien cuenta con las capacidades necesarias para encontrar una solución a su situación de vida y es el terapeuta quien se presta al servicio de esta búsqueda personal de cambio. Así, a partir de los hallazgos de Rosenzweig y Frank en (1936, 1961; en Stricker y Gold, 2006; Rosado y Rosado, 2007; Uribe-Restrepo, 2008), la teoría de los factores comunes ha logrado extenderse gracias a las aportaciones de otros autores como Marmor, Hobbs, Goldfried, Brady, Karasu, Stiles, Shapiro, Elliot, Strupp, Greencavage y Norcross (en Wampold, 2015; Botella y Maestra, 2016).

Es gracias a estas aportaciones que podemos identificar factores o elementos como la alianza de trabajo, la adherencia al tratamiento, las características del paciente, las cualidades del terapeuta, los procesos de cambio y la estructura o marco teórico, por mencionar algunos; que sirven de apoyo para dar cuenta de los cambios de forma

progresiva que a su vez motivan al paciente a involucrarse en su propio proceso. En palabras de Uribe-Restrepo: “los factores comunes no niegan que cada modelo terapéutico posea una belleza, historia e identidad propias, y su integración no debe reducir estas cualidades en un collage carente de belleza y complejidad” (2008).

Un proceso de integración a través del modelo de los factores comunes es también un recordatorio de que son necesarios para la estructuración de cualquier terapia, en el sentido de que siempre será indispensable que exista una meta de trabajo en común, una alianza terapéutica, una escucha receptiva, una actitud no crítica, una situación de ayuda, que se sumen a las expectativas del paciente, lo que podría dar por resultado un modelo de intervención efectivo, esto es, terapéutico, que pretenda generar cambios de raíz en la persona, en su situación y en su contexto.

2. Evaluación Diagnóstica

2.1 Descripción del escenario

En México, existen tres niveles para ofrecer algún tipo de atención a la población consumidora de sustancias (Marín-Navarrete, Medina-Mora, & Tena Suck, 2014), cada uno con criterios y características específicos para proveer dicho servicio. El primer esquema está representado por el Sector Público, con más de 400 Centros de Atención Ambulatoria y 30 unidades de tratamiento hospitalario a cargo de la Secretaría de Salud. Éste nivel incluye hospitales, centros psiquiátricos y unidades especializadas que en su mayoría se agrupan debajo de dos principales instituciones nacionales de tratamiento para las adicciones: 1) los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y 2) el Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) que, en coordinación con la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), conforman la iniciativa más amplia de atención primaria para el consumo de sustancias, (Marín-Navarrete, Medina-Mora, & Tena Suck, 2014).

El segundo esquema está representado por servicios particulares o privados de salud y que corresponden a clínicas o centros especializados de consulta, que pueden ser tanto ambulatorios como residenciales. Sin embargo, el alto costo de estos reduce significativamente el porcentaje de acceso para la población en situación de atención o

tratamiento. Datos actualizados al 16 de agosto de 2018 del Directorio de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en Modalidad Residencial reconocidos por la CONADIC (2018), determinan que el rango en la tarifa por atención a usuarios puede variar entre la aplicación de un estudio socioeconómico hasta pagos mensuales de 4 500 pesos. En algunos casos estos costos pueden superar los 50 000 mensuales (270 veces el salario mínimo), dependiendo de la duración del tratamiento que puede abarcar de dos a seis meses.

El tercer esquema de servicios de atención está compuesto de Grupos de Ayuda Mutua, derivados de la filosofía o enfoque de Alcohólicos Anónimos (Modelo Minnesota), y se estima que existen más de 20 000 grupos en todo el país (Marín-Navarrete, Medina-Mora, & Tena Suck, 2014), aunque esta cifra no está confirmada por un censo oficial. Una derivación de este esquema corresponde a los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA), que representan una iniciativa comunitaria para brindar atención a personas que han desarrollado una severidad en el consumo o dependencia asociadas a problemáticas más complejas. No obstante, se estima que únicamente 48% de estos centros están contabilizados por la CONADIC, CENADIC y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), lo que representa un número aproximado de 2 291 centros, que cumplen en cierto grado con la normatividad indicada por la Secretaría de Salud en materia de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como en la integración de servicios médicos y psicológicos de tratamiento (CONADIC, 2018).

El contexto autorizado para el presente proyecto corresponde a uno de los seis establecimientos residenciales de atención a las adicciones, reconocidos en el Estado de Yucatán por la CONADIC (2020), todos centralizados en la ciudad de Mérida. De acuerdo con datos mencionados en el registro, el presente establecimiento se considera en estatus de vigente, fungiendo como una institución constituida de carácter privado, con modalidad de ingreso involuntario para población de ambos sexos con rango de edad entre 12 y 17 años, por lo que, según criterios oficiales, se considera como un establecimiento de rehabilitación para menores. El modelo de atención que se ofrece es de Ayuda Mutua, también conocido como 12 pasos (AA), con una cuota fija y cuya duración para el tratamiento no está indicado.

A pesar de la información proporcionada por el registro nacional, se constata que varios de los datos no han sido propiamente actualizados, los cuales convendría mencionar brevemente con fines de acatar criterios académicos. Como primer acercamiento con la institución a inicios del mes de octubre del año 2019, se destinan dos semanas como parte de un proceso de adaptación con la población objetivo. Es gracias a este lapso que se constata que, a pesar de estar registrado como un establecimiento para albergar a ambos sexos, la población es únicamente masculina. Seguidamente, a pesar de que el rango de edad reportado indica una máxima de 17 años, entre los residentes se encontraban personas que rebasaron dicho rango, llegando incluso hasta la tercera edad. Finalmente, y como una fortaleza significativa al interior de la institución, se constata la presencia de servicios profesionales de atención en adicciones, incluyendo: servicio médico, atención psicológica, talleres educativos, sesiones de acondicionamiento físico y sesiones de terapia de relajación, es decir, estrategias que corresponden a un modelo mixto de atención a las adicciones (NOM-028, 2009), siendo más abarcativo que el modelo de Ayuda Mutua.

Los servicios que ofrece el centro están repartidos en un inmueble de dos plantas, con cuatro dormitorios compartidos con capacidad para 5 personas c/u y dos baños, una sala de estudio (utilizada también para las sesiones desde el modelo de doce pasos), una terraza para convivio, una cocina, un consultorio médico, una oficina y una sala de usos múltiples destinada para cursos y talleres con sistema de aire acondicionado. La alimentación incluye una dieta general repartida en tres momentos del día. El servicio médico es proporcionado por un especialista externo que acude a la institución una vez por semana. Personal de apoyo como consejeros, colectivos religiosos, padrinos (AA) y psicólogos completan un cronograma de actividades semanales para los residentes. La supervisión del centro y la designación de actividades está a cargo de dos administradores, un psicólogo de base y el personal de confianza, éste último conformado por residentes de mayor antigüedad y nombrados por los administradores.

El tiempo de tratamiento para los residentes es de doce meses a puerta cerrada, es decir, una vez que la persona ingresa a la institución no puede salir hasta pasado un año de internamiento. Por medio de la escucha de pasillo se tuvo conocimiento de diversos escapes a través de los muros y azoteas alledañas, quizás la duración de tratamiento, el ingreso involuntario y la atención a puerta cerrada podrían ser factores que influyeron y valdría

analizar desde un enfoque comparativo pero que por no corresponder con los objetivos el presente proyecto se reservan a consideración de cualquier otra investigación en el tema.

2.1.2 Descripción de los participantes

Durante el tiempo que duró el proyecto, la población al interior de la institución osciló entre 20 y 25 residentes, sin contar al personal administrativo, personal operativo y especialistas externos. Algunos residentes de mayor antigüedad, es decir, de 1 año o más, eran provistos con cargos de supervisión al interior de la institución. Es necesario mencionar que algunos de los visitantes externos fueron en algún momento usuarios de los servicios, con la característica de que actualmente deciden acudir para dar continuación a la educación grupal desde la filosofía de los doce pasos o incluso de fungir como consejeros de los nuevos residentes. Para la selección de la muestra fueron tomados a consideración los siguientes puntos de inclusión y de exclusión respectivamente:

Criterios de inclusión

- Contar con mayoría de edad al momento de efectuar el proyecto
- Participación voluntaria con anonimato de identidad y consentimiento informado
- Haber permanecido en proceso de rehabilitación por lo menos nueve meses (o en el último trimestre previo a finalizar el proceso de rehabilitación)

Criterios de exclusión

- No contar con un diagnóstico psiquiátrico (patología dual)
- No estar bajo tratamiento farmacológico
- No haber estado en más de dos centros de rehabilitación en un mismo año o menos, previo al proceso actual (esta decisión se toma con el objetivo de aislar variables no controlables, que pudieran incidir en el proceso de intervención y posteriores resultados)

Dado que el sexo de la población total era masculino, esta variable no fue considerada como criterio de inclusión. De igual manera, el grado de estudios no fue incluido, a pesar de que este correlaciona con el consumo de sustancias según diversas

investigaciones, se decide no considerar esta variable en favor de ajustar el diagnóstico y las estrategias de intervención acorde a las capacidades de cada participante.

De la población total fueron identificados cinco participantes con edades entre los 18 y 27 años con antecedentes de policonsumo previo a su ingreso a la institución, incluyendo sustancias legales (alcohol y nicotina) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas), así como también de uso terapéutico, pero sin receta médica (benzodiazepinas). De acuerdo con una valoración sencilla por medio de entrevistas semiestructuradas, se pudo conocer que la edad promedio para el inicio del consumo fue de 12 años, iniciando con un patrón por experimentación favorecido por el contexto (familia y amistades), transitando por el consumo frecuente, hasta evolucionar de forma crónica al abuso (consumo excesivo con consecuencias adversas) y eventualmente a la dependencia (adicción o inversión de la jerarquía de necesidades con presencia de síntomas por tolerancia y síndrome de abstinencia).

Partiendo de lo anterior, se desarrolla una matriz con fines descriptivos a partir de la información proporcionada por los participantes y validada por los administradores de la institución, al contar estos últimos con el expediente de ingreso y seguimiento de cada participante en archivo resguardado. La matriz del historial de consumo de los participantes se presenta en la Tabla 3 y se plantea una subdivisión de sustancias de acuerdo con criterios de la Guía para Urgencias Médicas, editada por el Consejo Nacional Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud (Fernández-Joffre, 2000) y según datos del National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018).

Conocer los antecedentes de consumo de los participantes permite establecer un marco temporal que garantice el término de la desintoxicación, previo al inicio de un proceso psicoterapéutico para el mantenimiento de la abstinencia, no obstante, según criterios establecidos por la Comisión Global de Políticas de Drogas (2019), los efectos ambiguos de las sustancias dificultan el establecimiento de directrices claras entre sus efectos, por lo que, una sustancia como el alcohol por ejemplo, puede fungir como depresor y analgésico al mismo tiempo, de forma similar la marihuana puede ser depresivo y alucinógeno.

Adicionalmente, no existe forma precisa de determinar el tiempo recomendado para la desintoxicación debido a la química de la sustancia, la frecuencia, dosis de consumo y

los posibles efectos en el organismo. Intervienen a su vez factores como la edad, el género, la masa corporal, posible patología dual y aspectos neurológicos, entre otros. Por tanto se establece un rango de tiempo aproximado, partiendo de la vida media y el periodo de abstinencia correspondiente a cada sustancia, según lo mencionado en la Guía para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas, para médicos(as), enfermeras(os) y personal paramédico (Fernández-Joffre, 2000), respaldado con información del Manual de Protocolos Médicos para la Atención de las Adicciones de los Centros de Integración Juvenil, A.C. (Fernández-Cáceres, 2016) para calcular la desintoxicación de los participantes (ver Tabla 4).

Tabla 3

Antecedentes de consumo reportados por los participantes

Sustancia según sus efectos	Signos y síntomas del consumo							
	Más energía	Alucinaciones	Analgesia	Ansiedad	Arritmia	Más apetito	Cefalea	Confusión
Depresores	Alcohol				*			
	Marihuana	*	*		*	*		
	Benzodiazepinas			*				*
Estimulantes	Nicotina							
	Heroína		*					
	Cocaína	*	*		*	*	*	*
	Metanfetaminas	*			*	*		*

Tabla 4

Periodo aproximado de desintoxicación de acuerdo con la sustancia

	Vida media	Periodo de abstinencia aproximado
Alcohol	3-5 días	2-4 semanas / tiempo indefinido*
Marihuana	25-60 días	10-49 días
Benzodiazepinas	12-36 hrs**	1-4 semanas / tiempo indefinido*
Nicotina	2-4 días	7-12 semanas
Heroína	12-36 hrs**	1-4 semanas / tiempo indefinido*
Cocaína	2-4 días	1-10 semanas / tiempo indefinido*
Metanfetaminas	1-2 días	Tiempo indefinido*

* Corresponde a las características del paciente y la necesidad del uso de terapia farmacológica.

** La vida media y el periodo de abstinencia puede variar según las características del paciente y según la necesidad del uso de terapia farmacológica.

Considerando la información disponible, se determina que el periodo de abstinencia puede requerir un mínimo aproximado de 12 semanas (84 días) hasta tiempo indefinido, este último dependerá del caso (CONADIC, 2019). Un periodo adicional de tres meses es considerado como factor para garantizar la adherencia del participante al tratamiento al interior de la institución, esto también por recomendación de los propios administradores y psicólogo de base. De igual forma, mencionar que ninguno de los residentes recibió terapia farmacológica como parte de su proceso de desintoxicación y correspondiente proceso de abstinencia.

A partir de lo anterior es que se plantea la medida de 9 meses como criterio de inclusión, considerando que el periodo de desintoxicación ha concluido, descartando con ello cualquier síntoma de abstinencia independientemente del historial de policonsumo. Por otro lado, al ser rebasada la mitad del año de residencia, se deduce la posibilidad de un factor motivacional en el participante que podría tener implicaciones en la toma de decisiones previo a la conclusión de su proceso de rehabilitación, aspecto que de hecho se constata a partir de las entrevistas iniciales efectuadas.

2.2 Instrumentos, técnicas o estrategias utilizadas

La elección de técnicas e instrumentos fue realizada con base a los objetivos específicos mencionados en el apartado denominado Programa de Intervención. Se determinan estrategias para conocer el contexto social inmediato de los participantes con otros residentes al interior de la institución y estrategias para valorar e identificar fortalezas, modos de regulación y motivación al cambio de los propios previo al inicio de las técnicas de intervención (Tabla 5 y Tabla 6 respectivamente).

1. Diagnóstico psicodinámico

La ciencia del psicoanálisis tiene como objeto de estudio la totalidad de los fenómenos de la mente humana y dentro de esa diversidad la cuestión técnica es parte de ellos. La variedad de situaciones que surgen en el análisis dificulta que se establezcan reglas generales (González-Núñez y Rodríguez-Cortés, 2008). En psicoanálisis, un analista preparado, empático e intuitivo recoge datos no solamente de lo que dice el paciente y de su contexto emocional, sino de algo que es exclusivo e inherente del proceso. En la actualidad,

se acepta que la técnica dependa de las condiciones específicas de cada proceso analítico, incluyendo la contribución de la intersubjetividad; de la individualidad intrapsíquica se pasa a la mutualidad intersubjetiva, que otorga valor al intercambio (Palacios, 1999 en González-Núñez y Rodríguez-Cortés, 2008).

Tabla 5

Selección de técnicas de diagnóstico

	Técnica	Alcances del diagnóstico
1.	Diagnóstico psicodinámico	Aspectos interpersonales e intrapersonales
2.	Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) <ul style="list-style-type: none"> • Mapeo • Bitácora • Priorizadora 	
3.	Grupos reflexivos	Aspectos interpersonales
4.	Observación participativa	Aspectos interpersonales
5.	Entrevistas semiestructuradas	Aspectos intrapersonales
6.	Historia clínica	Aspectos intrapersonales

La definición de proceso diagnóstico en psicoanálisis, en primer lugar, hace necesaria una diferenciación entre proceso diagnóstico y diagnóstico. Este último es uno de los resultados (no el único) del proceso y consiste en la atribución clasificatoria, respecto de una determinada presentación clínica, de una categoría nosológica. El psicoanálisis no pretende ser original respecto de tales categorías. El diagnóstico psicoanalítico toma su punto de partida de una clínica que le precede, partiendo de allí, el psicoanálisis se ha caracterizado por el intento de construir la estructura de tales tipos clínicos, es decir, el diagnóstico consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino de la estructura del material clínico, para el psicoanálisis ese material no es otro que el discurso del analizante (Thompson, Frydman, Salinas, Mantegazza, Toro y Lombardi, 2007).

Al entender el diagnóstico como un “proceso” se supone en su devenir el paso de un estado a otro, que implica al menos dos tiempos lógicos, un trabajo del lado del analizante, y una operación del lado del analista. Tal trabajo tiene por objeto hacer posible una manifestación más nítida del síntoma desde cierta opacidad inicial. El proceso es así un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial y en su expresión mínima, supone:

- Un estado inicial que constituye la primera fase o presentación del padecimiento subjetivo (motivo de consulta)
- Un estado posterior que constituye una segunda fase, del cual el estado inicial es antecedente
- Al menos una operación que hace posible el pasaje o sucesión de un estado a otro, es decir, la operación analítica (Thompson *et al*, 2007)

2. Diagnóstico comunitario participativo (DCP)

Cuando se piensa en diagnóstico, lo usual es pensar en el diagnóstico médico, es decir, un análisis de los síntomas en la persona que de forma pasiva espera recibir la solución a su condición o enfermedad. Esto va en directa relación a que el término ha sido usado tradicionalmente en el campo de la medicina (Aguilar-Idañez y Ander-Egg, 2001; en Castillo-León *et al*, 2011). En la actualidad, el diagnóstico y su implementación ha cobrado fuerza en las ciencias sociales y en áreas vinculadas incluso al desarrollo organizacional, desde las cuales el “conocer para actuar” se vuelve el principio fundamental, una premisa que acerca al investigador a la comprensión de una realidad mediante un proceso sistemático de análisis crítico para lograr una síntesis de la situación en un contexto determinado (Castillo-León *et al*, 2011).

El diagnóstico como primera etapa o momento es pieza clave y sustento de acciones posteriores. Su importancia radica en ser un instrumento abierto, en constante movimiento y proceso de construcción, con una adecuada contextualización. Este movimiento contempla no sólo un análisis, sino también una integración que dé síntesis a los objetivos de los diferentes niveles examinados (Fernández-Soto en Castillo-León *et al*, 2011). Un diagnóstico es un proceso de elaboración sistemática que implica conocer y comprender las situaciones y necesidades al interior de un contexto determinado, analizando su importancia para establecer prioridades y estrategias de intervención. Los resultados del diagnóstico deben contribuir a obtener una visión orgánica y dinámica de los procesos sociales y sus determinantes, para evidenciar la esencia y alcance de las situaciones o necesidades a abordar.

A continuación, se describen tres herramientas (Castillo-León *et al*, 2011) que complementaron el DPC, así como las características correspondientes a cada una:

1. Mapeo

- Permite obtener una visión panorámica de la situación social
- Permite definir qué lugares y personas son significativos y por qué
- Facilita la identificación y análisis de normas sociales vigentes
- Favorece el conocimiento de preocupaciones con respecto a la situación y lo que se podría cambiar

2. Bitácora

- Permite conocer cómo las personas se desempeñan diariamente y entender cómo esto influye en su vida personal
- Identificar las actividades que se realizan y de qué manera son valoradas
- Plantear los diferentes roles y responsabilidades que existen, así como las razones y el impacto debido a ello
- Favorece la comprensión de las preocupaciones prioritarias

3. Priorizadora

- Permite un acercamiento a las preocupaciones que se tienen como comunidad, propone a las personas con la capacidad de reconocer opciones y construir proyectos
- Permite identificar el grado de apertura al cambio y el poder que se tiene para modificar las preocupaciones
- Se trabaja con las fortalezas y debilidades de la comunidad que contribuyen a la calidad de los vínculos interpersonales
- Se discuten las posibles causas y los efectos de las fortalezas para construir sobre ellas y de cómo entender las debilidades para ser atendidas

3. Grupos reflexivos o grupos de discusión

Es un tipo especial de entrevista grupal que se estructura para recolectar opiniones detalladas y conocimientos acerca de un tema en particular, vertidos por los participantes seleccionados (Balcázar-Nava *et al*, 2013). Se obtienen respuestas a fondo sobre lo que piensan y siente las personas de un grupo de forma libre y espontánea, guiados por un

facilitador o moderador. También puede indagar sobre los aspectos motivacionales y así llevar a cabo nuevos conceptos o líneas de comunicación (facilita el acceso al lenguaje).

Permite un mayor acercamiento a la “vida real” de los participantes al sondear el sentimiento y la opinión de la gente, reunir información cualitativa sobre aspectos poco explorados que de otra manera no se podría obtener, descubrir tendencias de opinión y comportamiento, así como identificar interrogantes y expectativas. Son apropiados para explorar los factores en los cuales hay influencia de conductas y actitudes. Por último, tienen la finalidad de registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y su experiencia, ya que se encuentran inmersos en un contexto (cultural, social), por lo que el investigador da prioridad a la comprensión de esos contextos de comunicación y a sus diferentes modalidades.

4. Observación participativa

La observación específica, científica, se diferencia en grado. Es una observación diaria, sistemática, pero que no se ejerce desde un modo planeado o previsto de antemano. La observación científica comienza seleccionando un grupo, un tema, un fenómeno como objeto específico de la tarea de observar para posteriormente tratar de interpretar, captar los significados y el alcance (Balcázar-Nava, González-Arratia, Gurrola-Peña y Moysén-Chimal, 2013). De acuerdo con Taylor y Bogdan, (1992, en Balcázar-Nava *et al*, 2013), la observación participativa designa a la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Entre algunas de sus características pueden nombrarse:

- Adaptabilidad para registrar información simultánea sobre múltiples factores a varios niveles.
- Visión holística, es decir, capacidad para captar el contexto de forma global.
- Mayor amplitud de conocimientos.
- Posibilidad de explorar respuestas atípicas e idiosincrásicas, las cuáles son difíciles de captar por medios ordinarios, y tienen enorme relevancia para lograr una óptima comprensión (Anguera, 1997, en Balcázar-Nava *et al*, 2013).

5. Entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados, es decir, no todas las preguntas están predeterminadas (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2010).

Debe cumplir de igual manera con el requisito de la uniformidad en el significado, esto es, que los entrevistados deben poder ser sometidos a preguntas formuladas en términos que les resulten familiares, lo que supone que reciben estímulos semejantes y no necesariamente implica una secuencia única para todos los entrevistados (Penalva-Verdú, Alaminos-Chica, Francés-García y Santacreu-Fernández, 2015). A pesar de la asimetría que rodea a la lógica de la entrevista, la clave del éxito está en el establecimiento de proximidad social y cultural entre el entrevistador y el entrevistado, es conveniente aproximarse a una situación de relaciones horizontales. Con respecto al desarrollo (Penalva-Verdú *et al*, 2015), debemos considerar en primer lugar el tiempo y que dependerá de múltiples factores como: la temática, el clima creado, la obtención de información, la disponibilidad del entrevistado, etc. La entrevista podrá durar entre quince minutos y hora y media, no obstante, no hay límites temporales, una entrevista acaba cuando se obtiene toda la información o cuando el entrevistado no dispone de más tiempo.

6. Historia clínica

Constituye un proceso continuo, que puede resultar de gran importancia en etapas posteriores o durante el tratamiento. Permite identificar las principales dimensiones o áreas que constituyen el contexto del paciente, ofreciendo cierta predicción sobre el curso probable de los acontecimientos bajo diversas condiciones. Plantea una etapa inicial en la que se plantean las primeras decisiones, a veces con rapidez, dependiendo del grado de emergencia. Adicionalmente, una función menos obvia pero igual de importante es la de establecer una línea base de diversas áreas de la persona, de sus relaciones y de su contexto (Butcher, Mineka y Hooley, 2007). Entre los elementos básicos pueden incluirse una visión general de la historia social y personal, factores de la personalidad, detalles del contexto social, educación y orientación profesional, examen físico y/o neurológico básico, el

motivo de consulta, información de la dinámica familiar, antecedentes de otros procesos psicoterapéuticos, etcétera.

Tabla 6

Selección de instrumentos de diagnóstico

	Instrumento	Alcances del diagnóstico
1.	Diario de campo	Aspectos interpersonales
2.	Formato de entrevista motivacional	Aspectos intrapersonales
3.	Escala de disposición al cambio	
4.	Línea de vida	
5.	Cuestionario desiderativo	
6.	Tarea de regulación emocional	

1. Diario de campo

Cada investigador desarrolla su propio modo de redactar notas de campo. Aunque la forma varía de observador a observador, las notas siempre deben permitir la recuperación fácil de los datos. No deben incluir sólo descripciones de lo que ocurre en un escenario, sino también un registro de los sentimientos, interpretaciones, intuiciones y prejuicios del investigado, distinguiéndose claramente de los datos descritos mediante el empleo de paréntesis. Se debe cuidar de igual forma, emplear términos descriptivos y no evaluativos, reservando estos últimos para cualquier comentario que pertenezca al observador. Del mismo modo, los escenarios, actividades y las personas deben ser cuidadosamente descritas en las notas. Deben poder percibirse rasgos sobre las personas que proporcionen comprensión sobre como él o ella se ve a sí misma y quiere ser vista por los otros (Balcázar-Nava *et al*, 2013).

2. Formato de entrevista motivacional

Miller y Rollnick (1991 en Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2007), desarrollaron la Entrevista Motivacional para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención. Integra aspectos de la terapia centrada en el cliente propuesta por Rogers (1951, en Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2007), con estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a los diferentes estadios de cambio propuesto por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992, en Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2007). Se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y

a su escala de valores. El principio fundamental es que todo proceso de cambio supone costos y que es preciso que la persona esté motivada para afrontarlos a fin de alcanzar metas propuestas.

La entrevista motivacional plantea que el terapeuta sea capaz de discriminar el estadio de cambio en que se encuentra la persona y seleccione las estrategias más adecuadas en función del estado inicial. La clave de su utilidad y eficacia es que el propio paciente se proponga el desarrollo de nuevas habilidades y mantenga la motivación para hacerlo, avanzando con ayuda del terapeuta (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2007). Por lo que representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta con el que se trata de promover la motivación, animando al paciente a explorar las razones y valores que puedan justificar y promover el cambio de conducta, todo ello en un clima de empatía y cordialidad, exento de juicios moralizantes (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010).

Por sus características se la considera una intervención breve (OPS, 2017), un método para tratar el consumo de sustancias sin prejuicios que alienta a la persona a reflexionar acerca de sus propias opciones en cuanto al consumo. Pueden ser usadas como parte de un encuentro breve para abordar los riesgos del uso excesivo, o bien, como parte de un análisis más profundo que abarque varias sesiones donde se aborden los patrones de dependencia del uso de sustancias, incluyendo en cada etapa del proceso la empatía y establecer una atmósfera de confianza.

3. Escala de disposición al cambio

Tradicionalmente se ha definido al cambio de la conducta adictiva como el paso de una situación de consumo a otra de no consumo (Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010). Sin embargo, la realidad clínica es distinta. Los pacientes que asisten a las instituciones con frecuencia no disponen de una predisposición adecuada que garantice iniciar y mantener cambios en su conducta. Con el tiempo esta situación clínica ha podido enmarcarse desde los primeros acercamientos conductuales a un *continuum* en el que pueden distinguirse una serie de etapas y de los modelos que se han desarrollado desde la perspectiva del cambio como proceso, el que más apoyo ha tenido ha sido el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente (1992 en Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010).

Según el modelo, existen cinco estadios a través de los que evoluciona la persona a partir de que se plantea un posible cambio hasta que definitivamente dejan de consumir:

1. *Precontemplación*: la persona no tiene intención de cambiar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses), no se cuestiona su situación, puede que incluso no vea el problema, por lo que invierte poco tiempo y energía en plantearse un cambio de conducta.
2. *Contemplación*: la persona tiene la intención de cambiar a medio plazo (en los próximos 6 meses), en esta etapa la persona es más consciente de los problemas derivados de su patrón de conductas, lo que ayuda a reevaluarse a nivel cognitivo y afectivo, estando más disponibles a recibir retroalimentación.
3. *Preparación para la acción*: tiene la intención de cambiar a corto plazo, (en los próximos 30 días), momento en el que la persona toma la decisión y realiza pequeños cambios en su conducta, destinados a abandonar el consumo. El progreso hacia la siguiente etapa requiere cambios respecto a cómo se siente y cómo valora el estilo de vida vinculado al consumo.
4. *Acción*: la persona deja de consumir al menos durante 24 horas y por lo menos durante los próximos 6 meses; se produce un cambio importante en la conducta. El paciente cambia su patrón de comportamiento en relación con los condicionantes que influyen en el consumo. Representa los cambios más manifiestos y requiere un compromiso importante que le exigirá esfuerzo y tiempo.
5. *Mantenimiento*: la persona lleva al menos 6 meses sin consumir sustancias; en esta etapa la persona intenta consolidar los logros de la etapa anterior y prevenir una recaída. Puede darse el miedo, no sólo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que cualquier cambio puede llevarle a una recaída. La consecuencia inmediata en esta etapa es la búsqueda de la máxima estructuración de un nuevo estilo de vida, donde tal vez, lo más importante para el paciente sea la sensación de estarse convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser (Prochaska y DiClemente, 1992 en Becoña-Iglesias y Cortés-Tomás, 2010).

6. *Prevención de la recaída*: si bien esta etapa no está incluida en el modelo Transteorético del cambio, se considera como un paso adicional para reforzar los aprendizajes en los pasos anteriores a fin de otorgar más herramientas de afrontamiento y regulación al participante.

4. Línea de vida

Esta es una herramienta que facilita la expresión de ideas u ofrecer apoyo en caso de ser necesario. Su uso es comprensible con participantes que hablan por primera vez con extraños acerca de sus vidas privadas, lo que puede ser molesto para quienes hayan tenido experiencias desafortunadas o traumáticas en el pasado. Resulta una herramienta muy útil para observar las experiencias en la vida de las personas que tienen influencia en lo que ellas sienten, piensan y hacen. Esta herramienta tiene la característica de ofrecer mejor información cuando se emplean periodos de tiempo relativamente cortos (horas o días), ya que cuando son empleados periodos largos (meses o años), puede perderse parte de la continuidad de los acontecimientos, desdibujando las razones por las que las personas toman las decisiones que las mueven hacia la siguiente situación (Castillo-León *et al*, 2011).

5. Cuestionario desiderativo

Creado originalmente por los psiquiatras barceloneses Pigem y Córdoba, en 1946, fue adoptado en 1960 por Jaime Berstein en Argentina quien desarrolló tareas empíricas a partir de la experiencia en contextos clínicos. Es una técnica que carece de trabajos de investigación y por ello siempre debe ser administrada acompañando a otros tests en una batería (Sneiderman, 2012).

Es una técnica de estimulación y producción verbal, cuyo objetivo es explorar el grado de organización de la identidad, así como también la capacidad para elaborar las pérdidas. Al partir de una fundamentación del enfoque Kleiniano (Caride de Mizes y Sneiderman, 2003), brinda información acerca de las fantasías de las relaciones objeto y fundamentalmente los aspectos más y menos valiosos de la autoimagen, identidad sexual, autoestima e identificaciones. Permite mirar dentro de las funciones yoicas como es la tolerancia a la frustración y la conexión con la realidad.

El empleo del cuestionario desiderativo presupone que además de utilizar la entrevista para recabar información, se instrumentarán otro tipo de herramientas para dar cuenta de la organización psíquica del paciente en una determinada situación. Su uso remite a interrogantes que el entrevistador debe plantearse frente a la mencionada situación. En primer lugar, ¿qué va a explorarse?, segundo, ¿de qué forma se va a explorar? Y finalmente, ¿para qué? (Caride de Mizes y Sneiderman, 2003).

La primera cuestión remite al marco teórico de referencia. Lleva a considerar la organización psíquica en sus aspectos conscientes e inconscientes y por lo tanto fundamentarlos en los supuestos básicos del psicoanálisis, tomando como base las ansiedades y las defensas que se instrumentan frente a las mismas. En cuanto a la segunda interrogante, se vincula con los recursos técnicos a aplicar en la consulta psicológica y en este caso en particular, a las herramientas proyectivas que permiten acceder a los procesos psíquicos del participante, mediante narraciones, construcciones o asociaciones para luego realizar un análisis de los datos obtenidos, superando el mero nivel descriptivo. Por último, en relación al ¿para qué?, éste se relaciona con diferentes ámbitos y particularmente con el clínico, al vincularse con el conocimiento de las dimensiones intrapsíquicas del participante y del posible abordaje terapéutico, el cual no escapa del contexto situacional (Caride de Mizes y Sneiderman, 2003).

Para su empleo la consigna es proponerle al participante la selección de un símbolo, que acompaña luego con una justificación argumentativa. Es importante observar la secuencia de las elecciones simbólicas, si aparece contacto con humanos, si aparecen elementos con movimiento, o que aluden al crecimiento, etcétera, ya que a partir del símbolo elegido y la calidad de las racionalizaciones, obtendremos información acerca de la capacidad reparatoria y cambio del participante ante situaciones de pérdida. Es una técnica que tiene la particularidad de proponerle al paciente con las diferentes consignas, la posibilidad de sobreponerse de acuerdo a sus recursos internos, dando lugar así a la observación de las defensas que se ponen en juego (Caride de Mizes y Sneiderman, 2003). Sin embargo, si bien su administración es simple, requiere de una formación teórico y práctica muy sólida por parte de quien realiza las interpretaciones para no desaprovechar el material obtenido y, al no existir respuestas *cliché*, el entrevistador deberá encontrar el significado que el símbolo elegido tiene para cada sujeto, considerando que existe una

significación histórica, cultural y personal en cada respuesta y racionalización (Sneiderman, 2012).

6. Tarea de regulación emocional

Instrumento de aplicación breve, en la que se presente al participante con cuatro opciones a elegir para controlar sus emociones. Las cuatro opciones disponibles son:

- Escribe todos los aspectos positivos, incluyendo lo que hayas aprendido y como te ha servido la experiencia para tu crecimiento (Resignificación).
- Escribe una lista de todos los pendientes que tienes que realizar en esta semana (Distracción).
- Escribe de manera extensa acerca de lo que estás pensando y sintiendo en este preciso momento (Ventilación).
- Escribe acerca de algo que te haga sentir ansioso, pero hazlo con una sonrisa en la cara, para que nadie se entere de lo que te está afectando (Supresión) (Cho *et al*, 2019).

La tarea de regulación emocional fue desarrollada a través de un estudio piloto con 72 participantes. La confiabilidad entre los códigos de categorización de las respuestas fue de 0.85. Los ítems en los que no pudieron ser codificados fueron analizados en consenso y revalorizados por los participantes, alcanzado un puntaje kappa de 0.92 (Cho *et al*, 2019).

La fundamentación para esta tarea proviene de investigación que identifica que la resignificación puede atenuar de forma significativa las respuestas biológicas a situaciones emocionales (Gross, 1998; Goldin, McRae, Ramel y Gross, 2008; Ochsner, Bunge, Gross y Gabrieli, 2002; en Cho *et al*, 2019). Desde estos hallazgos, en otras palabras, individuos con niveles elevados de rasgos ansiosos (vs aquellos con niveles bajos), requieren de un uso mayor del córtex prefrontal a fin de poder emplear la resignificación para reducir los efectos negativos, lo que a su vez podría sugerir mayor esfuerzo para emplear de forma efectiva estrategias de regulación emocional y para mantener los beneficios, estos hallazgos fueron complementados con evidencia de técnicas de neuroimagen.

2.3 Procedimiento

Fernández-Ballesteros (1995), explica que cualquier proceso de intervención requiere de una previa evaluación descriptiva, realizada con métodos observacionales, siendo a partir de estos resultados cuando el evaluador se plantee hipótesis funcionales que verificará a través de un determinado tratamiento, de una serie de variables consideradas relevantes al problema (independientes), tratando de comprobar los posibles efectos alcanzados (variables dependientes). Partiendo de lo anterior, la autora describe diversos momentos o fases del proceso de variante experimental: 1) primera recogida de información; 2) primera formulación de hipótesis; 3) comprobación; 4) resultados; 5) formulación de hipótesis funcionales; 6) recogida de datos pertinentes a las hipótesis y aplicación del tratamiento (momento no propiamente evaluativo); 7) valoración del tratamiento; 8) resultados finales: informe; 9) seguimiento.

Particularmente, cuando se aborda el proceso de la recuperación en adicciones, los estudios a menudo incluyen indicadores para medir el desempeño o alcances de prácticas e instituciones de cuidado o atención médica, esto de acuerdo con el diseño en programas de acción de la Organización Mundial de la Salud (en inglés *World health Organization*; WHO, 1993). Para garantizar que estos indicadores sean confiables, los procesos de muestreo, recolección de datos y análisis, deben ser definidos antes de que el trabajo de campo de inicio. Algunas fases recomendadas son: planeación, recolección de datos, análisis de datos, listado de sustancias de referencia y selección de la muestra y locación.

Para la realización del proceso de diagnóstico se identifican seis fases (ver Tabla 6), tomando como referencia las propuestas de Fernández-Ballesteros (1995) y el diseño de programas de acción de la OMS (1993). Es pertinente mencionar que la fase 1, la fase 2 y la fase 3, están subdivididas en dos momentos cada una. Así por ejemplo, en la fase 1 se identifica el momento correspondiente a la elaboración del diagnóstico comunitario, con el objetivo de conocer el contexto del cual los participantes han sido parte durante los últimos nueve meses de residencia; adicionalmente, el diagnóstico psicodinámico plantea el objetivo de identificar la estructura subjetiva de cada participante y cuáles pudieran ser las fortalezas que cada uno posea.

Por su parte, la fase dos se subdivide a partir de los primeros resultados obtenidos de la fase anterior, esto es, establecer una hipótesis de trabajo desde la cual se diseñará la

intervención y adicionalmente, se toma información a partir de una batería de pruebas seleccionada como momento *pretest* previo a la intervención que, como se ha mencionado, de igual forma se subdivide en dos momentos. El primer momento de la fase de intervención corresponde a un taller de psicoeducación y grupos reflexivos, donde se aplicarán los aportes del enfoque de la terapia Cognitivo-Conductual de la tercera ola o Terapia de Aceptación y Compromiso. En el segundo momento, se pasará a un formato de terapia de grupo desde la cual se dará uso a los aportes del enfoque Gestalt.

Tabla 7

Fases de evaluación diagnóstica, intervención y evaluación de resultados

Fase	Indicador	Descripción / Metas
1.	Diagnóstico (primera recogida de información). a. Diagnóstico comunitario b. Diagnóstico psicodinámico	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar demandas y fijar objetivos sobre el caso. • Establecer las condiciones históricas y actuales potencialmente relevantes (biológicas, sociales y ambientales).
2.	a. Formulación de hipótesis funcional (o hipótesis de trabajo). b. Aplicación de batería de pruebas	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger información pertinente a los supuestos emitidos aplicando técnicas y <i>tests</i> seleccionados relativos a la operacionalización de las variables supuestamente relevantes. • Establecer los supuestos funcionales (selección de variables). <ol style="list-style-type: none"> a. Dispositivos de medida (variables independientes) y criterios de cambio b. Medición de variables supuestamente relevantes c. Selección del tratamiento • Deducción de predicciones verificables.
3.	Aplicación de intervención. a. Taller psicoeducativo (TAC) b. Terapia grupal (Gestalt)	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de intervención y valoración a través de los cuáles serán contrastados las hipótesis (procurar que los datos procedentes de la intervención estén lo más libre de sesgos).
4.	Evaluación; recogida de datos pertinentes a la intervención.	Selección y aplicación de técnicas de evaluación. <ol style="list-style-type: none"> a. Comprobar si se han alcanzado las metas terapéuticas propuestas b. Constatación de los datos que avalen o no las hipótesis formuladas c. Determinar si el tratamiento ha sido efectivo
5.	Resultados finales: informe.	Informar al participante y/o sus allegados de los resultados obtenidos. Puede ser de forma verbal, aunque a veces es necesario que el evaluador redacte un informe escrito.
6.	Seguimiento.	Implica una nueva fase de evaluación transcurrido un tiempo determinado desde la aplicación del tratamiento. Los objetivos de esta fase son los mismos que la anterior, pues implica la comprobación de si se mantienen los resultados del tratamiento.

2.3.1 Cronograma de actividades

A continuación, se presenta un cronograma de actividades tal como fue propuesto a la Coordinación Administrativa del Centro de Rehabilitación para su autorización y con previa revisión del Psicólogo General de la Institución. Las fases están repartidas en seis meses y estos a su vez se han subdividido en semanas (ver Tabla 7). Los tiempos son aproximados, ya que no consideran cambios repentinos de fecha o adecuaciones que provengan por sugerencia de la Coordinación del Centro.

Estos ajustes no reflejan días inhábiles o bien, aquellos en los que por diversos motivos, alguno de los participantes no pudo estar presente para las actividades a realizar, esto último es relevante, ya que para comienzos del mes de enero del año 2020, tres de los cinco participantes habían iniciado labores en puestos operativos otorgados en intermediación por el propio Centro de Rehabilitación y, al ser esto una parte importante de su proceso personal, los tiempos de trabajo tuvieron que ser adecuados también a las necesidades de los participantes.

Tabla 8

Cronograma de actividades de acuerdo con las fases del proyecto

Mes	OCT				NOV				DIC			ENE				FEB				MAR			
Fase / Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diagnóstico			X	X	X	X	X																
Pruebas								X	X	X													
Intervención										X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Evaluación																			X	X			
Resultados																					X	X	
Seguimiento																						X	x

2.3.2 Ingreso al contexto

El enlace con la institución se realiza a través de y con autorización del Licenciado Víctor Roa Muñoz, actual Director General del Centro de Integración Juvenil Mérida, A. C. Tras un primer contacto inicial con el Administrador General de la Institución seleccionada, se programa una primera entrevista de trabajo para comentar acerca del interés por iniciar un proyecto de intervención. En esta primera reunión de trabajo se plantean alcances esperados y delimitación de funciones, así como también de criterios para proteger la información de los participantes y del personal a cargo de la institución sede. Se determina de igual forma, que el Psicólogo General, el Lic. I. Nevares funja como supervisor y de

autorización a cualquier iniciativa propuesta para el proyecto de intervención. Todo lo anterior enmarcado en una Solicitud para la Autorización del Proyecto de Tesis.

Se establece que el tiempo estimado para la distribución e implementación de las seis fases, sea de seis meses (ver apéndice 1), trabajando de forma individual dos días a la semana y posteriormente de forma grupal una vez por semana, lo anterior respetando los horarios de la institución en relación con las aportaciones de otros especialistas y de los propios residentes. Por disposición de la institución y con el objetivo de contribuir a los procesos internos de mejora continua, todas las intervenciones individuales y los talleres fueron grabados en formato de audio.mp3, para lo cual fue empleado un dispositivo telefónico móvil con grabadora de audio, decisión que de igual manera requirió de previo aviso y autorización de los participantes.

Para la realización de las sesiones individuales el consultorio médico fue autorizado dada sus condiciones de privacidad e inmobiliario adecuado. Por otro lado, para las sesiones grupales, se destinó la sala de usos múltiples, con un cupo máximo de 30 personas. Finalmente, y por acuerdo con la institución, el evaluador acuerda acudir a los días previamente acordados y sujetos a cambios imprevistos, presentándose con el material de trabajo a utilizar (bolígrafo, lápiz, hojas de papel, rotafolios, instrumentos de medición, etcétera), con previa autorización del psicólogo general a cargo.

2.3.3 Consentimiento de los participantes

Estos fueron informados debidamente en una reunión de trabajo posterior a la selección de la muestra partiendo de los criterios de inclusión. La participación voluntaria de los participantes, así como la protección de sus derechos y de su identidad se enmarcan en un documento firmado de Consentimiento Informado de manera individual por cada participante. Se establece que durante las sesiones grabadas no podrán mencionarse sus nombres o de algún familiar o conocido, de igual manera, se emplearán pseudónimos o la inicial del nombre de pila de cada participante para el caso de instrumentos o registro de datos en el diario de campo y similares.

Para el posible evento que implique el retiro voluntario de alguno de los participantes, se hará una subsecuente invitación a algún otro residente que cumpla los criterios de inclusión o bien, cubra la mayoría de estos, considerando que el tiempo al

interior de la institución pudiera ser menor al de los demás participantes. En caso dado de no poder identificar a un nuevo participante, se decidirá en supervisión con el Director de Tesis la alternativa más pertinente.

2.3.4 Devolución de información

Por acuerdo con la institución sede, se establece que la devolución de resultados se entregue de forma verbal y en informe escrito, así también, instrumentos para el registro de datos, audios u otra evidencia, sean entregadas a la Administración General para resguardo y archivo interno. Para el caso de los participantes, también se hará una devolución de resultados resumida y resaltando los puntos más relevantes de los resultados obtenidos, este intercambio considera cualquier aclaración de dudas o preguntas que los participantes puedan tener con respecto a su participación.

2.3.5 Consideraciones éticas

Puesto que uno de los objetivos principales de la intervención es el de ampliar el conocimiento en relación con el consumo de sustancias y el proceso de recuperación, en función de proveer aportes que sirvan para la mejora en el diseño e implementación de estrategias de salud, se toma a consideración que es gracias al aporte de los participantes que es posible obtener dicho conocimiento. En consecuencia, todo proyecto de investigación o participación social involucra un riesgo potencial de colocar a los participantes en una situación de riesgo, por lo tanto, los requisitos éticos para el presente proyecto están dirigidos a reducir al mínimo estos riesgos y con el fin de garantizar que las personas involucradas sean tratadas con respeto y dignidad (Ardila, 2011). Estas consideraciones se enmarcan en la Tabla 7.

2.4 Informe de resultados de diagnóstico inicial

De la información obtenida de las técnicas, mapeo, bitácora y priorizadora así como de las estrategias de observación participativa y diario de campo se identifican aspectos como el número limitado de espacios disponibles para el esparcimiento, convivencia o el entretenimiento, correspondiendo estos a las 3 habitaciones o dormitorios, una sala de estudio que puede ser utilizada mientras no se tengan sesiones de AA y la sección de patio

delantero, misma que está permitida únicamente a aquellos residentes que han completado cierto tiempo de su proceso de recuperación y han recibido autorización de la Administración General.

Tabla 9

Consideraciones éticas

Consideraciones	Objetivo	Justificación
Sustento teórico / académico	Elegir estrategias de intervención con base a teorías de mejora de la salud, el bienestar y el conocimiento.	Reducir riesgos de daño a participantes.
Validez científica	Utilizar principios y métodos científicos aceptados, que incluyan técnicas cuantitativas y/o cualitativas para la generación de datos confiables.	Escasez de recursos o información sobre el tema de estudio.
Selección de participantes	Cuidar que la selección de participantes no estigmatice a poblaciones vulnerables.	Justicia distributiva.
Evaluación	Evaluar los alcances del diseño, diagnóstico y de la intervención en relación con los beneficios o áreas de mejora correspondientes	Minimizar potenciales conflictos de interés y rendición de cuentas a los participantes e involucrados.
Consentimiento informado	Informar en todo momento y durante la realización del proyecto, a los participantes involucrados, de los riesgos así como de los beneficios potenciales, respetando su toma de decisiones con respecto a los mismos.	Respeto a la autonomía del participante.
Respeto	Respetar la decisión de cada participante de abandonar o rehusarse a aceptar cualquier estrategia de intervención que consideren no proteja su persona o derecho a la confidencialidad. Mantener una vigilancia continua de su bienestar.	Respeto a la autonomía del participante. Respeto a los Derechos Humanos.
Divulgación	Toda información, (excepto casos de reportes mandatorios, daño potencial a sí mismo o a terceros, requerimientos legales específicos, etc.), puede solamente ser publicada con el permiso del(as) participante(s). Las excepciones a esta regla tienen que ser dadas a conocer a los participantes cuando empiezan el programa.	Respeto a la autonomía del participante. Respeto a los Derechos Humanos.

Se identifica que la rutina diaria de los residentes esta organizada de acuerdo con un cronograma semanal que incluye: labores de aseo diario, tres comidas al día, higiene personal, sesiones de formación o estudio en literatura de 12 pasos, esparcimiento y otras actividades como activación física o sesiones de meditación guiada, éstas últimas requiriendo de la presencia de especialistas externos. De igual forma, estas actividades no incluyen sesiones de seguimiento médico o consejería psicológica. Es a partir de estas actividades que se identifican diversa repartición de roles al interior de la institución, dividiéndose principalmente en aquellos que son de recién ingreso o no han completado los

primeros tres meses de estadía y aquellos que poseen más tiempo y han recibido la función de supervisar a los otros residentes para la ejecución de las tareas.

Retomando los espacios limitados de convivencia, se identifica que es en estos y en los momentos de comida (desayuno, almuerzo y cena), así como durante las sesiones de AA que se aplican los correctivos o sanciones hacia alguno de los residentes siempre que así se haya considerado. Estas estrategias correctivas se realizan desde el empleo de la filosofía de los 12 pasos, es decir, remarcando aspectos como la “ingobernabilidad” o el no “reconocer que se está enfermo”. Estas sanciones involucran a dos o más personas y los lugares que detonan el origen del conflicto ya han sido mencionados.

Es significativo que a pesar de la presencia o ausencia de conflictos, la comunicación entre residentes involucra un lenguaje altisonante además de empleo de simbología relacionada con la literatura de doce pasos, esto, como se ha mencionado, parece limitar la mirada de interpretación de los residentes con respecto a las posibles causas en relación al propio comportamiento así como con respecto a los demás residentes, en otras palabras, los conflictos y sus sanciones son filtrados a través de estas filosofías y éste lenguaje podría estar incidiendo en la toma de decisiones y resolución de conflictos al interior de la institución.

Ambas estrategias se plantean en versión de auto reporte. Se presentó a los participantes dos escalas tipo Likert, del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo). Del registro se identifican puntuaciones que identifican a los participantes con una valoración positiva de sus recursos personales, así como también de una disposición al cambio ubicada en la etapa de acción. Esto parece ser consistente con el interés ya explicitado por los participantes previo al diagnóstico, incluso desde antes de firmar el consentimiento informado.

Por su parte, resaltan aspectos de las entrevistas semi estructuradas como la edad de inicio de consumo, el cual se coloca dentro de un rango de 12 y 15 años para los participantes, quienes describen que por invitación de algún conocido o familiar comenzaron a experimentar con sustancias legales (alcohol y nicotina) y a partir de entonces fueron incluyendo aquellas consideradas ilegales (marihuana, cocaína, heroína y metanfetaminas). Esto es consistente con datos arrojados en la Encuesta Nacional de

Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (Villatoro-Velázquez, 2017a; Villatoro-Velázquez, 2017b).

Fueron relevantes para el diagnóstico, los significados que los participantes daban de las sustancias cuando más dependieron de estas. Entre algunos de los argumentos empleados están los siguientes:

“...al drogarme nada más como que me sentía bien, se iban los problemas, esa desesperación ya no estaba, de dónde estaba mi mamá o la hermana o si había de comer, ya no había nada de eso, volaba mi mente y me olvidaba un buen rato de todos los problemas.”

“...tomó el primer lugar porque bloqueaba mis sentidos y mis emociones, porque yo al descubrir eso pues me sentí como es por lo cual no lo he dejado en todos estos años. Me sentía ya tranquilo en mi cuerpo, como que me anestesiaba e igual no sentía nada, nada me hacía sufrir, como que estaba entumido. Para mí, antes que nada era la droga, si tenía dinero no hacía nada más que para mí droga.”

“Al principio no era algo así como que lo necesitara, al principio era un lujo y me sentía bien, me sentía parte de la gente y me sentía chingón al salir de la escuela, comprar y sentarme con los que fuman. Me sentía alguien, al principio, ya después no era sentirme alguien sino sentirme don chingón y para serlo necesitaba consumir.”

Se identifica que los participantes tienen aspiraciones o expectativas al concluir sus respectivos procesos, sin embargo, no pueden aclarar de qué manera o qué objetivos podrían establecer para alcanzar dichas expectativas. Aunado a lo anterior, destacan de igual forma que los temores principales ante a una posible recaída al estar fuera de la institución están más relacionados con dificultades en la regulación de emociones ante situaciones que pudieran detonar algún tipo de angustia.

La línea de vida y la historia clínica ofrecen información que resulta congruente con parte de la información obtenida de las entrevistas semiestructuradas. Se evidencia una

dificultad para hacer remembranza de eventos o situaciones significativas, llegando a confundir varios momentos, teniendo que corregir y adecuar las fechas constantemente, no obstante, logran diferencias cuáles eventos son positivos o agradables y cuáles clasificarían como negativos o desagradables, en ambos casos involucrando a terceras personas o logros personales.

La historia clínica favorece la integración de información reportada de forma anecdótica proporcionada por los participantes para confirmar factores de riesgo en común como, por ejemplo, todos los participantes reportan provenir de núcleos familiares disfuncionales, desintegrados o reconstituidos. Adicionalmente, se reportan antecedentes de consumo asociados con las figuras parentales, cuidadores primarios o familiares cercanos. El desempeño académico es básico o inconcluso, siendo el grado máximo reportado de preparatoria trunca, aspecto que se sustenta con un funcionamiento de tipo lógico-matemático de nivel bajo comprobado en sesión a partir de la realización de ejercicios aritméticos sencillos de tres cifras, no obstante, la lectura, redacción y comprensión fueron consideradas adecuadas. Finalmente, el motivo de consulta de los participantes relacionó con dos aspectos principales: la regulación emocional y la mejoría en las relaciones interpersonales y que serán descritas más adelante en las Fichas de Registro para cada caso.

Con respecto a la Tarea de Regulación Emocional se obtienen cinco narrativas, de las cuales cuatro eligieron la opción “Resignificación”, ya que del análisis de sus escritos es posible extraer una actitud posicionada en tiempo presente y desde la cual valoraron los eventos pasados como aprendizaje. Solamente uno de los participantes eligió la opción “Ventilación”, observando desde la narrativa empleada la intención de expresar y describir un contenido emocional en relación con un evento determinado, sin una valoración desde el tiempo presente que diese un sentido al contenido expresado.

El análisis narrativo obtenido del Cuestionario Desiderativo permite observar preferencia por símbolos demasiado abstractos o amorfos como: nubes, elementos de la naturaleza (rayo, agua, viento, etc.), la oscuridad o bien, elementos alejados o inalcanzables, (nubes, luna, estrellas o cometas, aves, etc.), ambos elementos corresponden a un yo debilitado o inmaduro. Se perciben de igual forma selección de objetos polarizados, esto es, por un lado se mencionan símbolos que tienen la capacidad de desplazarse o cambiar constantemente de lugar, o bien se mencionan símbolos que por naturaleza o diseño

son de tipo estático (ej. motos o automóviles vs árbol o silla). Destacan elementos de una imagen personal desvalorada o con deseos de reconocimiento. De igual forma pueden ser analizados elementos que podrían indicar rasgos narcisistas. Algunos símbolos podrían indicar pulsiones sexuales al mencionar animales de tipo predatorio como: tiburones o leones. Finalmente, los tiempos de respuesta fueron breves y las argumentaciones incluían aspectos anecdóticos para fundamentar la elección hecha.

De las sesiones individuales con enfoque psicodinámico se determina la presencia de cierto grado de inmadurez de las funciones yoicas a partir de los discursos y remembranzas de los participantes, particularmente aquellas que corresponden al principio de realidad, el juicio crítico y la función sintético-integrativa (González y de las Cuevas, 1992). Es decir, primeramente, la proyección de los estados internos sobre la realidad externa de los participantes se evidencia en sus discursos, cuando estos interpretaron diversas situaciones de vida como dependientes de la situación sin identificar las interferencias debido a una constante necesidad de gratificación (capacidad de distinción entre estímulos internos y externos).

Se registran imprecisiones a causa de percepciones selectivas (percepción de los acontecimientos externos) por parte de los participantes y que pudo constatarse con preguntas de tipo anecdótico, lo último sobresale cuando cada uno de ellos tuvo que nombrar algunas de las circunstancias que pudieron haberse presentado en momentos específicos de la etapa de vida temprana. De los sentimientos emanantes se distingue incapacidad de los recursos personales para lograr una adaptación ante los acontecimientos nombrados.

Con respecto al juicio crítico, la anticipación de las consecuencias de la conducta es aún defectuosa y que puede evidenciarse con la sobrevaloración de las capacidades de los participantes ante situaciones que pudieran resultar conflictivas, demandantes o novedosas, llegando incluso a anticipar de forma inexacta las intenciones de los demás y que se puso de manifiesto durante las sesiones al conversar de situaciones que ocurrían al interior del centro de rehabilitación en interacción con los demás internos.

Finalmente, algunos indicios de un funcionamiento del Yo no integrado se evidencian en los participantes en una dificultad para plantear metas de vida consistentes. Si bien todos pudieron establecer objetivos a desarrollar una vez terminado el proceso de

recuperación, no todos pudieron establecer los pasos a seguir para alcanzar dichos objetivos. No obstante, cuando les era replanteada la posibilidad de aprovechar los esfuerzos que realizaban al interior del centro y que también incluía la interacción con los otros residentes, los participantes se revaloraban como eficaces y con los recursos necesarios para sobrellevar la rutina diaria con aspiraciones a desarrollar un cambio de vida.

A continuación se presentan las fichas para cada caso de los cinco participantes. Para proteger la identidad de los sujetos se han utilizado pseudónimos, estos no obstante, han fueron debidamente informados que para fines de investigación o académicos sus datos podrían ser utilizados garantizando su seguridad y confidencialidad. Estas fichas han sido adaptadas para incluir además de los motivos de consulta, un historial de consumo (edad de inicio, “droga de acceso” así como de la “droga de impacto”), el significado que ha tenido el consumo para el participante, tiempo en rehabilitación, las posibles dificultades de regulación emocional.

Fichas de Registro

Caso: “O”

- Edad: 27
- Tiempo en rehabilitación: Nueve meses y cinco días
- Inicio de consumo de sustancias: A partir de los 18 años
- Historial de consumo: Alcohol, tabaco, marihuana, Heroína
- Droga de acceso: Alcohol
- Droga de impacto: Heroína
- Posibles dificultades de regulación emocional: Dificultad en control de impulsos, acceso limitado a estrategias efectivas de regulación y falta de conciencia y claridad emocionales.
- Objetivo general: Favorecer la adquisición y el desarrollo de estrategias eficientes de regulación emocional ante diversas situaciones.
- Objetivos específicos: Conocer los aspectos presentes en la historia de vida que han dificultado el desarrollo de habilidades de regulación o bien han contribuido a su debilitamiento.

Caso: “JL”

- Edad: 20
- Tiempo en rehabilitación: Nueve meses
- Inicio de consumo de sustancias: A los 14 años
- Historial de consumo: Alcohol, tabaco, marihuana, MDMA (cristal/metanfetamina)
- Droga de acceso: Alcohol
- Droga de impacto: MDMA (cristal/metanfetamina)
- Posibles dificultades de regulación emocional: Dificultad en control de impulsos, acceso limitado a estrategias efectivas de regulación.
- Objetivo general: Favorecer la expresión de emociones y de estrategias más efectivas para su regulación.
- Objetivos específicos: Conocer los aspectos específicos presentes en la historia de vida que han dificultado el reconocimiento de emociones y su expresión para el desarrollo de habilidades más adaptativas.

Caso: “H”

- Edad: 22
- Tiempo en rehabilitación: Nueve meses
- Inicio de consumo de sustancias: A los 12 años
- Historial de consumo: Marihuana, Alcohol, MDMA (cristal/metanfetamina)
- Droga de acceso: Marihuana
- Droga de impacto: MDMA (cristal/metanfetamina)
- Posibles dificultades de regulación emocional: Posible dificultad en control de impulsos, acceso limitado a estrategias efectivas de regulación, negación de las respuestas emocionales, dificultad para alcanzar metas, falta de conciencia y claridad emocionales.
- Objetivo general: Favorecer la identificación y expresión de emociones y de estrategias más efectivas para su regulación.
- Objetivos específicos: Conocer los aspectos específicos presentes en la historia de vida que han dificultado el reconocimiento de emociones y su expresión para

el desarrollo de habilidades más adaptativas, así como de posibles técnicas de relajación o de control del estrés.

Caso: “A”

- Edad: 18
- Tiempo en rehabilitación: 20 meses
- Inicio de consumo de sustancias: A los 13 años
- Historial de consumo: Alcohol, tabaco Marihuana, Cocaína (Crack)
- Droga de acceso: Alcohol
- Droga de impacto: Cocaína (Crack)
- Posibles dificultades de regulación emocional: Dificultad en control de impulsos, acceso limitado a estrategias efectivas de regulación, negación de las respuestas emocionales, dificultad para alcanzar metas, falta de conciencia y claridad emocionales.
- Objetivo general: Favorecer la identificación y expresión de emociones y de estrategias más efectivas para su regulación.
- Objetivos específicos: Conocer los aspectos específicos presentes en la historia de vida que han dificultado el desarrollo de habilidades más adaptativas, así como de estrategias que favorezcan el intercambio de ideas o expresiones con otras personas a fin de reducir la tendencia hacia la desconfianza.

Caso: “L”

- Edad: 23
- Tiempo en rehabilitación: Nueve meses
- Inicio de consumo de sustancias: A los 15 años
- Historial de consumo: Alcohol, tabaco Marihuana, MDMA (cristal/metanfetamina)
- Droga de acceso: Alcohol
- Droga de impacto: MDMA (cristal/metanfetamina)
- Posibles dificultades de regulación emocional: Posible dificultad en control de impulsos, acceso limitado a estrategias efectivas de regulación, negación de las

respuestas emocionales, dificultad para alcanzar metas, falta de conciencia y claridad emocionales.

- Objetivo general: Favorecer la identificación y expresión de emociones y de estrategias más efectivas para su regulación.
- Objetivos específicos: Conocer los aspectos específicos presentes en la historia de vida que han dificultado el desarrollo de habilidades más adaptativas, así como de técnicas que favorezcan la comprensión de las emociones de terceras personas.

Puede apreciarse cierta similitud en el uso del lenguaje y significados atribuidos al consumo, que cada uno de los participantes ha ofrecido desde su propia experiencia subjetiva. Será a partir de estos y otros significados observados en el discurso de los participantes, que la transición de momentos específicos, es decir, previo, durante y posterior al tratamiento, podrán ser evidenciados. Sin embargo, dado que también se considera el trabajo grupal para abordar las necesidades detectadas de los participantes, se decide plantear una hipótesis de trabajo para el proceso grupal y que se presenta a continuación.

Hipótesis de trabajo

Los vínculos disfuncionales (relaciones objetales) en la etapa de desarrollo (contexto social con antecedentes de consumo normalizado) predisponen a los participantes a una posible inmadurez de las funciones yoicas (habilidades de inteligencia emocional), impactando en los patrones de regulación emocional y que se traducen en dificultades posteriores en diversas áreas de la vida adulta; manifestándose en comportamientos compulsivos y/o evitativos como principales estrategias de afrontamiento (teoría de apego y estilos de afrontamiento), vulnerando su calidad de vida y favoreciendo la aparición y mantenimiento de una dependencia al uso y abuso de sustancias.

A partir de esta hipótesis de trabajo se presentan las definiciones correspondientes de los conceptos que la componen. Cabe aclarar que los objetivos generales y específicos considerados en las fichas de registro de cada participante no corresponden necesariamente

al objetivo general y objetivos específicos de la intervención, mismos que serán mencionados en el siguiente capítulo.

Relaciones objetales

La teoría psicoanalítica de las relaciones objetales representa el estudio de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales y de las estructuras intrapsíquicas que derivan de las relaciones internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes (Ramírez, 2010; Rosado y Rosado, 2019).

Algunos atributos a las relaciones de objeto las encontramos en Margareth Mahler (Ramírez, 2010; Rosado y Rosado, 2019), quien afirma que después del nacimiento, el comportamiento del bebé es afectado por procesos reguladores determinados endógenamente; así, la tarea principal de la madre y el bebé consiste en regular y estabilizar los ciclos de sueño-vigilia, apetito-saciedad y de esta manera mantener el equilibrio homeostático como parte de la reciprocidad madre-niño cuyo principio, biológico fisiológico (bebé) y psicológico (madre) forman una suerte de unidad en la que ambos se autorregulan de forma alternada.

La importancia del desarrollo de la constancia del objeto no radica en que el niño pueda integrar los aspectos amorosos y afectivos de su madre con los hostiles e iracundos, sino también en que tenga la seguridad de que su relación afectiva se mantendrá a pesar de breves separaciones o de sentimientos temporales de rabia y resentimiento. Así el niño pasa de tener un comportamiento casi exclusivamente egocéntrico, demandante y de apego, a ser capaz de involucrarse en relaciones más duraderas, determinadas por el yo y caracterizadas por el afecto, la confianza y cierta consideración por los intereses y sentimientos de los otros.

Por su parte, Melanie Klein (Ramírez, 2010; Rosado y Rosado, 2019) diseña una nueva estructura de la mente, destacando los vínculos y no las pulsiones como fuerzas biológicas las que producen el desarrollo mental. En todo proceso psicológico siempre habrá una motivación con consecuencias para la realidad psíquica en la que el intercambio de aspectos internos y externos actúan simultáneamente y determinan una organización compleja en la construcción que cada individuo hace de su realidad posterior. Para Klein,

los objetos internos y las fantasías inconscientes producen significaciones dentro de la realidad psíquica y estos significados son los que se proyectan en la realidad externa dándole sentidos diferentes en cada momento vivencial. Lo esencial por tanto, es el vínculo emocional y las pulsiones tendrán sentido en la medida en que sean dirigidas a los objetos.

Otras contribuciones importantes están en Donald Winnicott (Ramírez, 2010; Rosado y Rosado, 2019), quién considera que la comunicación y la capacidad para dicho enlace están fuertemente ligadas con el establecimiento de las relaciones objetales y no es cuestión de un simple proceso madurativo, pues requiere y depende de la calidad del ambiente facilitador. Es la etapa temprana del ambiente facilitador la que proporciona al infante la experiencia de omnipotencia dentro del ámbito de una relación con los objetos subjetivos. Esto conduce al establecimiento de las primeras relaciones objetales y las primeras experiencias de gratificación instintiva y también lo que incluye y coexiste con él.

Estilos de apego

Es John Bowlby (1969/1995; en Benlloch-Bueno, 2020) quién desarrolla la Teoría del Apego, la cual describe el efecto que producen las experiencias tempranas y la primera figura vincular en el desarrollo del niño apenas nace. Es a través de esta relación donde se experimentan los primeros sentimientos (seguridad, afecto, confianza vs inseguridad, abandono, miedo), a través de los cuales se establece la figura de apego como una base segura.

Es a partir de estas experiencias tempranas que se determina el escenario de otras a futuro (Hiebler-Ragger y Unterrainer, 2019). El desarrollo de diferentes psicopatologías ha logrado asociarse a la luz de diferentes interacciones en etapas tempranas. Por lo tanto, un apego seguro se ha asociado generalmente como un factor protector, mientras que un apego inseguro ha correlacionado con mayores grados de vulnerabilidad de la persona. Es gracias a la teoría de apego que podemos estudiar estas dinámicas interpersonales tempranas como una motivación primaria.

Es la calidad del vínculo con el cuidador primario lo que influye tanto en el desarrollo físico y cognitivo del niño, así como en su desarrollo emocional y afectivo. Estos modelos son representaciones de uno mismo y de los demás que ha ido adquiriendo a lo

largo de su vida como resultado de la interacción con el ambiente y fundamentalmente, con las figuras de apego (Benlloch-Bueno, 2020). Se identifican así cuatro estilos de apego:

- Apego seguro: Se logra a través de un contacto continuo, afectuoso y sensible a las necesidades del niño, que se muestra sociable y con un nivel alto de exploración.
- Apego inseguro evitativo: se observa en niños cuyos cuidadores presentan conductas de rechazo, rigidez, hostilidad, aversión al contacto, intrusividad/intrusismo y/o dificultad para regular sus emociones. Los niños evitan el contacto cercano y se distancian de su cuidador.
- Apego resistente/ambivalente: es propio de niños que responden con conductas de protesta, con ansiedad de separación y con enfado y/o ambivalencia en la reunión. Su cuidador se encuentra física y emocionalmente disponible de manera inconsistente y el niño se siente inseguro y con temor a explorar y a separarse de su cuidador.
- Apego desorganizado: caracterizado por presentar mayor inseguridad que los anteriores y por responder con conductas confusas, contradictorias y/o aprensivas como respuesta al acercamiento de la figura de apego.

Fases del desarrollo

El ser humano nace con una carga genética que encuentra su base en la fisiología y se puede equiparar a un potencial innato, que tanto la madre como el ambiente pondrán en marcha. Aunque el bebé nazca y se mantenga completamente dependiente, la calidad del vínculo con el objeto madre va a matizar su desarrollo.

- Fase oral: En la etapa oral, la madre tiene un papel primordial en las experiencias, ella forma la base para que el bebé vaya construyendo su realidad. Domina durante el desarrollo inicial del Yo. La boca es el centro de adaptación y dominio más eficiente.
- Fase anal: Segunda fase de la evolución libidinal, y se caracteriza por una organización de la libido que se sitúa cuando se empieza a disolver la unidad simbiótica hasta la fase edípica. El niño puede ofrecer resistencias a las presiones sociales de aprendizaje, sentir que ejerce el control.

- Fase fálica: Caracterizada por el proceso edípico. La libido evoluciona y sigue su desarrollo por la zona corporal genital. Es la zona donde se produce placer considerable y es cuando se produce la masturbación infantil, caracterizada por el simple placer sensorial. Aumentan las diferentes ansiedades que se producen en esta etapa. Se estructura la situación edípica, que quiere decir que el niño varón tiene una preferencia notable por su madre y desea tener lejos al padre, y en la niña a la inversa. Este deseo desencadena un gran sentimiento de rivalidad hacia el padre del mismo sexo.
- Latencia: Latencia en cuanto a metas, no a efervescencia sexual. Etapa en la que la sexualidad tiene que reprimirse para permitir el paso al aprendizaje. Es la época de aprender a aprender, que constantemente puede verse interferida por la sexualidad; lo importante es ayudar al niño a poner en segundo término la sexualidad. Si la educación en las fases anteriores no fue efectiva, es al final de la latencia cuando se presentan los primeros síntomas de anormalidad sexual.
- Fase genital: Se ha renunciado al deseo del incesto y al deseo de eliminar al padre (o a la madre), los intereses genitales se han transferido a un objeto heterosexual que no representa al objeto del incesto, sino que ha tomado su lugar. El complejo de Edipo ya no existe en realidad, no está reprimido, sino libre de catexias.

Funciones yoicas

El conocimiento de las funciones yoicas tiene una importancia decisiva en el trabajo psicoterapéutico (González-Núñez, y Rodríguez-Cortés, 2008). Es a la luz de un adecuado conocimiento del funcionamiento yoico del paciente que es posible llegar a una conceptualización y plan de tratamiento. Datos de la historia y del comportamiento del paciente pueden servir para elaborar hipótesis acerca del conflicto principal. Bellak (1952; 1984; en Juni, Stack y Muir-Burton, 2000), con su aportación de la evaluación de las funciones del yo, suministra una metodología coherente y sistemática para el estudio de procesos psicodinámicos. Las doce funciones propuestas se mencionan a continuación:

1. Prueba de realidad: Uno de sus principales componentes es la capacidad perceptiva y cognitiva que permite distinguir entre estímulos internos y

externos. La validación de percepciones intrapersonales o interpersonales es otro componente, así como la orientación en tiempo y espacio.

2. El juicio: Aptitud para darse cuenta de las posibles consecuencias de la conducta intentada o realizada. Función social que implica la capacidad del yo para apreciar su interacción con la realidad externa.
3. Sentido de la realidad: Se manifiesta fenomenológicamente en el grado en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y son incorporados. Está determinado por el grado en que un individuo ha dominado el proceso de separación-individuación, de tal modo que el *self* y las representaciones del objeto son distintas.
4. La regulación y el control de pulsiones y afectos: Implica la capacidad del yo para manejar aquellas pulsiones que tienen impacto sobre él. La dirección de la expresión de la pulsión, el grado de tolerancia a la frustración y el grado en que los derivados de la pulsión se canalizan a través de la ideación.
5. Las relaciones de objeto: Comprende tanto el tipo como el estilo de relación con los demás y como estos son percibidos, ya sea como entidades separadas, como personas simbióticas o como extensiones del sí mismo.
6. El proceso de pensamiento: Refiere a la capacidad de pensar con claridad. Se manifiesta a través de la habilidad para comunicar de manera inteligible los propios pensamientos.
7. La regresión adaptativa al servicio del yo: Permite el relajamiento de la agudeza cognitiva y de los modos del proceso secundario para facilitar la emergencia de las formas de ideación inconscientes y preconscious más móviles. Involucra la capacidad de interrumpir y revertir la regresión, y de volver al proceso secundario del pensamiento; además de utilizar la regresión de manera adaptativa y producir nuevas configuraciones e integraciones creativas.
8. El funcionamiento defensivo: Incluye el grado en que las defensas reducen con éxito los afectos disfóricos (ansiedad, depresión) y el grado en que se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas de la ideación y de la conducta.
9. La barrera de estímulos. Tiene dos componentes básicos; uno receptivo y uno expresivo. El receptivo es el umbral de sensibilidad del sujeto para la

estimulación sensorial y la conciencia de esta. El componente expresivo se relaciona con la manera en que el sujeto responde a los diferentes grados de estimulación, con énfasis particular en si los mecanismos de ajuste son adaptativos o desadaptativos.

10. El funcionamiento autónomo: Las funciones autónomas primarias son la percepción, la atención, la inteligencia, la intencionalidad, la memoria, el lenguaje, la sensación y la expresión motriz. La autonomía secundaria comprende tanto los hábitos, las capacidades y los patrones de conducta que son combinaciones de funciones autónomas primarias, como aquellas que son combinaciones de funciones autónomas primarias. La autonomía implica la libertad de deterioro de estas operaciones en cuanto a la intrusión de conflicto, de ideación, de afecto y/o de pulsiones.
11. La función sintética-integrativa: Capacidad para integrar experiencias conductuales y/o psicológicas, potencialmente discrepantes que pueden manifestarse en pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones. Otro componente es la capacidad para interrelacionar o integrar experiencias conductuales y/o psicológicas, que no necesitan ser contradictorias. Facilita las experiencias de conexión y continuidad.
12. La relación dominio-competencia: Refiere a la capacidad de dominar al medio con recursos propios. Tiene tres componentes; actuación objetiva; sentido subjetivo de competencia y grado de concordancia entre la actuación y las expectativas González-Núñez, y Rodríguez-Cortés, 2008.

Pulsión

Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin, tiene medios para conseguirla y es perentoria.

Angustia

Emoción que tiene como principal característica el ser displacentera. Es el afecto displacentero que acompaña una tensión pulsional no satisfecha. Es un sentimiento difuso de malestar y aprensión que se refleja en trastornos viceromotores y modificaciones de la tensión muscular.

Represión

Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconscientes representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligadas a la pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por sí misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

Catexia

Concepto económico, la catexia hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etcétera.

Principio de placer

Principio mediante se rife el funcionamiento mental. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y proporcionar placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de estas, el principio de placer constituye un principio económico.

Trauma

Según la teoría Freudiana de la seducción, el trauma es ante todo una vivencia que, al haber excedido la capacidad de comprensión o de simbolización del niño, en un segundo momento – cuando ya tenga esa capacidad – lo dejará librado a un “cuerpo extraño interno” atacante desde lo interior. Lo que ataca al Yo desde el interior – manifestándose como angustia – es la pulsión sexual, y la vivencia que excede la capacidad de comprensión es la confrontación con la sexualidad del adulto: en esta teoría de Freud se trata, concretamente, del abuso sexual de un adulto perverso (seducción infantil).

La teoría de la seducción traumática, que Freud propuso para explicar la psicopatología, ha sido reelaborada por Laplanche con el objetivo de explicar la constitución del orden pulsional y del aparato psíquico de todo ser humano. Para ello es necesario pensar la sexualidad del adulto, impuesta al niño, como algo más amplio que el atentado sexual manifiestamente perverso. Se trata de considerar, en la relación adulto/niño, la intervención de la sexualidad infantil del adulto.

Laplanche no dejará de insistir en que la sexualidad infantil del adulto interviene necesariamente en la relación de apego, sin que el niño venga al mundo preparado para responder a ella. Así, aunque en el animal se trata de una relación simétrica cría/adulto, en el ser humano se caracteriza, además, por una asimetría en el plano sexual: el adulto tiene constituido el inconsciente (y la pulsión sexual) mientras que el niño debe llegar a constituirlo. En este sentido, o en este plano de la relación, el niño siempre es pasivo por relación al adulto y se encuentra expuesto al traumatismo.

Inteligencia emocional

La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento, la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997; en Sosa-Correa, 2019). La rama más alta de estas habilidades está relacionada con la regulación consciente de las emociones.

Regulación emocional

Las reacciones emocionales, cuando ocurren, deben ser toleradas, independientemente si resultan agradables o desagradables. A medida que el niño crece, aprende de sus cuidadores a expresar ciertos sentimientos y a sustituirlos por otros, gradualmente, el niño interioriza esta división entre sentimiento y acción y comienza a aprender que las emociones pueden ser separadas del comportamiento.

La regulación emocional es la habilidad más compleja de la inteligencia emocional, ya que requiere de las anteriores para su adecuada ejecución. Esta habilidad permite manejar el mundo emocional propio y ajeno. Tal como ocurre con las habilidades previas,

para gestionar adecuadamente las emociones de los demás debemos primero gestionar las nuestras, en otras palabras, estar abierto a los sentimientos y tolerar tanto aquellos que resultan placenteros como los displacenteros. Dicha tolerancia permitirá reflexionar acerca de los sentimientos, utilizando o descartando, según su utilidad, la información que proporcionan.

Dificultades de regulación emocional

En el contexto de la investigación en regulación emocional y en un intento de sistematizar la medición de sus dificultades, Gratz y Roemer (2004; en Guzmán-González, Carrasco, Figueroa, Trabucco y Vilca, 2016) elaboraron un modelo basado en una conceptualización integradora del constructo, al concebir el proceso de regulación emocional y las dificultades asociadas a este no sólo a partir de la modulación de afectos negativos y de actuar en la consecuencia de los objetivos trazados, sino también del conocimiento, comprensión y aceptación de las emociones y la posibilidad de acceder a las estrategias de regulación percibidas como efectivas. Así, identifican un abanico de dificultades que ocurren en distintos momentos del proceso de regular las emociones: a) descontrol emocional; b) interferencia cotidiana; c) desatención emocional; d) confusión emocional; e) rechazo emocional; f) dificultad para acceder a estrategias adaptativas de regulación emocional.

Patrones de regulación emocional

Las teorías alrededor de la regulación emocional han evolucionado desde lo psicoanalítico, estudios sobre estrés y adaptación hacia diversas subdisciplinas psicológicas, entre ellas las teorías del desarrollo, de la personalidad y la teoría social. Varios de estos conocimientos remarcan el intercambio entre los diversos procesos cognitivos y emocional en relación con el modo en como el individuo se adapta a su ambiente. Estas teorías han sido desarrolladas hasta alcanzar el nivel de modelos explicativos, siendo algunos ejemplos los de Lazarus (1991), Lewis (1996) y Gross (1998) (en Eftekhari, Zoellner y Vigil, 2009).

Estilos de afrontamiento

Corresponden a aquellas estrategias cognitivas, emocionales y comportamentales dirigidas al control interno o externo de demandas sobre la persona implicada en el ambiente. Estas estrategias pueden clasificarse como adaptativas si estas van dirigidas hacia el factor estresor o bien hacia las emociones relacionadas con este, es decir, son flexibles y eficientes; o clasificarse en desadaptativas o evitativas si están dirigidas a la evasión de la situación estresante así como de las emociones que de ella emergen, en otras palabras, se vuelven patrones rígidos y socialmente inapropiados. Este compendio de estrategias se considera una influencia importante en el desarrollo, curso y tratamiento de diversos trastornos mentales, ya que tienden a repetirse si su empleo ha sido eficiente en el pasado de forma que toda persona desarrolla su propio estilo de afrontamiento volviéndose un rasgo de su propia personalidad (Adan, Antúnez y Navarro, 2017; Ciobanu, Di Patrizio, Baumann, Schwan, Vlamynck, Bédès, Clerc-Urmès, Viennet y Bourion-Bedes, 2019).

3. Programa de Intervención

3.1 Descripción del Plan de Intervención

La intervención fue diseñada para tener una duración de 22 sesiones con una periodicidad semanal y tiempo aproximado de 60 minutos para las sesiones individuales y de 90 minutos para las de tipo grupal. Estas fueron repartidas en tres fases iniciales, dependiendo de los objetivos terapéuticos propuestos a alcanzar.

El diseño terapéutico, así como el objetivo general y los objetivos específicos que se incluyen más adelante en este apartado, están basados en la teoría, estrategias y técnicas de intervención planteadas para el tratamiento de personas en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias desde la Terapia Psicoanalítica (González-Núñez y Rodríguez-Cortés, 2008; Lora y Calderón, 2010; Rosado, 2019); la Terapia Cognitivo Conductual de la tercera ola también conocida como la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (Luciano-Soriano, y Valdivia-Salas, 2006; Luciano-Soriano, Páez-Blarrina, y Valdivia-Salas, 2010; Hernandez-Ardieta, 2014) y la Terapia Humanista-Gestalt, particularmente desde sus aportes para la terapia grupal (Yalom, 2000; Perls *et al*, 2001; Yalom y Leszcz, 2008; Francesetti *et al*, 2013). Las estrategias de intervención expuestas en el presente

diseño se emplearon de manera que fueran cubiertas las necesidades de cada participante identificadas en el proceso de diagnóstico.

3.1.2 Evaluación del proceso

Previo al proceso de intervención fueron empleados diferentes instrumentos para evaluar los posibles alcances al final de éste. Debido a que la intervención se realizó con un enfoque integrativo, por lo que el uso de mecanismos pertenecientes a los enfoques previamente mencionados fue contemplado como criterio necesario para obtener resultados con la menor contaminación posible, sin embargo, esta selección también debía corresponder con los objetivos de la propia intervención, así como a las variables propuestas tras la revisión teórica; de igual manera, al considerar el abuso de sustancias como un factor con incidencia significativa (Latkin, Edwards, Davey-Rothwell y Tobin, 2017) en la validez de los datos obtenidos en instrumentos de autorregistro, también fue necesario seleccionar instrumentos que pudieran aplicarse a poblaciones en contextos ambulatorios y que estuvieran disponibles al momento de realizar la intervención.

Partiendo de lo anterior, se eligen instrumentos con el objetivo de comparar momentos de intervención que pudiesen ofrecer información esencial con respecto a los estados emocionales subjetivos, específicamente de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de ansiedad y depresión (DSM-5, 2014), dado que estos son considerados como factores de riesgo individuales (Carrillo-López *et al*, 2018) con comorbilidad en el abuso y dependencia a sustancias. Para estos efectos, el Inventario de Depresión de Beck, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 2009) y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger y Díaz-Guerrero, 2002) fueron considerados pertinentes.

La subprueba “Efecto Stroop”, de la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales, de la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales-2 (Flores-Lázaro, Ostrosky-Shejet y Lozano-Gutiérrez, 2014), que valúa la capacidad del sujeto para inhibir respuestas automáticas, involucrando principalmente áreas frontomediales, en particular la corteza anterior del cíngulo, fue empleada para identificar algún posible efecto residual del consumo de sustancias o bien, de las funciones ejecutivas actuales en los participantes (Miles-Cox y Salehi-Fadardi, 2006).

Para valorar posibles disminuciones en las capacidades para experimentar y diferenciar emociones, así como para monitorear, evaluar y modificar la intensidad de estas, también denominadas Dificultades Emocionales, asociadas a padecimientos frecuentes como la depresión, ansiedad y conductas desadaptativas, la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS por sus siglas en inglés), versión en español (Marín-Tejeda, Robles-García, González-Forteza y Andrade-Palos, 2012; Hallion, Steinman, Tolin y Diefenbach, 2018), fue considerada para evaluar estas dificultades en los participantes, identificando seis dominios clínicamente relevantes: 1) la falta de conciencia o atención emocional; 2) la falta de comprensión o claridad emocional; 3) la no aceptación de las respuestas emocionales; 4) las dificultades en el control de los impulsos; 5) el acceso limitado a estrategias eficaces de regulación emocional; y 6) las dificultades para persistir en una conducta dirigida por objetivos cuando se está emocionalmente excitado.

La observación del lenguaje verbal de los participantes durante las sesiones también fue considerada como herramienta de evaluación a fin de identificar el grado de afección generado por los introyectos, proyecciones y retroflexiones en la vida cotidiana de estos, así como de los patrones habituales del paciente para interrumpir una regulación emocional adaptativa.

3.1.3 Fases de intervención

Se establece un programa de tres fases, para dividir las sesiones correspondientes, primeramente desde el enfoque de la Terapia Psicoanalítica para realizar un diagnóstico psicodinámico de los participantes; en un segundo momento se da paso al uso de técnicas en un grupo reflexivo y taller psicoeducativo desde los aportes de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC); para finalmente hacer empleo de estrategias de toma de conciencia y regulación emocional desde el enfoque Humanista-Gestalt en un formato de terapia de grupo. Estas fases se describen a continuación.

Fase I (Psicodiagnóstico). Partir del enfoque teórico de la Terapia Psicoanalítica, con el objetivo de identificar los mecanismos o la estructura de personalidad de los participantes de forma individual. Obtener información suficiente como para establecer un diagnóstico clínico diferencial, que permita determinar posibles rasgos de personalidad o

estructura caracterológica, a partir de los datos obtenidos de las cogniciones, los sentimientos y las conductas. Relevante de igual forma será, el poder determinar cuál es la función que el consumo de sustancias tuvo en un momento previo al proceso de recuperación, para cada participante. De la elaboración de un encuadre psicoanalítico propio de la toxicomanía de cada participante, se espera también poder hacer inferencias en relación con sus historias de vida y establecer planteamientos sobre posibles dificultades de afrontamiento y regulación emocional con un origen etiológico en algún momento del proceso de las etapas de desarrollo psicosexual.

- Sesión uno: Encuadre. Establecer los acuerdos de trabajo y confidencialidad. Iniciar con una entrevista semi-estructurada como parte del proceso de diagnóstico. Conocer antecedentes (biológicos, psicosociales y ambientales) en relación con la experiencia de consumo.
- Sesión dos: Explorar a más amplitud la relación de cada participante con su tipo de consumo. Momentos, situaciones, memorias o sentimientos asociados a este. Observar el lenguaje empleado y cuáles podrían ser los temas iniciales de mayor profundidad. Inicio de la Historia Clínica.
- Sesión tres: Explorar la revisión de situaciones significativas en relación con objetos o personas durante la historia de vida. Favorecer la expresión oral de los participantes para la descripción de estas situaciones con la estrategia “Línea de vida”.
- Sesión cuatro: Determinar la posible separación de dos momentos. El consumo previo a la adicción y el consumo a partir de la aparición de esta. Solicitar la identificación de un momento de vida considerado como relevante en el presente para desarrollarlo en la sesión.
- Sesión cinco: Explorar situaciones actuales en relación con familiares o residentes. Identificar intereses y las estrategias consideradas para llevarlos a cabo.
- Sesión seis: Empleo del “Cuestionario Desiderativo” para la identificación de catexias. Así como del instrumento “Tarea de Regulación Emocional” para la identificación de estrategias de afrontamiento.

- Sesión siete: Cierre de sesión en formato individual. Replantear el motivo inicial de cada participante previo al inicio de la terapia y valorar posibles alcances en relación con el mismo. Elaboración de diagnóstico nosológico.

Fase 3 (Grupo reflexivo y psicoeducación). Establecimiento del Marco Relacional y aplicación de la Filosofía del Contextualismo Funcional de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). Esta fase se enfoca a identificar cualesquiera pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales y recuerdos que acompañan cualquier malestar o dificultad de regulación en el participante, precipitando las acciones de evitación o escape, esto es entendido por la teoría como Patrón Evitativo de la Experiencia. El objetivo esencial de identificar este patrón es el alterar su función, cambiando el contexto en el que dichos eventos ocurren.

- Sesión ocho: Encuadre. Explicar el comienzo de otro momento en el proceso; un ejercicio de diálogo y reflexión de forma grupal en torno a tres temas seleccionados con antelación. Resolución de dudas. Primer tema para reflexionar: “¿Qué significado tiene para ti, ser hombre?”.
- Sesión nueve: Recordar la dinámica del ejercicio de diálogo y reflexión grupal. Hacer mención del tipo de lenguaje, símbolos o signos empleados para generar las descripciones o el intercambio de discursos. Identificación de valores trascendentales de apoyo. Segundo tema para reflexionar: “¿Qué significado tiene para ti, la madurez y cómo crees que se relaciona con las emociones?”.
- Sesión diez: Recapitulación de las sesiones anteriores y del lenguaje utilizado para el intercambio de ideas. Proponer a los participantes una perspectiva alternativa a sus descripciones, partiendo de la funcionalidad de los discursos empleados. Tercer tema para reflexionar: “¿De qué manera crees que lo dialogado en las sesiones anteriores sirva a tu proceso de rehabilitación?”.
- Sesión once: Encuadre. Explicar los usos del lenguaje en la creación de contextos y explicación de la realidad. Partir de ejemplos obtenidos de la reflexión grupal y contrastarlo con otros lenguajes, para este caso, con los 12 Pasos de Alcohólicos Anónimos. Analizar los pasos 1, 2 y 3 y favorecer la descripción de nuevos contextos a partir del lenguaje.

- Sesión doce: Identificar de qué manera el lenguaje empleado favorece o dificulta otros procesos como la regulación emocional y el afrontamiento de situaciones a través del uso de la metáfora. Analizar los pasos 4, 5 y 6 y favorecer la descripción de nuevos contextos a partir del lenguaje.
- Sesión trece: Explicar de qué formas el lenguaje puede volverse rígido ante determinadas situaciones y ofrecer estrategias para su flexibilización. Describir aquello que es relevante para los participantes para la creación de nuevos contextos. Analizar los pasos 7, 8 y 9 y favorecer la descripción de nuevos contextos a partir del lenguaje.
- Sesión catorce: Resignificación de experiencias, recuerdos o memorias. Emplear el lenguaje para la descripción fenomenológica de las sensaciones corporales, de los sentimientos y de las ideas que surjan del intercambio como una estrategia recurrente en la prevención de recaídas. Analizar los pasos 10, 11 y 12 de la literatura de Doce Pasos.

Fase 3 (Terapia de grupo). Enfoque desde los aportes de la terapia Humanista-Gestalt. La premisa principal es la de fomentar el ejercicio del aquí y el ahora con los participantes permitiendo que surja la experiencia de ansiedad y sostenerla, a través de técnicas que permitan disminuirla o afrontarla con mejores recursos personales manteniendo el foco de atención en las dinámicas interpersonales. Uno de los objetivos de este momento de la intervención será el de resaltar la importancia sobre el aprendizaje de las relaciones interpersonales y de entender al grupo como un microcosmos social con interacciones dinámicas. Es a partir de estas interacciones que los patrones de regulación pueden manifestarse y es a través de la integración con el grupo que estos mismos pueden ser renovados. Los participantes practicarán a ser conscientes de su propia visión personal y subjetiva, para favorecer la comprensión de la experiencia adictiva como un proceso, tanto la propia como la de los demás.

- Sesión quince: Encuadre. Identificación de posibles dudas y expectativas. Dirigir las técnicas a la cohesión de grupo y las bases del aprendizaje interpersonal. Al final de la sesión, se pide al grupo elaborar una frase de forma colectiva que resuma o refleje los aprendizajes adquiridos del día.

- Sesión dieciséis: Recapitular los aprendizajes de la sesión anterior. Plantear ejercicios sencillos que favorezcan la toma de conciencia a nivel de sensaciones corporales y emocionales, el diálogo en grupo y el compartimiento de experiencias, para establecer una dinámica de interacción. Elaboración de la frase del día.
- Sesión diecisiete: Recapitular los aprendizajes de la sesión anterior. Establecer la relación interpersonal como proceso a partir de la descripción y reflexión sobre los aspectos relaciones en determinado momento que influyen en las afirmaciones, en la forma que estas adquieren y hacia quienes van dirigidas. Elaboración de la frase del día.
- Sesión dieciocho: Recapitular los aprendizajes de la sesión anterior. Continuar con ejercicios grupales encaminados hacia la toma de conciencia que surjan de las experiencias compartidas para contrastarla con las experiencias personales de los demás participantes. Elaboración de la frase del día.
- Sesión diecinueve: Recapitular los aprendizajes de la sesión anterior. Fomentar el intercambio interpersonal con preguntas que favorezcan diversas perspectivas (ej. ¿Por qué habrá mencionado eso? ¿A qué se podría estar refiriendo? ¿Cuál de estas observaciones es la correcta? ¿De qué forma esto involucra al grupo?). Elaboración de la frase del día.
- Sesión veinte: Recapitular los aprendizajes de la sesión anterior. Favorecer que los participantes identifiquen que lo que ellos hacen influye de alguna forma en las actitudes o reacciones de los demás y desde ahí poder mirar la propia responsabilidad en las acciones del día a día. Elaboración de la frase del día.
- Sesión veintiuno: Preparar el cierre del grupo. Recapitular los aprendizajes de las sesiones anteriores como estrategias a emplear ante situaciones de excitación emocional como prevención de recaídas. Reconocimiento del grupo como un microcosmos de dinámicas interpersonales. Elaboración de la frase del día.
- Sesión veintidós: Sesión de cierre. Verbalizar los aprendizajes y de las posibles nuevas miradas adquiridas. Elaboración de la frase del día.

3.2 Fundamentación

El proceso de la intervención realizada presentó numerosos retos de forma previa, durante e incluso al finalizar dicho proceso. El fenómeno de la adicción es en sí mismo complejo y abordarlo desde un enfoque que integre las posturas de diferentes enfoques se añade a esta complejidad.

Puesto que el punto de partida del proceso integrativo así como del abordaje que se le dio a la intervención corresponde al enfoque Psicoanalítico, resultó pertinente identificar aquellas posturas teóricas que fuesen consideradas de mayor relevancia para el abordaje de las adicciones; tal fue el caso de la Teoría del apego, de donde es posible encontrar ramificaciones con otros conceptos como las relaciones objetales, los estilos de apego y la inmadurez de las funciones yoicas para considerar las coordenadas iniciales en un mapa diagnóstico que hiciera un poco más sencillo el tránsito hacia los elementos específicos de las estructuras de la personalidad de los participantes en relación a sus experiencias de consumo.

Sin embargo, es preciso mencionar que la Teoría del Apego no fue la única referida con frecuencia por numerosos autores. Otra de las posturas que apareció constantemente durante la revisión teórica es la que corresponde a la mirada de la Toxicomanía, propuesta por Freud (1882, 1884) y retomada posteriormente por Lacan (1938) (en González-Martínez, 2016). Podría decirse que es considerado como un campo de estudio en sí mismo dentro del Psicoanálisis.

El objetivo de mencionar esto ahora y no durante la elaboración del Marco Teórico, es debido a que la Toxicomanía no sólo representa un campo de estudio amplio, sino uno que además constituye su propia noción de Tóxico y de adicción. No obstante, es dado a que los aportes que de esta teoría se derivan, que son de importancia para el estudio de las adicciones dada la amplitud con la que incluyen factores sociales, políticos y económicos al momento de erigir sus propuestas teóricas. De sus aportes se ha tomado uno de los aspectos considerados como cruciales al momento de hacer una intervención desde la clínica psicoanalítica de la Toxicomanía con mirada Lacaniana.

Se hace referencia desde luego al hecho de considerar al sujeto como objeto de la toxicomanía (Cáceres, 2018). Desde esta propuesta psicoanalítica, la adicción no se presenta como una estructura *sui generis*, independiente de las estructuras subjetivas ya

conocidas (neurosis, psicosis, perversión). En cambio, la adicción con frecuencia es presentada por los sujetos como una identificación que viene desde el discurso social, es decir, se aprecia más como un rasgo imaginario que como fenómeno estructural.

Este planteamiento permite escuchar a un sujeto que habla en relación con un tóxico como aquello que le ha permitido borrarse o silenciar su sufrimiento (Cáceres, 2018). El costo de dicha función es mantenerse fijado compulsivamente en un goce que le impide emerger como sujeto deseante (ante un otro). El sujeto neurótico sería aquel que podría llegar a tolerar la pérdida del objeto droga mediante la reinscripción de la castración en la palabra; por otro lado, el sujeto psicótico corre el riesgo de perder el anudamiento que lo mantiene enlazado con lo social. En otras palabras, desde aquí se pueden establecer los primeros planteamientos para un diagnóstico diferencial partiendo del tipo de función que el consumo haya tenido para la persona.

Desde el análisis psicoanalítico de la toxicomanía, cada sujeto desarrolla una relación propia con el tóxico, en otras palabras, se dirige la mirada al individuo, invirtiendo con ello la aparente importancia de la sustancia, lo que permite a su vez entender que la adicción no ocurre de manera arbitraria, sino que cumple con una función específica y que podría estar relacionada con el tipo de estructura subjetiva de la persona, según su demarcación en el espectro, bien sea dentro de la neurosis, en la psicosis o entre los límites entre una y otra. Esta perspectiva permite considerar a los criterios diagnósticos relacionados más propiamente con posibles trastornos de personalidad (DSM-5, 2014), a diferencia de considerar únicamente desde el comienzo, criterios relacionados con un trastorno por consumo de sustancias y que en cambio podría limitar los alcances del proceso de intervención en general.

Al considerar una diversidad de estructuras caracterológicas subyacentes y presentes durante el consumo, previo a las manifestaciones del comportamiento adictivo, estas en cambio podrían ofrecer más pistas sobre el tipo de desarrollo que estuvo presente en años cruciales de vida y que pudieron haber favorecido, no sólo el desarrollo sino el mantenimiento del consumo como principal estrategia de afrontamiento ante situaciones de angustia. Lo anterior podemos representarlo con otro elemento extraído de los aportes lacanianos denominado como la “cancelación tóxica del dolor” (González-Martínez, 2016; Cáceres, 2018), y que representa una forma ilusoria de regresar al estado previo de la

castración, es decir, al momento en el que la fantasía no logra ser internalizada y el mecanismo de represión se ve en cierto modo sustituido por un agente externo. Se plantea un esquema de esta cancelación en la Figura 4.

El análisis psicoanalítico Lacaniano elabora un modelo propio de la toxicomanía (González-Martínez, 2016a; González-Martínez, 2016b; Moreira, 2018; Mas, 2019) a partir del goce, la fantasía, los significantes y la relación con el objeto, elementos ya propuestos anteriormente por Freud (González-Martínez, 2016; Cáceres, 2018), y que han servido desde entonces y particularmente desde inicios del siglo XX, como una lectura de las transformaciones sociales, de sus formas de consumo y de la inmediatez de los placeres. Bajo esta mirada se pretende extraer el mayor provecho a la Teoría del Apego (Potik, 2016), dado que ésta ya establece la importancia de analizar el vínculo madre-hijo, un vínculo que indudablemente ha tenido que adaptarse a las nuevas configuraciones sociales, haciendo también del análisis psicoanalítico el pilar principal al cual se suman los demás enfoques (Rosado, 2019) para estructurar un modelo integrativo.

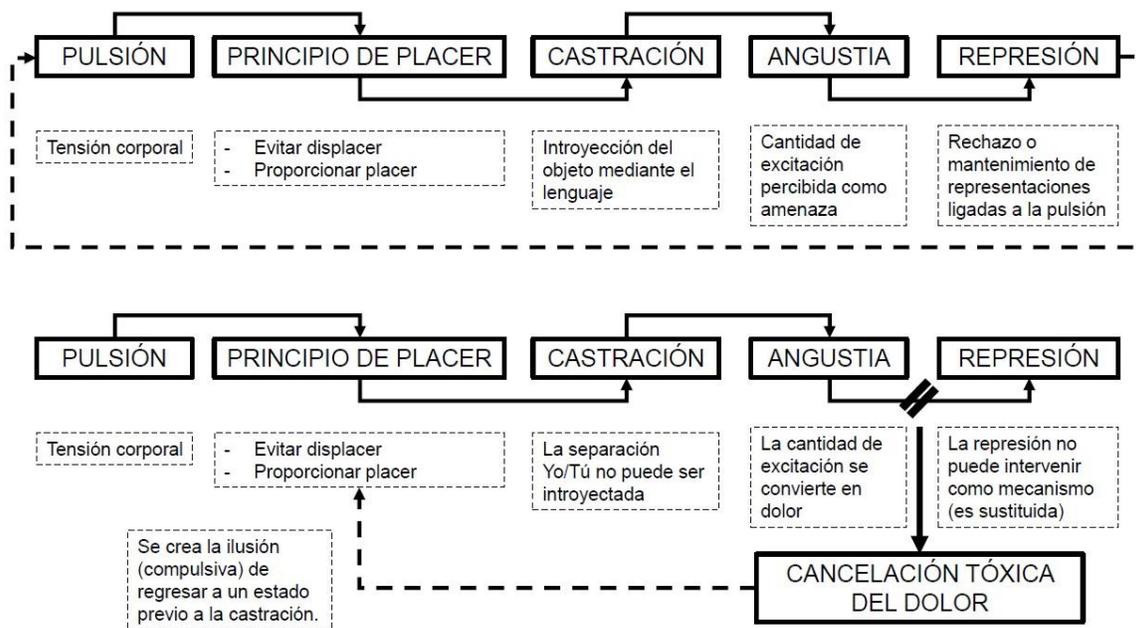


Figura 4. La cancelación tóxica del dolor (González-Martínez, 2016; Cáceres, 2018) como sustitución de la represión.

La intervención propuesta intenta construir un análisis que facilite al terapeuta un abordaje más allá de la sustancia, esto es, observando los factores pertenecientes a la personalidad que por sí mismos constituyen los cimientos de una vulnerabilidad ante la dependencia y de ser así, atenderlos más allá de enfocar la atención a reducir el impacto de un comportamiento dependiente. Es a la luz de estos factores que los aportes de los enfoques Cognitivo-Conductual y Humanista-Gestalt podrán ser mejor aplicados.

La Filosofía del Contextualismo Funcional (Terapia de Aceptación y Compromiso) se dirige a romper la reacción literal ineficaz establecida en la historia individual de la persona, promoviendo una actuación ajustada a lo que las condiciones demandan y según lo que él/ella valore como trascendente para sí misma. El Marco Relacional implica la creación de nuevas formas de afrontamiento ante situaciones de angustia de aquellas de tipo aversivo o discriminativo correspondientes al Patrón Evitativo de la Experiencia, permitiendo comprender, razonar y derivar conclusiones que hagan al participante más exitoso en la regulación de sus efectos desadaptativos.

Esto lo podemos apreciar mejor en el esquema de la Figura 5, que presenta las seis premisas (Stoddard, Afari y Hayes, 2014) que componen el tratamiento de la Inflexibilidad Cognitiva desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso y que representan 6 momentos del proceso: 1) Aceptación vs Evitación de la experiencia (involucra el reconocimiento de experiencias sin intentar evadirlas, cambiarlas o controlarlas); 2) Difusión vs fusión cognitiva (proceso que implica el distanciarse de los procesos cognitivos y analizarlos desde su contenido y/o significado antes de reaccionar ante ellos); 3) Momento presente vs Dominio del pasado (proceso atencional dirigido al momento presente eliminando cualquier juicio valorativo hacia uno mismo); 4) La persona como contexto vs Apego a una idea si mismo (sentido de la persona que le permite observarse más allá de su propia experiencia y en cambio reconocer que existe otra versión de sí mismo distinta de los pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y roles); 5) Claridad vs Poca claridad en valores (los valores son rutas de acción definidas por la persona como importantes y significativas, definen lo que realmente se desea ser y que hay que defender); 6) Compromiso Vs Poca acción dirigida a los valores (los valores proveen de dirección pero el compromiso es la acción realizada para favorecer el cambio).

En última instancia, entender la experiencia adictiva como un proceso, esto es, con mecanismos de acción presentes tanto al momento de la dependencia como al momento de la recuperación con comportamientos que prometen la autosuficiencia del adicto, permiten al terapeuta involucrarse más allá de la negación que pone el adicto del vínculo con el otro, desde la cual sólo el hecho de solicitar ayuda es un paso extremadamente complejo, y de cuya experiencia, paradójicamente forman parte la vergüenza, la culpa y la desconfianza (Francesetti *et al*, 2013). La implicación del terapeuta se centra por lo tanto en conocer a la persona, captando los instantes en los que la él/ella ha decidido recuperarse de una manera tan impulsiva como aquella que le llevo a consumir para permitir un compromiso que acepte, refuerce la alianza terapéutica y permita la consecución de nuevas etapas en su proceso de recuperación.

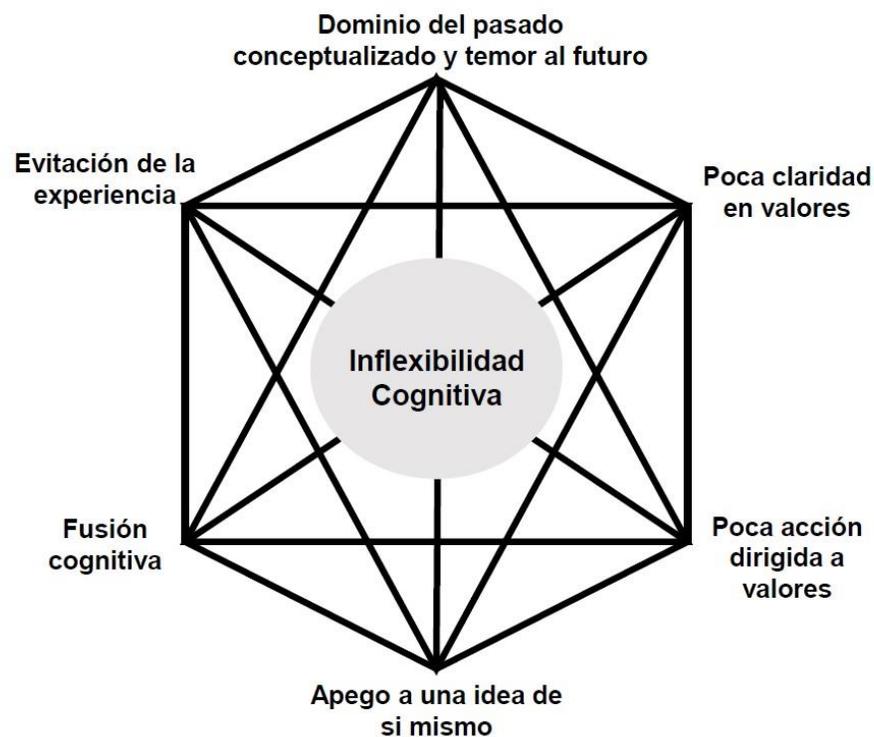


Figura 5. Las seis premisas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Stoddard *et al*, 2014).

En una de las obras más representativas de la teoría de la Terapia Gestalt, "Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana" (Perls *et al*, 2001), los

autores explican un sistema de ajustes conservadores heredados y que puede catalogarse como fisiología. Este sistema es integrado y se autorregula como un todo, no es solamente una serie de reflejos. Para Perls, Hefferline y Goodman (2001), el sujeto de la psicología es el conjunto específico de ajustes fisiológicos y que está en interacción con lo que no es fisiológico, es decir, en la frontera organismo/entorno. De esta forma proponen cuatro momentos a identificar en las interacciones: a) precontacto, b) toma de contacto, c) elección o rechazo de posibilidades y d) contacto final.

Posteriormente, otros autores como, Nevis, (1987; en Spagnuolo-Lobb y Amendt-Lyon, 2003), Zinker (1998), o Greenberg (en Greenberg y Paivio, 2000), entre otros, ampliaron la conceptualización de estas interacciones con el objetivo de ofrecer una mejor guía de los momentos. Los elementos propuestos por estas otras perspectivas se representan en la Figura 6, y a la cual se referirá como “ciclo de la experiencia”.



Figura 6. Ciclo de la experiencia desde la perspectiva Gestalt (Zinker, 1998; Greenberg y Paivio, 2000; Perls *et al*, 2001).

Estos elementos o etapas incluyen: a) *Awareness* o contacto inicial (caracterizado por la sensación o excitación del organismo); b) Toma de conciencia (el organismo está listo para hacer caso de su necesidad, sufrimiento o problema); c) Energización/Acción (la

sensación crece y organiza al *Awareness* de modo que la energía se moviliza hacia una acción); d) Contacto (diferenciación con el entorno, demarcada por la atención e intencionalidad, puede ser simbólica o real); e) Resolución (se organizan los recursos para expresar o dar sentido a la experiencia, también puede ser simbólico o real); f) Retirada (descanso y pausa hasta que un nuevo ciclo de inicio, si el ciclo fue satisfactorio se produce un sentimiento de bienestar y apertura a otras necesidades).

3.2.1 Integración Teórico-Amplia y Técnica de Orientación

Originalmente se había establecido un modelo de integración desde las propuestas Teórica Híbrida y Técnico-Sistemática, considerando que los objetivos de estas tendrían mayor congruencia con las metas del presente proyecto. Sin embargo, también se había mencionado que esta decisión estaba sujeta a cambios dada la naturaleza del fenómeno abordado así como de las necesidades de los participantes.

Es gracias a esto último que se replantean los objetivos a fin de identificar mejor el proceso de integración más adecuado acorde con estos (Tabla 9).

Tabla 10

Replanteamiento del modelo de integración según los objetivos

	Primera Propuesta	Segunda Propuesta
	<i>Integración Teórico Híbrida</i>	<i>Integración Teórico-Amplia</i>
Primer momento, objetivos:	Favorece la creación de un nuevo marco teórico, orientado a modificar las condiciones actuales (entorno) en las cuales se presenta la conducta a modificar. Suele ser de tipo directivo. Ej. Facilitan el <i>Insight</i> y las nuevas experiencias.	Integran sólo aquellas posturas que son compatibles epistemológicamente, favoreciendo la creación de una <i>tercera metáfora</i> , más que un nuevo marco teórico para el entendimiento del fenómeno o situación.
	<i>Integración Técnico-Sistemática</i>	<i>Integración Técnica de Orientación</i>
Segundo momento, objetivos:	Emplea una lógica sistemática o esquema según el tipo de cliente para identificar las técnicas a emplear.	El criterio principal es lograr la congruencia objetiva, es decir, entre la teoría propuesta por los enfoques y las metas terapéuticas del participante.

Es necesario mencionar que cuando se habla de “metáfora” en la segunda propuesta, ésta hace referencia a los nexos epistemológicos que fueron identificados y mencionados anteriormente (ver Tabla 2., pág. 57; ver Figura 3., pág. 60); esto es, los posibles puentes que existen entre cuatro enfoques con relación al mismo fenómeno. Tal como se menciona, el objetivo no es el de elaborar un nuevo marco teórico sino el de resaltar, modo de síntesis,

aquellos puntos en los que cuatro enfoques coinciden con relación al fenómeno presentado y de igual forma, según las necesidades identificadas de los participantes.

Se parte pues, del supuesto de que cualquier manifestación adictiva, sea esta por uso o abuso de sustancias psicoactivas o simplemente de tipo comportamental implicaría dificultades en las habilidades de inteligencia emocional, particularmente en la regulación de emociones; es a partir de este punto que podemos extender otros puentes o nexos epistemológicos, por ejemplo, hacia los aportes del Enfoque Neuropsicológico con teorías como los “Procesos opuestos” o la “Sensibilización de incentivos”, que dan cuenta de la participación de áreas del Sistema nervioso, como el Córtex prefrontal, el Área ventral tegmental y el Núcleo de Accumbens, en el proceso adictivo y por lo tanto involucrados en la recuperación del(os) participante(s).

Estos nexos se añaden a los aportes del Enfoque Psicoanalítico a partir del cual podemos observar, por ejemplo, desde la Teoría del apego, los modos en que las relaciones objetales y los estilos parentales fundamentaron las primeras estrategias de afrontamiento de la persona y que eventualmente tendrán mayor relevancia en la vida adulta presentándose en este caso como dificultades de regulación emocional. Se establece así el primer momento de la segunda propuesta, la integración Teórico-Amplia.

Es a partir del primer momento que es posible identificar las técnicas o estrategias a emplear para intervenir con los participantes y que corresponde al segundo momento (integración Técnica de Orientación); cuyo objetivo no es otro que el de garantizar una congruencia entre los aportes teóricos y las necesidades de los participantes. Por lo tanto, si es posible determinar el modo en cómo fueron vulneradas las capacidades de afrontamiento de la persona.

3.3 Diseño de investigación

3.3.1 Objetivo General

Identificar, desde una propuesta integrativa de intervención, las habilidades (funciones y/oicas) que requieran apoyo a través de técnicas de aplicación en un formato de terapia grupal con cinco residentes en rehabilitación por consumo de sustancias; para

fortalecer las habilidades de regulación emocional y reducir sus dificultades como principales estrategias para la prevención de recaídas.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico con enfoque psicodinámico para identificar la estructura de personalidad, las fortalezas y funciones yoicas (habilidades) de los participantes desde sus contextos (histórico-familiares), que requieran apoyo y que pudieron haber favorecido el desarrollo y mantenimiento del comportamiento adictivo.
- Identificar los elementos necesarios para establecer un diagnóstico de reacción caracterológica de cada participante (síntomas de los trastornos de la personalidad), basados en evidencia para realizar un diagnóstico diferencial del trastorno por consumo de sustancias adecuado a las necesidades de cada participante.
- Identificar las estrategias de intervención desde el enfoque cognitivo-conductual que favorezcan el desarrollo de habilidades de inteligencia emocional y que puedan disminuir el impacto de posibles dificultades de regulación.
- Identificar estrategias de intervención desde el enfoque Humanista-Gestalt, que favorezcan el desarrollo de habilidades de inteligencia emocional y que puedan disminuir el impacto de posibles dificultades de regulación.
- Que los participantes identifiquen más recursos o estrategias de afrontamiento y regulación emocional ante situaciones que pudiesen resultar estresantes o desagradables.

3.3.3 Preguntas de Investigación

1. ¿Cuáles son los elementos del desarrollo (estilos de afrontamiento, tipo de apego, debilitamiento de las funciones yoicas), que antecedieron al desarrollo de una dependencia al consumo de sustancias de cada participante?
2. ¿Podrían estos elementos estar relacionados con síntomas o reacciones caracterológicas de trastornos de personalidad específicos?
3. ¿Podrían estos síntomas haber favorecido el uso y abuso de sustancias, así como la dependencia a estas?
4. ¿Qué tipo de función ha cumplido el uso de sustancias para cada participante?

5. ¿Podrá el tiempo de consumo del participante estar relacionado con las dificultades de regulación emocional de este?
6. ¿Podrá la droga de impacto identificada estar relacionada con las dificultades de regulación emocional del participante?
7. ¿Cuáles podrían ser las necesidades o habilidades para reforzar de cada participante de acuerdo con su sintomatología subjetiva?
8. ¿Qué elementos en el lenguaje de los participantes podrían estar más relacionados con la evitación de la experiencia como estrategia de afrontamiento?
9. ¿Podrán estas habilidades ser reforzadas desde una intervención grupal?
10. ¿Resultará efectivo un modelo de intervención que priorice la relación terapéutica por encima de su experiencia de consumo de sustancias?
11. ¿Podría la dependencia al consumo de sustancia de los participantes estar asociada a un evento en particular en la historia de desarrollo de cada participante?

3.3.4 Instrumentos

- a) **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**. Inventario de autorregistro, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable); cada una de ellas tiene 20 ítems. En la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. Se orienta al participante a responder como se siente en el momento actual en relación con los ítems de estado, y posteriormente a responder cómo se siente generalmente en relación con los ítems de rasgo.
- b) **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**. Elaborado con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión, así como la profundidad de sus síntomas. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. Consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual,

14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

- c) La escala de Gratz y Roemer, 11 Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS por sus siglas en inglés), consta de 36 reactivos y fue desarrollada originalmente para evaluar estas dificultades en adultos. Las subescalas de la DERS se correlacionaron significativamente con adecuada validez de constructo con seis subescalas diferenciadas: 1. no aceptación de respuestas emocionales (No aceptación), 2. dificultades para implementar conductas dirigidas a metas (Metas), 3. dificultades en el control de impulsos (Impulsos), 4. falta de conciencia emocional (Conciencia), 5. acceso limitado a estrategias de regulación emocional (Estrategias) y 6. falta de claridad emocional (Claridad).

3.3.5 *Diseño de estudio*

Se elige un diseño de caso descriptivo evaluativo (Hernández-Sampieri *et al*, 2010).

El estudio de caso es una estrategia para estudiar fenómenos individuales o sociales y su uso está dedicado especialmente para describir, diagnosticar y decidir en el terreno donde las relaciones humanas juegan un papel importante, es decir, se interesa en la particularización y no la generalización de resultados ya que ofrece una perspectiva contextualizada de un sistema acotado, así, un grupo de participantes o un programa de intervención, pueden ser considerados estudios de caso.

Puesto que el diseño propuesto considera un tipo evaluativo, la descripción, explicación y juicio para la evaluación y la explicación de posibles vínculos causales permitirán describir el contexto real donde se realiza la intervención y explorar determinadas situaciones en las que la intervención no haya alcanzado resultados claros (Balcázar-Nava *et al*, 2013). Adicionalmente, para la descripción de las experiencias individuales subjetivas de los participantes, se considera aspectos de un diseño fenomenológico, dado que se pretenden reconocer las percepciones de los participantes, así como el significado de un fenómeno o experiencia (Hernández-Sampieri *et al*, 2010).

3.3.6 Procedimiento

1. Se consideran datos de identificación como edad, tiempo de consumo, droga de impacto y tiempo de recuperación.
2. Se solicita autorización de los participantes para la aplicación de instrumentos en diferentes momentos.
3. Se buscó que los participantes tuvieran como mínimo 9 meses de recuperación al interior del centro.
4. Los inventarios fueron calificados y los participantes ubicados según los baremos de cada instrumento. Para la interpretación de instrumentos se utilizó el programa SPSS versión 26 en español (SPSS, 2019), aplicando la prueba no paramétrica de Wilcoxon para grupos pareados o relacionados y la prueba Spearman para la correlación de instrumentos.

3.4 Programa de intervención

3.4.1 Técnicas psicoterapéuticas

El planteamiento para la selección de las técnicas fue realizado a partir de las propuestas teóricas de cada enfoque, de las necesidades identificadas en los participantes y de los objetivos del modelo integrativo empleado para el diseño de la presente intervención (Jones, 2000; González-Núñez y Rodríguez-Cortés, 2008; Moreau, 2009; Bower, Hale y Wood, 2013; Stoddard *et al*, 2014). Para el caso particular de los aportes desde la terapia Cognitivo-Conductual de la tercera ola (TAC), la revisión de técnicas incluyó literatura específica en la intervención con pacientes con consumo de sustancias (Wilson y DuFrene, 2012).

Tabla 11

Descripción de técnicas empleadas

Estrategia	Objetivo	Descripción
Pregunta	Proveer de un modelo de autorreflexión que ayude al paciente a desarrollar su propio sentido de subjetividad.	El uso de preguntas puede traer a la atención del paciente las posibles defensas empleadas con el propósito de evadir un malestar o para reconsiderar suposiciones de sí mismo que faciliten nuevas ideas de autoimagen.
Clarificar	Enfocar el proceso de atención e incrementar la toma de conciencia	Acción que involucra el parafraseo de los argumento, ideas o tono afectivo del paciente, en

	de ciertos aspectos de la experiencia.	un modo claro y reconocible para hacer más evidente el posible significado de lo que el paciente quiso decir.
Confrontación	Dirigir la atención del paciente hacia comportamientos contradictorios o problemáticos.	Ofrece mayor perspectiva o significado detrás de las acciones asumidas por el paciente. Es un modo de abrir la posibilidad a explorar las acciones y comprenderlas de modo diferente.
Identificación del tema	Favorecer la asociación libre del paciente; que puede extenderse a sesiones posteriores.	Tema recurrente en la experiencia del paciente y que pudiera estar relacionado con las dificultades identificadas.
Evocación del recuerdo, reconstrucción y acción terapéutica	Facilitar la interacción entre el pasado y el presente a través de los sentimientos que incentive el punto de vista del pasado con énfasis particular.	Acción de apreciar las conexiones complejas entre la memoria, la fantasía y la realidad para reconstruir eventos pasados de la realidad subjetiva del paciente que den sentido al impacto de dichos eventos.
Aproximación contemporánea del pasado	Identificar los significados que el paciente ha otorgado a su historia de vida y el impacto de estos en su vida actual.	Acción que permite apreciar de qué manera la reconstrucción de los hechos y la memoria revela ciertos patrones de uso y de significados.
Metáfora como ejemplo del uso experimental del lenguaje	Convierte conceptos abstractos en concretos por medio de un contexto verbal que evoque pensamientos, sentimientos o conductas.	Acción dirigida a enfocar la atención del paciente hacia su experiencia directa por medio de preguntas o reformulaciones que permitan entender el uso del lenguaje como un activador del comportamiento.
Análisis de relaciones	Fomentar la comprensión que el lenguaje se construye de relaciones entre elementos y de estas relaciones surgen comportamientos.	Por medio de experiencias del paciente, ofrecer ejemplos con uso del lenguaje que sea analógico a la experiencia descrita pero que además ofrezca un distinto punto de vista. Ej. Ex1- Seguir el consejo de alguien Ex2- Seguir una ruta trazada previamente An1- Emplear una brújula An2- Encontrar el camino
Señalar el funcionamiento del comportamiento con metáforas	Presentar al participante con una situación paralela a su experiencia y los intentos contraproducentes de suprimir las emociones dolorosas.	La metáfora se emplea para resaltar la relación entre dos condiciones. Permite al paciente observar que la estrategia más sencilla (evitar el dolor) no siempre es la más efectiva y en cambio, ofrece alternativas para elegir, evaluando las consecuencias que de ellas se deriven.
La relación terapéutica como metáfora	Elaboración de metáforas que del análisis funcional de las dificultades que el paciente encuentra en el proceso de afrontar el dolor.	La acción consiste en utilizar información del contexto experiencial de la persona para desarrollar metáforas que permitan el análisis de su situación.
Toma de conciencia del cuerpo	Que el participante ejercite el sentido perceptivo (mecanismo fisiológico de sensación que capta información del entorno y del propio organismo) y del sentido propioceptivo (mecanismo que informa al organismo de la posición de los músculos y las partes corporales).	Ejercicios guiados de meditación básica. Pueden ser propuestos al inicio, durante o al final de la sesión.

Todo encuentro es una responsabilidad	Favorecer una mirada del otro, de las necesidades o expectativas que se pudieran tener acerca de él/ella y comunicarlas.	Identificar los momentos de diálogo en los que las necesidades reales de la interacción interpersonal pudieran no estar siendo mencionadas. Contrastar ambas miradas, Yo-Tú y explorar alternativas que puedan incluir a ambas partes.
Un nuevo estilo de vida	Establecer dinámicas de interacción interpersonal a partir de las experiencias y de las situaciones que surjan del diálogo en estas.	De las experiencias comentadas se dará importancia al intercambio de perspectivas entre los participantes. Argumentando desde las expectativas o necesidades que surjan del intercambio.
¿Quién soy aquí y ahora?	Fomentar un diálogo centrado en la situación actual, en el que los participantes puedan expresarse desde lo que ocurre en el contexto.	La acción se dirige a enfocar la atención del participante en lo que está ocurriendo en un momento específico de la situación actual, desde la cual se tendrán que valorar diferentes y posibles alternativas.
Aquí y ahora, reactualización del pasado.	Desarrollar el lenguaje desde la subjetividad personal, tomando a los demás participantes como interlocutores quienes también aportan para una crítica constructiva de situaciones anteriores.	El ejercicio se enfoca a considerar al interlocutor como un participante activo, con el cuál es necesario involucrarse antes de emitir un juicio u opinión sobre las experiencias de vida compartidas.

3.4.2 Diseño de intervención

Tabla 12

Descripción de Diseño de Intervención

Fase	Sesión	Factor terapéutico	Meta	Descripción
1	1	Encuadre	Explicar la dinámica de las sesiones.	Se plantean los modos de trabajo, se consultan las expectativas y se establecen los acuerdos y la confidencialidad.
	2	Relación con el consumo	Identificar los significados que el paciente otorga a su consumo.	Observar en el discurso del paciente posibles significados o elementos asociados al consumo y a la sustancia desde su experiencia subjetiva.
	3	Situaciones significativas	Identificar situaciones que el paciente considera significativas.	Por medio del ejercicio “Línea de vida”, se pedirá al paciente hacer un repaso cronológico y retrospectivo, comenzando desde el momento actual y hasta el momento de la infancia temprana más lejano que pueda recordar.
	4	Identificación de momentos	Identificación de momentos previos al consumo y posterior al consumo.	A partir del ejercicio anterior y con ayuda del paciente, identificar una posible situación que identifique la separación de momentos entre un consumo de abuso y un consumo dependiente.

	5	Identificación de intereses	Identificar posibles deseos de los pacientes una vez finalizado el proceso de rehabilitación.	Explorar junto con el paciente posibles metas, planes o deseos una vez finalizado el proceso de rehabilitación y de los objetivos planteados para llevarlos a cabo.
	6	Aplicación de instrumentos	Identificación de catexias y estrategias de afrontamiento.	Se aplican los instrumentos, “Cuestionario desiderativo” y “Tarea de regulación”, como parte del proceso de identificación de catexias y de posibles estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente.
	7	Valorar alcances	Elaboración de diagnóstico nosológico.	Finaliza primer momento del proceso terapéutico. De la información recolectada hasta este momento se elabora la historia clínica y un primer diagnóstico nosológico y diferencial de posibles síntomas identificados para la detección o descarte de trastornos.
3ª	8	2º Encuadre	Explicar la dinámica de las sesiones.	Se plantean los modos de trabajo, se consultan las expectativas y se establecen los acuerdos y la confidencialidad.
	9	Identificación de valores trascendentales	Que los participantes identifiquen aquellos valores a los cuáles recurrir como apoyo personal.	A partir de un ejercicio de reflexión de grupo estableciendo la pregunta: “¿Qué significado tiene para ti, ser hombre? Se observará del diálogo e intercambio de ideas, posibles valores compartidos por los interlocutores. Estos serán replanteados ante el grupo para confirmar su validez y mutuo acuerdo.
	10	Funcionalidad del lenguaje	Explicar el modo en que el lenguaje determina la experiencia.	Segundo ejercicio de reflexión de grupo. Se establece la pregunta: ¿Qué significado tiene para ti, la adicción? Del diálogo generado se observarán los elementos que favorezcan o refuercen ideas, juicios o prejuicios y estas serán replanteadas a los interlocutores para determinar su funcionalidad.
	11	Uso del lenguaje en el contexto	Explicar maneras en las que el lenguaje puede crear nuevas experiencias.	Tercer ejercicio de reflexión grupal. Se establece la pregunta: ¿Qué significado tiene para ti, la abstinencia? Del diálogo y de la dinámica interpersonal generada, se observarán posibles elementos que carezcan de prejuicios o ideas preconcebidas para el establecimiento de nuevas alternativas en la toma de decisiones.
	12	El lenguaje como metáfora	Explicar el uso de la metáfora como un ejemplo	Sesión de trabajo con literatura AA. Se plantea al participante el uso del

			para desarrollar nuevas estrategias.	lenguaje como herramienta para describir la realidad y para incidir en ella.
	13	Flexibilización cognitiva	Fomentar el uso de metáforas para la búsqueda de alternativas o la identificación de consecuencias.	Sesión de trabajo con literatura AA. Se emplean ejemplos partiendo de la experiencia del participante a partir del cual se elaboran metáforas análogas que ofrezcan alternativas.
	14	Resignificación de experiencias	Establecer el pasado como metáfora terapéutica a partir de la cual el participante considere nuevas alternativas.	Sesión de trabajo con literatura AA. Se pedirá ahora al participante que sea quien elabore sus propias metáforas y que sean análogas a su propia experiencia para identificar alternativas y posibles consecuencias.
3b	15	3er Encuadre	Explicar la dinámica de las sesiones.	Se plantean los modos de trabajo, se consultan las expectativas y se establecen los acuerdos y la confidencialidad.
	16	Toma de conciencia	Enfocar la atención del participante hacia la información de su propio cuerpo y del entorno inmediato.	Por medio de ejercicio de relajación, respiración y meditación, realizados al inicio, durante o al finalizar la sesión, se pedirá al participante enfocar su atención hacia aspectos de su cuerpo y del ambiente.
	17	La relación como proceso	Favorecer la comprensión de las dinámicas interpersonales presentes en toda relación.	Del intercambio y de las interacciones interpersonales, observar los momentos en los que sea posible intervenir de forma que el terapeuta funja como un traductor de lo que los interlocutores intentan transmitirse uno a otro.
	18	Intercambio de experiencias	Fomentar el intercambio de experiencias significativas entre los participantes.	Del intercambio e interacciones interpersonales, solicitar a los interlocutores, identificar situaciones o momentos que tengan cierta similitud con lo que han escuchado durante la sesión.
	19	Dinámica interpersonal	Enfocar la atención del participante hacia lo que ocurre en sí mismo cuando interactúa con otras personas.	Del intercambio e interacciones interpersonales, ofrecer al participante tomar una breve pausa y repasar aquellas necesidades, expectativas o sentimientos que pudieran estar presentes al momento del intercambio.
	20	Responsabilidad compartida	Aclarar la importancia de un cuidado mutuo al interior de una relación o grupo para una dinámica de respeto.	Desde la dinámica interpersonal, se explica al participante la forma en la que diferentes elementos personales (experiencia, sentimientos, opiniones, etc.), está implicado en el intercambio con el interlocutor y que éste también hará lo mismo. Ante tal situación ofrecer alternativas que favorezcan un intercambio dialógico crítico,

				dirigido a la resolución de conflictos.
	21	Estrategias preventivas	Empleo de conocimientos adquiridos como repertorio de opciones ante nuevas situaciones.	Recuperación de diferentes momentos o situaciones presentadas a lo largo del proceso, con la finalidad de que el participante reconozca y valide su participación e identifique en si mismo el aprendizaje alcanzado.
	22	Cierre	Cierre de proceso.	Elaborar la última sesión como un proceso que no finaliza, sino que permanece en el participante en forma de aprendizaje.

4. Resultados de la intervención

4.1 Historia clínica

Los resultados se presentan de acuerdo con el objetivo general y los objetivos específicos del presente proyecto. A continuación se presentan las fichas técnicas individuales de cada participante, que incluye además resultados de pruebas de motivación así como de las funciones cognitivas evaluadas al momento de realizar la intervención. Cabe aclarar que la información incluida en las fichas técnicas complementa el de las fichas de registro, presentada anteriormente en el apartado correspondiente al diagnóstico.

4.1.1 Fichas técnicas

Para la aplicación de los inventarios, estos fueron aplicados de forma grupal en la “Sala de usos múltiples”, un espacio previamente seleccionado y acordado por la administración del Centro de Rehabilitación. Esto permitió la reducción de posibles elementos distractores. Los reactivos de cada prueba fueron leídos en voz alta y las dudas de los participantes atendidas al momento que iban surgiendo. Cada participante tuvo un lugar asignado a una distancia determinada de los demás. Como parte de las instrucciones ofrecidas, se solicitó silencio y concentración a los participantes antes de responder cada reactivo.

Los puntajes correspondientes al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), y la Escala de Dificultades en Regulación Emocional, versión en español (DERS-E), se presentan de manera agrupada en la Tabla 11 de puntuaciones totales.

P1. Datos generales

Nombre:	“O”
Edad:	27 años
Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Mérida, Yucatán
Lugar de residencia:	Mérida, Yucatán
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Preparatoria trunca
Nacionalidad:	Mexicano
Ocupación:	Cuidador (velador)

Informe individual de resultados de instrumentos:

- a) Formato de entrevista motivacional: En ambas aplicaciones el puntaje promediado fue de 8. Sin embargo, se identifica que en último reactivo de la segunda aplicación: “Si el día de hoy mi enfermedad desapareciera, yo tendría...”, el participante seleccionó el valor de 5 que representaría la respuesta: “Ni poco interés en no consumir, ni mucho interés en no consumir”.
- b) Disposición al cambio: En el primer momento el participante se ubica en la etapa 5: “Mantenimiento”, sin embargo, al segundo momento se registra un retroceso a la etapa 3: “Preparación para el cambio”.
- c) Tarea de regulación: En el primer momento el participante selecciona la opción 1: “Resignificación”, otorgándole un sentido de aprendizaje a la experiencia o situación recordada. En el segundo momento, el participante elige la opción 3: “Ventilación”, identificando que el participante un uso del lenguaje con expresión emocional de la situación recordada, sin otorgarle un sentido o aprendizaje a lo redactado.
- d) Subprueba Efecto *Stroop*: Con un puntaje natural de 167, estos valores fueron normalizados considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que el puntaje total normalizado es de 75, lo que refleja una alteración leve-severa. Estas alteraciones de la región orbital se relacionan particularmente con la tolerancia a la frustración-agresividad y en el área de control conductual y personalidad.

P2. Datos generales

Nombre:	“JL”
Edad:	20 años
Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Motúl, Yucatán
Lugar de residencia:	Mérida, Yucatán
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Secundaria completa
Nacionalidad:	Mexicano
Ocupación:	Cuidador (velador)

Informe individual de resultados de instrumentos:

- a) Formato de entrevista motivacional: En el primer momento de aplicación el puntaje obtenido es 8, siendo el reactivo 4: “si el día de hoy mi enfermedad desapareciera, yo...” el único que fue puntuado por el participante con valor de 5: “Ni poco interés en no consumir, ni mucho interés en no consumir”. En el segundo momento, la puntuación cambia a 9.5.
- b) Disposición al cambio: En el primer momento el participante se ubica en la etapa 5: “Mantenimiento”; al segundo momento se registra un retroceso a la etapa 4: “Acción”.
- c) Tarea de regulación: En ambos momentos el participante selecciona la opción 1: “Resignificación”, otorgándole un sentido de aprendizaje a las experiencias o situaciones recordadas.
- d) Subprueba Efecto *Stroop*: Con un puntaje natural de 171, estos valores fueron normalizados considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que el puntaje total normalizado es de 86, reflejando una alteración leve. Alteraciones de la región orbital relacionadas particularmente con la tolerancia a la frustración-agresividad y en el área de control conductual y personalidad.

P3. Datos generales

Nombre:	“H”
Edad:	22 años

Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Mérida, Yucatán
Lugar de residencia:	Mérida, Yucatán
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Secundaria trunca
Nacionalidad:	Mexicano
Ocupación:	Cuidador (velador)

Informe individual de resultados de instrumentos:

- a) Formato de entrevista motivacional: En el primer momento de aplicación el puntaje promediado fue de 7, mientras que al segundo momento de aplicación el puntaje promedio sube hasta los 10 puntos. Esta puntuación deberá ser interpretada de acuerdo con las valoraciones de los otros instrumentos e Inventarios.
- b) Disposición al cambio: En el primer momento el participante se ubica en la etapa 4: “Acción”, mientras que al segundo momento se registra un avance hacia la etapa 6: “Prevención de la recaída”. De igual forma estos resultados deberán ser interpretados de acuerdo con las demás valoraciones.
- c) Tarea de regulación: En el primer momento el participante selecciona la opción 3: “Ventilación”, es decir, que del evento recordado decide describir las cogniciones y emociones que emergieron de la experiencia. En el segundo momento, el participante elige la opción 1: “Resignificación”, identificando que el participante pudo otorgarle un sentido o aprendizaje a lo recordado.
- d) Subprueba Efecto *Stroop*: Con un puntaje natural de 184, estos valores fueron normalizados considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que el puntaje total normalizado es de 125, lo que refleja resultado normal-alto. El puntaje alto plantea la posibilidad de automaticidad del sistema nervioso ante estímulos condicionados, lo que podría confundirse con una capacidad cognitiva de atención por lo que es necesario considerar otras pruebas.

P4. Datos generales

Nombre:	“A”
Edad:	18 años

Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Cozumel, Quintana Roo
Lugar de residencia:	Mérida, Yucatán
Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Secundaria
Nacionalidad:	Mexicano
Ocupación:	Sin ocupación

Informe individual de resultados de instrumentos:

- a) Formato de entrevista motivacional: En el primer momento de aplicación el puntaje promediado fue de 8.8, mientras que al segundo momento de aplicación el puntaje promedio sube hasta los 10 puntos. Esta puntuación deberá ser interpretada de acuerdo con las valoraciones de los otros instrumentos e Inventarios.
- b) Disposición al cambio: En el primer momento el participante se ubica en la etapa 5: “Mantenimiento”, mientras que al segundo momento se registra un avance hacia la etapa 6: “Prevención de la recaída”. De igual forma estos resultados deberán ser interpretados de acuerdo con las demás valoraciones.
- c) Tarea de regulación: En ambos momentos el participante elige la opción 1: “Resignificación”, identificando que por medio del lenguaje puede otorgarle un sentido o aprendizaje al evento recordado.
- d) Subprueba Efecto *Stroop*: Con un puntaje natural de 170, estos valores fueron normalizados considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que el puntaje total normalizado es de 83, lo que refleja una alteración leve-severa. Estas alteraciones de la región orbital se relacionan particularmente con la tolerancia a la frustración-agresividad y en el área de control conductual y personalidad.

P5. Datos generales

Nombre:	“L”
Edad:	23 años
Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Mérida, Yucatán
Lugar de residencia:	Mérida, Yucatán

Estado civil:	Soltero
Escolaridad:	Secundaria
Nacionalidad:	Mexicano
Ocupación:	Sin ocupación

Informe individual de resultado de instrumentos:

- a) Formato de entrevista motivacional: En el primer momento de aplicación el puntaje promediado fue de 9.8. Esta puntuación deberá ser interpretada de acuerdo con las valoraciones de los otros instrumentos e Inventarios. Debido a que el participante decide adelantar su fecha de salida del Centro de Rehabilitación no puede concretarse un segundo momento de valoración.
- b) Disposición al cambio: El participante se ubica en la etapa 5: “Mantenimiento”, Estos resultados deberán ser interpretados de acuerdo con las demás valoraciones.
- c) Tarea de regulación: El participante elige la opción 1: “Resignificación”, otorgándole un sentido o aprendizaje al evento recordado.
- d) Subprueba Efecto *Stroop*: Con un puntaje natural de 167, estos valores fueron normalizados considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, por lo que el puntaje total normalizado es de 75, lo que refleja una alteración leve-severa. Estas alteraciones de la región orbital se relacionan particularmente con la tolerancia a la frustración-agresividad y en el área de control conductual y personalidad.

4.2 Resultados de escalas para la comparación de momentos

Los siguientes son datos descriptivos y un análisis breve de los datos, a fin de tener un modo adicional de valorar alcances en la diferencia de momentos. Si bien esta consideración no está incluida entre los objetivos específicos, se considera de importancia la aplicación de instrumentos debido a la relevancia informativa que poseen.

El rango de edad de los participantes fue de 18 a 27 años. El tiempo promedio de consumo de sustancias, desde los inicios hasta antes del internamiento en el Centro de Rehabilitación, fue de 7 años y 6 meses. Se identifica a la heroína, cocaína y metanfetamina como drogas de impacto, estos hallazgos son consistentes con datos del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD) perteneciente a la Dirección

de Investigación y Enseñanza y la Subdirección de Investigación, de Centros de Integración Juvenil, A.C., (2020).

Otras drogas de impacto como la marihuana y el alcohol también aparecen entre las más frecuentes reportados por el SIECD, y de igual forma son mencionadas por los participantes como drogas de consumo, pero al no ser éstas por las que deciden buscar ayuda o son internados, la que se considera como droga de impacto es la última con la que tuvieron mayor frecuencia de contacto y abuso respectivamente.

A continuación se presenta en la Tabla 11 el conjunto de resultados descriptivos de cada participante en relación con los dos momentos de aplicación de instrumentos. Durante la aplicación, uno de los participantes no pudo estar presente para el segundo momento, pues solicita su salida dos semanas antes de la segunda aplicación, por lo que únicamente se incluyen los resultados correspondientes a los participantes que respondieron en ambos momentos para el análisis estadístico correspondiente.

Con las puntuaciones totales es posible analizar los baremos para cada escala e identificar que las puntuaciones que resultaran significativas para el análisis. Así, para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), un puntaje igual o mayor a 45 es indicativo de presencia de síntomas de ansiedad, por lo que se puede observar en los datos obtenidos, los participantes presentan síntomas leves a moderados de ansiedad, de acuerdo a los baremos de puntuaciones normalizadas para población de reclusos jóvenes, indicado en el manual de aplicación.

Al calificar el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se consideran los baremos estandarizados para la población mexicana. De las puntuaciones totales se identifica que el puntaje máximo es de 16, que correspondería a una “leve perturbación”, mientras que los demás puntajes, al estar debajo de este baremo, califican como “altibajos normales”. De igual manera y siguiendo las recomendaciones del manual de aplicación, se toman a consideración aquellos reactivos que puntuaron mayores o iguales a 2, para un análisis adicional complementario. Los reactivos que fueron calificados con puntuaciones de 2 o mayores fueron: 3. Fracaso; 8. Autocrítica; 12. Pérdida de interés; 13. Indecisión; 14. Desvalorización; 16. Cambios en los hábitos de sueño; 19. Dificultad de concentración; y 20. Cansancio o fatiga.

Al analizar los puntajes obtenidos del Inventario de Dificultades de Regulación Emocional (DERS), estos tuvieron una media de 77 puntos con desviación estándar de 10.2 en la fase de pretest; mientras que en la fase de postest se registró una media de 74.8 puntos con desviación estándar de 12 puntos. De acuerdo con los baremos del inventario, las medias de ambos momentos corresponden a dificultades que los participantes identifican “la mitad de las veces” (36-65%). Cuando se analizan los resultados de forma individual, se observa que cuatro dimensiones puntúan dentro de este rango: 1) Metas; 2) Impulsividad; 3) Conciencia (*Awareness*); y 4) Claridad. Mientras que únicamente dos dimensiones puntuaron en el rango de “algunas veces” (11-35%): 1) No aceptación; y 2) Estrategias.

Tabla 13

Descriptivo de Puntuaciones Totales en dos Momentos

Participante	IDARE		BDI-II		DERS	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
1	Estado 48	Estado 53	8	16	64	88
	Rasgo 48	Rasgo 47				
2	Estado 51	Estado 53	9	16	88	78
	Rasgo 52	Estado 49				
3	Estado 55	Estado 45	16	3	81	74
	Rasgo 47	Rasgo 47				
4	Estado 49	Estado 56	1	7	75	59
	Rasgo 52	Rasgo 47				
5	Estado 49	*	4	*	75	*
	Rasgo 52	*				

* Datos no disponibles.

Tabla 14

Prueba no paramétrica para grupos relacionados, rangos de Wilcoxon

	<i>p</i>	Media	Mediana	D.E.	Var
Pretest	0.649	46.5	50.0	25.9	6.48
Postest		45.9	48.0	24.4	6.11

Finalmente, con el objetivo de determinar una posible significancia estadística, se elige la prueba no paramétrica para grupos pareados o relacionados de Rangos de Wilcoxon

(Tabla 12), en la que, partiendo de un valor de Alpha de Cronbach ($\alpha=0.05$), con un nivel de significancia de .05, se analizan los puntajes totales de acuerdo con los factores y/o dimensiones de cada inventario, obteniendo 16 puntuaciones para cada momento, con lo que se concluye que los datos obtenidos en la fase de postest no difieren de aquellos obtenidos en la fase de pretest, dado que el valor de p ha sido de 0.649. Adicionalmente, se realiza una prueba de correlación *rho de Spearman*, con nivel de significancia del .05 ($\alpha=0.05$), obteniendo resultados por arriba de valor p de .05, por lo que se concluye que no es posible determinar correspondencia entre los puntajes de ansiedad y depresión (IDARE/BDI-II) con las dificultades de regulación emocional (DERS). Estos resultados no descartan el tamaño de la muestra, ya que de acuerdo a lo recomendado, la prueba de rangos de Wilcoxon requiere un mínimo de 20 participantes.

4.3 Descripción y análisis de fases de intervención

4.3.1 Diagnóstico psicodinámico

Para cada participante se realiza un análisis desde el enfoque psicoanalítico, respectivo a sus respectivas estructuras psicológicas subjetivas, a fin de establecer un plan de tratamiento, así como las metas terapéuticas específicas, esperadas a alcanzar al final del proceso de intervención. Un paso esencial, fue el de realizar un diagnóstico diferencial para cada caso, esto es, considerar aspectos o criterios en relación a posibles trastornos, descartando aquellos que pudiesen dificultar el análisis.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014); los Trastornos relacionados con sustancias se pueden dividir en dos grupos: 1) los trastornos por consumo de sustancias; y 2) los trastornos inducidos por sustancias. Dos características son esenciales en el primer grupo, esto es, corresponder con la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo a pesar de las consecuencias adversas relacionadas con el consumo y, subsecuentemente, un cambio en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación, cuyos efectos podrían mostrarse en las recaídas repetidas y el deseo intenso por el consumo. 11 criterios se reparten en cuatro grupos para identificar un posible trastorno por consumo de sustancias:

- Grupo 1: (Criterios 1-4). Control deficitario sobre el consumo de la sustancia.
 1. Deseos insistentes de dejar o regular el consumo con múltiples esfuerzos fallidos.
 2. Gran parte de tiempo invertido en conseguir la sustancia, consumirla y recuperarse de los efectos.
 3. Las actividades diarias giran en torno a la sustancia.
 4. Deseo intenso por consumir, manifestado por un ansia o urgencia y que es más probable que aparezca ante ciertos “detonantes”.
- Grupo 2: (Criterios 5-7). Deterioro social.
 5. El consumo recurrente puede conllevar el incumplimiento de deberes fundamentales (académico, laboral o doméstico).
 6. Continuar el consumo a pesar de las consecuencias recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal.
 7. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo.
- Grupo 3: (Criterios 8 y 9). Consumo de riesgo de la sustancia.
 8. Consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones que provocan un riesgo físico.
 9. El consumo es recurrente a pesar de que se sabe que se padece de un problema físico o psicológico persistente, originado o exacerbado por dicho consumo.
- Grupo 4: (Criterios 10 y 11). Criterios farmacológicos.
 10. Tolerancia. Se define como el aumento significativo de la dosis para conseguir los efectos deseados o, como una reducción del efecto cuando se consume la dosis habitual.
 11. Abstinencia. Síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos después de consumir de forma prolongada.

Por su parte, los trastornos inducidos por sustancias incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales (ej. trastorno psicótico inducido por sustancias o el

trastorno depresivo inducido por sustancias) (DSM-5, 2014). Existen cuatro criterios para determinar la presencia de un posible trastorno inducido por sustancias, pero, hay que considerar que la abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancia, dado que en la mayoría de los casos implica una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas:

- A. Desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia.
- B. Cambios significativos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (ej. beligerancia, labilidad emocional, juicio deteriorado, etc.), atribuidos a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, desarrollados durante o al poco tiempo de consumo.
- C. Malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los síntomas no pueden atribuirse a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental.

Conocer estos criterios es esencial, ya que permiten establecer una diferencia entre momentos (intoxicación, desintoxicación y abstinencia), así como de lo que pudo haber representado la etapa de dependencia al consumo de sustancias de los participantes previo al ingreso al Centro de Rehabilitación y lo que ha representado parte de su recuperación ahora que el consumo no ha podido mantenerse al estar bajo supervisión.

Considerando que uno de los criterios de inclusión para la selección de participantes implicó que cada uno tuviese una permanencia de por lo menos nueve meses, es posible suponer que tanto el momento de desintoxicación como de abstinencia han podido ser regulados o controlados satisfactoriamente, no obstante, no se puede descartar que al estar inmersos en un ambiente que controla los posibles detonantes para la recaída ante el consumo, tampoco es recomendable considerar que los participantes han dejado de ser vulnerables ante dichos detonantes, una vez se reinserten a sus contextos sociales y familiares.

Dado que el consumo de sustancias no se ha mantenido y los estímulos que pudiesen provocar una recaída están controlados por el ambiente, es necesario considerar

otro tipo de criterios para establecer nuevas pautas para el diseño del tratamiento y las metas terapéuticas. Es debido a esto que se considera a los Trastorno de la Personalidad como el siguiente paso en el proceso de diagnóstico de las posibles estructuras subjetivas de los participantes, partiendo también de la información obtenida en las sesiones individuales realizadas con enfoque psicoanalítico.

Entre las principales características diagnósticas de los rasgos de personalidad es que estos constituyen patrones persistentes en el modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo. Cuando estos rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan un deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de personalidad (DSM-5, 2014). Su evaluación requiere considerar la presencia de estos patrones en un largo plazo y con características particulares de la personalidad evidentes en la edad adulta temprana. Estos rasgos se deben distinguir de las características que surgen en respuesta a los factores de estrés situacionales o a los estados mentales transitorios, para ello, se deberán valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y diferentes situaciones. Seis criterios determinan un posible trastorno de personalidad:

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos.
- B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o entre otras áreas importantes.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
- E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) o de otra afección médica (ej. traumatismo).

Los trastornos de personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas (DSM-5, 2014). El grupo A está compuesto por individuos con rasgos raros o excéntricos. El grupo B se compone de caracteriza por personalidades dramáticas, emocionales o erráticas y el grupo C aglutina a individuos con rasgos de ansiedad o temor. Es en el grupo B que encontramos al Trastorno de la Personalidad Límite, que se caracteriza por un patrón dominante en inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen, así como de los afectos e impulsividad; comienza en la edad adulta y está presente en diversos contextos. Estos tres aspectos a menudo aparecen en relación a individuos que se encuentran en algún punto del espectro de consumo y abuso de sustancias y de ahí la importancia de conocer estos criterios.

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluye comportamiento autolesivo o suicida).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alternando entre extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas (ej. gastos, sexo, drogas, etc.) (no incluye comportamiento suicida).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Esta breve revisión de criterios servirá para el diagnóstico diferencial correspondiente al caso de cada participante. Aunque no es objetivo del presente proyecto, conocer los diferentes criterios entre los posibles trastornos asociados a la historia de desarrollo del participante y de la manifestación de la dependencia al consumo de sustancias, podría ayudar al diseño e identificación de estrategias de intervención, así como

de las metas u objetivos terapéuticos a alcanzar. Cualquier otro rasgo o síntoma correspondiente a otro posible trastorno de acuerdo con la estructura subjetiva del participante será añadida al análisis individual de cada participante.

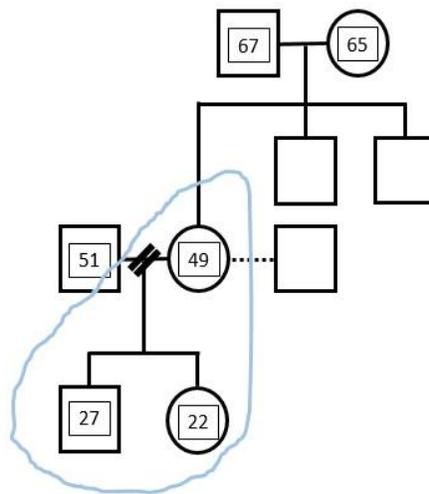
A continuación se presentan los resultados de un análisis psicodinámico para cada caso. Si bien conocer los criterios de diagnóstico para un posible trastorno por consumo de sustancias o de personalidad es algo que no puede ser excluido de un proceso de recuperación por dependencia en el consumo de alcohol y/o drogas, el enfoque psicodinámico permite analizar aquello que aconteció y de alguna forma se ha mantenido presente en la persona, a través de un registro de emociones, pensamientos, comportamientos así como de las dinámicas en sus relaciones interpersonales. Es a partir de la mirada psicoanalítica que el especialista puede comprender las necesidades o impulsos reales, las neurosis y los mecanismos de defensa en relación a su estructura subjetiva de personalidad y el tipo de consumo que se añade, no como una causa, sino como un síntoma en un complejo entramado de dificultades y ausencias de apoyo.

4.3.2 Fase 1: Análisis psicodinámico

P1. Psicodiagnóstico

Motivo de consulta: “Conseguir la estabilidad emocional, pues considero que fue el carecer de esta habilidad lo que me llevo a consumir en primer lugar”.

- Significado atribuido al consumo: “Una necesidad. Un lujo y una forma de sentirse parte de la gente”.

Familiograma:**Historia familiar:**

- Datos familiares: “O” es el mayor de dos hijos de un matrimonio actualmente separado y divorciado. A la edad de 17 años abandona el núcleo familiar, incentivado principalmente por diferencias con la figura del padre. Se refiere a la figura de la madre como alguien “a quién le ha causado mucho daño” y a su hermana menor como a “la única que lo entiende”.
- Descripción de relaciones familiares: Las relaciones al interior del núcleo cercano, se describen por el participante como “caóticas”, incluso después de la separación de los padres. El distanciamiento de “O” a raíz de las constantes diferencias con el padre llega a un momento crucial cuando el hijo decide abandonar el hogar y ciudad de origen para mudarse con otros familiares en la ciudad de Cancún, lugar donde también el consumo y abuso de sustancias pudo haber evolucionado a una dependencia. Ya en convivencia con los tíos, “O”

comenta que la comunicación es mínima y que al poco tiempo de cohabitar con ellos, decide ser independiente.

- Descripción del entorno social: Se identifican en el entorno familiar, social y cultural inmediatos, antecedentes de consumo excesivo de alcohol en los abuelos paternos, así como consumo excesivo de sustancias en los primos y pares en el ambiente escolar. Estos antecedentes ya estaban presentes antes de la separación de los padres de “O” así como también fueron previos a su salida del hogar. De igual forma se puede considerar que el consumo de sustancias de “O” había comenzado desde una etapa temprana de vida, a través del tratamiento farmacológico debido a un posible diagnóstico de TDAH que no pudo ser confirmado por el participante.
- Datos relevantes: “O”, se considera a sí mismo una persona inteligente; parte de su experiencia de vida incluye escuelas especializadas de aprendizaje y estimulación temprana. Decide trasladarse a la ciudad de Cancún antes de cumplir la mayoría de edad legal, para vivir con un familiar y donde empieza a desempeñarse en cargos ejecutivos en empresas públicas y de gobierno. En un lapso de 10 años, “O” ha tenido alrededor de 7 parejas sexuales, concibiendo hijos con cada una de ellas pero sin expresar el hacerse cargo de alguna de estas familias. Comenta que con su última relación de pareja mantiene comunicación cercana de amistad. Como dato adicional, “O” estuvo bajo tratamiento farmacológico desde el nivel escolar primaria y hasta nivel secundaria, por posible diagnóstico de TDAH, aunque esto último no pudo ser confirmado por el participante.

Desarrollo de la personalidad: De las relaciones primarias y las dinámicas interpersonales mencionadas por “O”, se identifica que previo a los 16 años, es decir, en la etapa de adolescencia y juventud temprana, las necesidades y expectativas podían ser satisfechas al interior del hogar. Se identifica que de la dinámica entre las figuras parentales, los conflictos escalan hasta una separación de los padres. De manera particular con la figura del padre, “O” identifica diferencias significativas en cuanto al modo de pensar, llegando a reconocer entre sus argumentos que “no desea convertirse en su padre”, esto es, una figura que termina distanciándose del núcleo familiar. Esto resulta

significativo, pues “O” también comenta en otra ocasión que él mismo no ha permanecido con ninguna de las parejas que llegó a formalizar una relación y con las que tuvo hijos. La personalidad de “O” presenta necesidades de aprobación o reconocimiento de sus relaciones interpersonales.

Pruebas complementarias:

- Línea de vida: Permitió ordenar de forma retrospectiva y cronológica, diversos eventos, sucesos o situaciones recordados y que fueron posicionados según su valoración agradable o desagradable. Se identifican dos sucesos de vida, el primero relacionado con una complicación de salud de la madre que implicó cirugía y tras la cual tendría que estar bajo tratamiento de forma permanente. El segundo suceso ocurre a los 21 años, cuando un amigo cercano de “O” pierde la vida a causa de una sobredosis.
- Cuestionario desiderativo: Para las catexias positivas, el participante emplea las imágenes de volcán (*titán de la naturaleza*); rayo (*por ser implacable*); y nube (*puede tomar mil formas*), que podrían implicar un Yo separado del mundo con rasgos narcisistas. Para las catexias negativas se emplean las imágenes de agua (*algo necesario que no es valorado*), árbol (*sólo eres útil para beneficio de otro*) y envase de plástico (*lejos de ayudar, sólo contamina*), lo que podría indicar una valoración negativa de la propia imagen.

Funciones yoicas: Para el análisis de las funciones yoicas, estas fueron ordenadas de acuerdo con su posible grado de afectación.

- Afectación alta: Juicio. Sentido de la realidad. Regulación y control de pulsiones y afectos. Función sintético-integrativa. Relación dominio-competencia.
- Afectación moderada: Prueba de realidad. Relaciones de objeto. Proceso de pensamiento. Regresión adaptativa al servicio del yo. Funcionamiento defensivo. Barrera de estímulos.
- Afectación leve: Funcionamiento autónomo.

Diagnóstico psicodinámico:

- Nosología de caso: Paciente masculino de 27 años, que se ubica en tiempo y espacio con dificultades en el aspecto personal. Presenta síntomas de inestabilidad emocional, baja autoestima e insatisfacción en diversas áreas de vida. Se observan

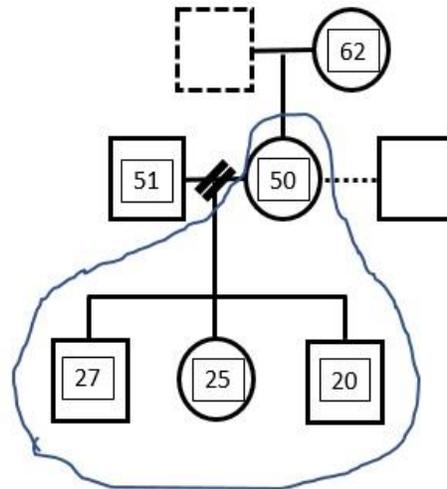
- sentimientos de grandeza, exagerando sus logros y talentos con espera a ser reconocido. Se abstrae fácilmente en fantasías de éxito, brillantez o amor ilimitado. Necesidad de admiración. Da muestras de envidia a los demás y actitudes arrogantes o de superioridad. Disfunciones en áreas familiar, de relaciones, laboral y académica. De acuerdo con estos criterios se considera un posible trastorno de personalidad narcisista.
- Hipótesis de trabajo: Los rasgos narcisistas de “O” pueden estar relacionados con la ausencia de la figura paterna desde edad temprana, lo que también podría estar relacionado con la necesidad de aceptación y/o reconocimiento. Por otro lado, la presencia de una madre y hermana en actitud compensatoria podrían haber favorecido la formación de una estructura subjetiva de personalidad con ideas irreales de privilegio sobre los afectos del otro. Ambos aspectos se observan en el hecho de que “O” sea el padre de al menos siete hijos con distintas parejas sexuales, sin por ello fungir desde un rol filial o de padre.
 - Recursos: Motivación y adherencia al programa de tratamiento. Ausencia de frecuencia y exposición al consumo de sustancias. Apoyo de redes cercanas de apoyo, familiares y compañeros de residencia. Intención de superación o cambio con respecto a su situación actual. Deseo de reparar las relaciones actuales. Fijación de metas a corto y mediano plazo. Desarrollo de nuevos hábitos.
 - Metas terapéuticas: Reforzamiento de las funciones yoicas más debilitadas, así como de la regulación emocional ante situaciones de angustia. Equilibrar las gratificaciones y frustraciones del paciente, de modo que sea capaz de tolerar la frustración natural que surge ante no poder manipular el entorno de acuerdo a su conveniencia.

P2. Psicodiagnóstico

Motivo de consulta: “Aprender a expresarme de manera que pueda sentirme más tranquilo”.

- Significado atribuido al consumo: “*No me preocupaba nada ni por cómo iba a verme en el futuro*”.

Familiograma:



Historia familiar:

- Datos familiares: “JL” es el menor de tres hermanos. A los 16 años vive el divorcio de los padres. El papá presenta también antecedentes de abuso en el consumo de alcohol y conflictos con la madre, desde que JL era más pequeño. De igual forma se identifica una dinámica familiar conflictiva, siendo los temas económico y la relación de pareja de los padres los temas recurrentes. Es por influencia del padre y posteriormente de los pares que “JL” empieza a consumir a la edad de 12 años. Otro tema recurrente es la relación que mantiene con la madre, de quién se expresa como una persona con la que se siente en deuda o a quien ha hecho daño.
- Descripción de relaciones familiares: JL expresa que desde que tenía la edad de 6 años recuerda constantes discusiones en el núcleo familiar. Es por esa misma etapa de vida que JL empieza a tener dificultades de tipo escolar. A la edad de 12 años el consumo de alcohol inicia por incentivo del hermano mayor (19 años), con quien comenta, solía tomar a escondidas en el patio trasero de la casa, lejos

de la supervisión de la madre y la hermana. Comenta que es gracias al consumo que en ocasiones logra acercarse a la figura del padre, al no contar con otras formas más adaptativas de hacerlo o de obtener su validación.

- Descripción del entorno social: El entorno social se describe en general como ambivalente, ya que existen figuras que de las cuáles JL ha identificado apoyo, pero también otro tipo de figuras que son de importancia para él y de las cuáles ha expresado la necesidad de recibir reconocimiento o validación, estas últimas se identifican principalmente en los pares masculinos y en la figura del padre. Un espacio para JL donde podía recibir ambos aspectos era la banda de guerra de la escuela, a la que perteneció durante la primaria y la secundaria. Finalmente, el entorno social y cultural favorecen el consumo de sustancias como un hábito o costumbre, especialmente entre hombres.
- Datos relevantes: “JL” se desempeñaba como miembro de la banda de guerra de la primaria y posteriormente secundaria, llegando incluso a ser una actividad extracurricular y de la cuál formó parte durante varios años, llegando incluso a participar en eventos de competencia deportiva. Esta experiencia sirve al participante para pensar en la posibilidad de ingresar al batallón militar localizado en la ciudad de Mérida una vez finalice su proceso de rehabilitación.

Desarrollo de la personalidad: De las relaciones primarias y las dinámicas interpersonales mencionadas por “JL”, se identifica que desde la edad de 6 años, es decir, en la etapa infancia, las necesidades y expectativas pudieron verse dificultadas al interior del hogar. Se identifica que de la dinámica entre las figuras parentales, los conflictos escalan hasta una separación de los padres. “JL” identifica un deseo o necesidad de ser recibido por sus relaciones afectivas significativas o cercanas, así como de la intención de ser parte de un grupo, algo que puede ampliarse a sus demás relaciones interpersonales.

Pruebas complementarias:

- Línea de vida: Permitió ordenar de forma retrospectiva y cronológica, diversos eventos, sucesos o situaciones recordados y que fueron posicionados según su valoración agradable o desagradable. Se identifican diversos sucesos a lo largo de las etapas de desarrollo, particularmente entre los 6 y 12 años, periodo en el que

se viven diferentes pérdidas o experiencias de angustia (conflictos familiares, separación de los padres, dificultades escolares, consumo de alcohol).

- Cuestionario desiderativo: Para las catexias positivas, el participante emplea las imágenes de coche (*puedo trasladar personas, tengo movilidad*); nube (*estar en lo alto y ser transparente, pero todos la ven*); y estrella (*es muy brillante, está en lo alto con las demás estrellas*), estas imágenes podrían reflejar un yo en busca de pertenencia en relación con el otro. Para las catexias negativas se emplean las imágenes de rata (*entra a todo lugar, a casi nadie le gusta*), silla (*sólo sirve a los demás*) y árbol (*no puede moverse, se queda en un mismo lugar*), el análisis de estas imágenes refleja un directo contraste con las anteriores imágenes y que podrían dar cuenta de la ambivalencia al interior de JL en relación con sus necesidades.

Funciones yoicas: Para el análisis de las funciones yoicas, estas fueron ordenadas de acuerdo con su posible grado de afectación.

- Afectación alta: Prueba de realidad. Juicio. Sentido de la realidad. Relaciones de objeto. Funcionamiento defensivo. Funcionamiento autónomo. Relación dominio-competencia.
- Afectación moderada: Regulación y control de pulsiones y afectos. Barrera de estímulos. Función sintético-integrativa.
- Afectación leve: Proceso de pensamiento.

Diagnóstico psicodinámico:

- Nosología de caso: Paciente masculino de 20 años, que se ubica en tiempo y espacio con algunas dificultades en el aspecto personal e insatisfacción en diversos aspectos de vida. Signos asociados con dificultad en la toma de decisiones o asumir la responsabilidad. Dificultad para expresar desacuerdo con los demás e iniciar proyectos por sí mismo. Se consideran estos criterios como rasgos de un posible trastorno de personalidad dependiente.
- Hipótesis de trabajo: “JL” es una persona con valores arraigados de respeto hacia la familia, principalmente hacia la figura del padre, con quien no ha podido mantener una relación estable debido a los hábitos de consumo de éste. Pese a estos valores introyectados, “JL” prefiere optar por esperar a que la

recomendación en el actuar o la decisión sobre su vida recaiga en un tercero, algo que podría dar explicación al hecho de sentirse cómodo en un grupo de banda de guerra escolar y actualmente, con una mirada en pertenecer a las reservas militares pues comenta, que la disciplina es algo que a él le agrada. Si bien la disciplina es un aspecto positivo a resaltar, parece no ser consciente que esta es una disciplina de tipo pasivo, ya que depende de la orden o encomienda de un mando superior para que pueda hacerse funcional.

- Recursos: Motivación y adherencia al programa de tratamiento. Ausencia de frecuencia y exposición al consumo de sustancias. Intención de superación o cambio con respecto a su situación actual. Capacidad de análisis y reflexión. Fijación de metas a corto y mediano plazo. Desarrollo de nuevos hábitos.
- Metas terapéuticas: Reforzamiento de las funciones yoicas más debilitadas, así como de la regulación emocional ante situaciones de angustia. Favorecer la autonomía del paciente, de modo que sea capaz de tolerar la frustración natural que surge ante la posibilidad de no obtener la aprobación o protección del otro que espera de forma incondicional.

mayor. Es posible que la desintegración tuviese sus puntos más críticos tras el fallecimiento del padre y que la madre tuviera una segunda pareja, por lo que no hay forma de determinar vínculos afectivos seguros. sin embargo al ser este un tema que apareció con poca frecuencia durante las sesiones, estas aseveraciones requieren mayor indagación.

- Descripción del entorno social: Factores como la violencia, agresiones y entornos de inseguridad han sido frecuentes en el desarrollo de vida de “H”. Es al llegar a la etapa adolescente que las conductas agresivas se manifiestan también en “H” y esto lo ha llevado a frecuentes confrontamientos con familiares, conocidos y comunidad y autoridades.
- Datos relevantes: El padre presenta antecedentes de abuso en el consumo de alcohol, así como los dos hermanos mayores (adicionalmente, la pareja de la hermana mayor es mencionado como consumidor y narcomenudista). Cuando “H”, se muda con la hermana mayor y su esposo, una de sus labores es la de ser distribuidor de metanfetamina, momento cuando también desarrolla dependencia y empieza a engañar para no entregar ganancias al cuñado. El hermano mayor tiene problemas con la autoridad y es puesto en prisión por un periodo de cinco años. Cuando “H” vive sólo también empieza a presentar actitudes agresivas o acciones de tipo antisocial, llegando a robar en casas cercanas del vecindario, razón por la cual termina también en prisión juvenil durante un año.

Desarrollo de la personalidad: De las relaciones primarias y las dinámicas interpersonales mencionadas por “H”, se identifica que, desde edad temprana, las necesidades así como las expectativas, estuvieron dificultadas al interior del núcleo familiar al grado de no ser satisfechas, por lo que se percibe una falta de apoyo por parte del entorno y de los vínculos cercanos. Se identifica que de la dinámica entre las figuras parentales, los hermanos, así como otros familiares y conocidos “H” va desarrollando una noción del mundo como un lugar hostil. Se identifica por tanto un deseo o necesidad de defenderse ante las potenciales amenazas y que por lo tanto, también se refleja en el deterioro de sus demás relaciones interpersonales.

Pruebas complementarias:

- Línea de vida: Permitió ordenar de forma retrospectiva y cronológica, diversos eventos, sucesos o situaciones recordados y que fueron posicionados según su valoración agradable o desagradable. Se identifican diversos sucesos a lo largo de las etapas de desarrollo, particularmente entre los 5 y 20 años de edad, periodo en el que se viven diferentes experiencias de angustia (conflictos familiares, separación de los padres, fallecimiento del padre, consumo de sustancias, conflictos con la ley).
- Cuestionario desiderativo: Para las catexias positivas, el participante emplea las imágenes de guacamaya (*es libre, puede volar, no tiene preocupaciones*); árbol (*da oxígeno, vida y alojamiento, son fuertes y tienen muchos años de vida*); y estrella (*tiene espacio, son bolas de fuego [sol] pero no me gustaría caer en la tierra porque me van a mirar*), estas imágenes podrían reflejar un yo en busca de un espacio propio, que pueda sentir seguro, y quizás también refleje del anhelo de convivencia con el otro, aunque con temor o reserva. Para las catexias negativas se emplean las imágenes de cucaracha (*andan en la suciedad, sólo quieren aplastarla*), pepino de mar (*lo sacan de su ambiente, lo acaban y lo ponen en peligro, me comerían*) y excusado (*algo que no tiene vida y sólo sirve para recibir desechos, aunque es importante*) el análisis de estas imágenes reflejar los temores de “H”, de ser “aplastado”, “comido” o usado como recipiente para “desechos”, percibe al mundo externo como amenazante o poco confiable así como también refleja un posible sentido de desesperanza en sí mismo y en su autoimagen. Sin embargo, es también dentro de la imagen de “excusado” que puede identificarse la fortaleza de ser “importante” o necesario para el otro, aspecto que podría ser retomando posteriormente para fomentar sus recursos.

Funciones yoicas: Para el análisis de las funciones yoicas, estas fueron ordenadas de acuerdo con su posible grado de afectación.

- Alteración grave: Prueba de realidad. Juicio. Sentido de la realidad. Regulación y control de pulsiones y afectos. Funcionamiento defensivo. Barrera de estímulos. Función sintético-integrativa. Relación dominio-competencia.
- Alteración moderada: Relaciones de objeto. Proceso de pensamiento. Funcionamiento autónomo.

- Alteración leve: Regresión adaptativa al servicio del yo.

Diagnóstico psicodinámico:

- Nosología de caso: Paciente masculino de 22 años, con ligeras dificultades para ubicarse en tiempo y espacio. Dificultades también en el aspecto personal. Presenta baja autoestima e insatisfacción en diversos aspectos de vida. Signos de incumplimiento de las normas sociales. Engaño, manifestado por mentiras repetidas para provecho personal. Impulsividad o fracaso para planear con antelación. Irritabilidad y agresividad, manifestada en diversos antecedentes asociados a agresiones hacia terceros. Desatención de la seguridad propia y de los demás. Irresponsabilidad constante. Es a partir de los criterios mencionados que se considera el diagnóstico de un posible trastorno de personalidad antisocial.
- Hipótesis de trabajo: Los rasgos antisociales de “H” responden parecen responder a un entorno que se ha percibido como amenazante o poco confiable. Empezando con los signos de la violencia de la figura del padre hacia la madre y posteriormente, de ésta hacia “H” al no estar disponible como apoyo afectivo. Este patrón parece repetirse con los hermanos, con quienes no logró convivir de forma armónica, para decidir entonces vivir por cuenta propia en el hogar de origen mientras la madre y la hermana se encontraban en otra ciudad de la república. Es en esta situación de ausencia de apoyo que las actitudes antisociales de “H” se agravan, llevándole a señalamientos en su comunidad inmediata ante figuras de autoridad judiciales del estado. Una vez en prisión, estos aspectos de amenaza y desconfianza del entorno se refuerzan en la que el sostén de vida se reduce a una premisa básica de supervivencia.
- Recursos: Motivación y adherencia al programa de tratamiento. Ausencia de frecuencia y exposición al consumo de sustancias. Intención de superación o cambio con respecto a su situación actual. Desarrollo de nuevos hábitos. Adaptación a un contexto con normas sociales y estructurado. Mejora en las relaciones interpersonales al interior del centro de rehabilitación.
- Metas terapéuticas: Reforzamiento de las funciones yoicas más debilitadas, así como de la regulación emocional ante situaciones de angustia. Favorecer la capacidad del paciente para regulación de emociones como el enojo o la

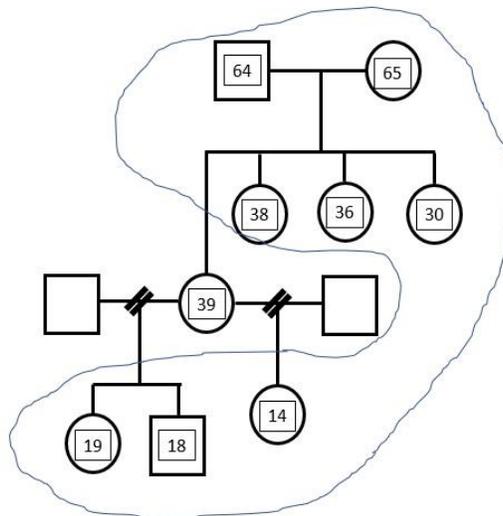
frustración. Proporcionar estrategias para regularse de acuerdo con las necesidades del contexto o la situación.

P4. Psicodiagnóstico

Motivo de consulta: “Aprender a sentirme bien; a tener más control emocional”.

- Significado atribuido al consumo: “*Me sentía bien, se iban los problemas, esa desesperación ya no estaba, ya no había nada de eso, volaba mi mente y me olvidaba un buen rato de todos los problemas*”.

Familiograma:



Historia familiar:

- Datos familiares: “A” es el segundo de tres hijos. “A” comenta que la madre ha tenido diversas parejas, pero solamente con dos de ellas ha tenido hijos, la primera, con quien tuvo a una hija (1 año mayor) y a “A”. Posteriormente, con otra pareja tendría a una tercer hija, actualmente tiene 14 años. La figura paterna no ha estado presente desde que “A” era un infante y de las parejas posteriores reporta maltrato o abuso de confianza, aunado al hecho de presentar antecedentes de abuso en el consumo de alcohol tanto por la madre como por sus parejas, hecho por lo cual, quienes toman el cargo del cuidado de “A” y sus hermanas son los abuelos maternos y ocasionalmente las tías. La relación con la madre es distante o conflictiva, representando una figura ambivalente.

- Descripción de relaciones familiares: Vínculos afectivos con las figuras parentales deteriorado. Conflictos y poca o nula cohesión en el hogar de origen. Poca identificación con los abuelos maternos. “A” es recurrente en buscar a la figura de la madre, bien para acompañarla durante sus momentos de lucidez y sobriedad; para defenderla de los maltratos de sus parejas o para señalar el comportamiento de esta, haciendo hincapié en la ausencia de un modelo de crianza confiable, afectivo y seguro.
- Descripción del entorno social: El entorno sociocultural de “A” está provisto de desigualdades como desempleo, rezago educativo, pobreza e inseguridad, por mencionar algunos de los más relevantes. Es en la adolescencia que “A” abandona sus estudios y se dedica a la venta de drogas como una forma de sustento económico. El abuelo por su parte, intenta ser una figura de apoyo pero es continuamente relegado por “A” en sus intentos de ayudarlo. El consumo de sustancias es algo que ha estado presente tanto al interior de la familia como de otras relaciones interpersonales con pares.
- Datos relevantes: Al finalizar la secundaria, “A” decide no continuar los estudios y se va a vivir con un compañero de escuela, con quien inicia el consumo y venta de marihuana, momento en el que también se inicia en el consumo de sustancias más potentes como cocaína. “A” es uno de los residentes más jóvenes y con mayor antigüedad al interior del Centro de Rehabilitación, con 18 meses cumplidos al momento de iniciar el proceso de intervención. En diversas ocasiones durante el proceso expresa que desea independizarse y estar fuera del centro para hacer su vida propia, pero no puede decidir si quiere regresar a Cozumel donde se encuentra su madre, o permanecer en Mérida y estar alejado de ella, pero siente que se ha beneficiado del cuidado recibido por los padrinos encargados del centro.

Desarrollo de la personalidad: De las relaciones primarias y las dinámicas interpersonales mencionadas por “A”, se identifica que desde edad temprana (5 años), las necesidades básicas no pudieron ser atendidas por la madre, dado que esta también ha requerido de apoyo. Se identifica que, de la dinámica en relación con la figura de la madre, “A” expresa emociones polarizadas u opuestas, al grado de expresar enojo o

rechazo hacia ella y su comportamiento, pero al mismo tiempo expresa comprensión y un deseo de cuidado. La relación con las otras hermanas y los abuelos se percibe como distante, al grado de expresar que es él quien “no los necesita” pero que si ocurriera que alguno de ellos estuviera en dificultades “A” no dudaría en ofrecerles su apoyo. Con sus demás relaciones, “A” tiende a ser muy selectivo o reservado, pues expresa que no puede confiar en cualquiera y lo que cobra sentido cuando decide mudarse a casa de un compañero de escuela a quien considera como un hermano y con quien se inicia en la venta de drogas para obtener sustento.

Pruebas complementarias:

- Línea de vida: Permitió ordenar de forma retrospectiva y cronológica, diversos eventos, sucesos o situaciones recordados y que fueron posicionados según su valoración agradable o desagradable. Se identifican diversos sucesos a lo largo de las etapas de desarrollo, y que inicia desde la infancia temprana (5 años), con experiencias en relación con la figura de la madre, con quien no logra establecerse un vínculo afectivo seguro, situación que parece tener repercusión en otras relaciones interpersonales y de las que pueden abstraerse sentimientos de soledad, abandono o no pertenencia a un grupo.
- Cuestionario desiderativo: Para las catexias positivas, el participante emplea las imágenes de águila (*es libre, puede volar, puede volar por sí sola, desde corta edad no depende de su familia*); tiburón (*fuerte, naciendo se separa de la mamá, aprende a cazar su comida*); y moto (*es de utilidad, para transportarse, da adrenalina*), estas imágenes podrían reflejar un yo con anhelo de independencia, tanto de la familia como de la figura de la madre y que también puede interpretarse como una necesidad de pertenencia. Para las catexias negativas, el participante emplea las imágenes de silla (*cuando no se usa se le deja arrinconada, no me gustarían que se sentarán sobre mí*). Cochino (*sucios, gordos, todo el tiempo están chillando*), y escoba (*son sucias, tienen gérmenes, están mucho tiempo arrinconadas, se desgasta*), por su parte, estas imágenes reflejarían los temores de un yo de ser utilizado y luego desechado, con desvaloración de la autoimagen y de los recursos personales.

Funciones yoicas: Para el análisis de las funciones *yoicas*, estas fueron ordenadas de acuerdo con su posible grado de afectación.

- Afectación grave: Prueba de realidad. Juicio. Relaciones de objeto. Funcionamiento defensivo. Funcionamiento autónomo. Función sintético-integrativa.
- Afectación moderada: Sentido de la realidad. Regulación y control de pulsiones y afectos. Proceso de pensamiento. Regresión adaptativa al servicio del yo. Barrera de estímulos. Relación dominio-competencia.

Diagnóstico psicodinámico:

- Nosología de caso: Paciente masculino de 18 años, con capacidad para ubicarse en tiempo y espacio. Dificultades en el aspecto personal. Se identifican signos de sospecha o suspicacia sin base suficiente. Preocupación o dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de familiares, amigos y pares en general. Poca disposición a confiar en los demás. Rencor y sospecha recurrentes. De acuerdo con estos síntomas se considera un posible trastorno de personalidad paranoide.
- Hipótesis de trabajo: Los rasgos paranoides de “A” parecen coincidir con una historia de vida en la que, desde temprana edad, las figuras de cuidado principales no estuvieron al alcance o disponibles. El padre abandona el núcleo familiar desde el nacimiento de “A” y la madre por su parte mantiene un patrón de consumo descontrolado, así como también mantiene diversas parejas sexuales, aspecto que “A” nunca consintió, principalmente porque se trataba de hombres agresivos o violentos, también con patrones de consumo compulsivo. Es gracias a la presencia de los abuelos maternos y a la madre de un amigo cercano que “A” puede encontrar ciertos apoyos, sin embargo, esto parece generar una percepción de ambivalencia en el modo relacionarse con los demás.
- Recursos: Motivación y adherencia al programa de tratamiento (participante con mayor antigüedad). Ausencia de frecuencia y exposición al consumo de sustancias. Intención de superación o cambio con respecto a su situación actual. Desarrollo de nuevos hábitos. Disposición y apertura a confiar en compañeros de grupo.

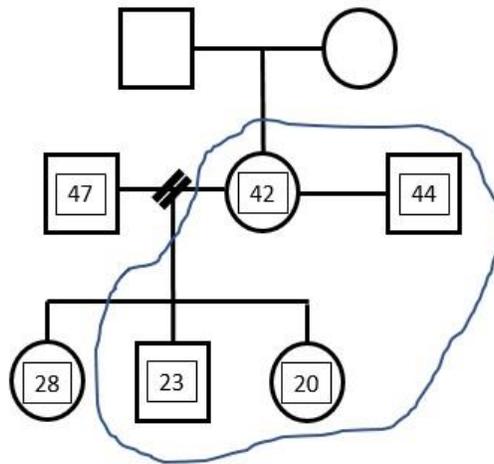
- Metas terapéuticas: Reforzamiento de las funciones yoicas más debilitadas, así como de la regulación emocional ante situaciones de angustia. Favorecer la capacidad del paciente para regulación de emociones como el resentimiento, particularmente hacia la figura de la madre y aquellas relaciones en las que se sienta más vulnerable. Favorecer el intercambio entre el participante y el grupo en dinámicas interpersonales de confianza mutua.

P5. Psicodiagnóstico

Motivo de consulta: “Aprender a tomar lo más importante para aplicarlo a hacer las cosas bien. Tomar la responsabilidad de mi vida”.

- Significado atribuido al consumo: *“Algo que bloqueaba mis sentidos y mis emociones. Me sentía tranquilo en mi cuerpo, me anesthesiaba y no sentía nada, nada me hacía sufrir”.*

Familiograma:



Historia familiar:

- Datos familiares: “L” es el segundo de tres hijos del mismo matrimonio y el único varón. Los padres se separan cuando él está aún en etapa infantil (5 años), del padre no tiene recuerdos posteriores a la separación, salvo que fue alguien que discutía constantemente con la madre. Describe a la mamá como una persona que se ha preocupado mucho por él. Sin embargo, “L” se siente más cercano hacia quien se vuelve la segunda pareja de la madre, con quien se acerca en varias

ocasiones para conseguir empleo y de quien comenta, es un modelo de hombre que admira y respeta por lograr sus objetivos, sin embargo, esta persona también decide limitar su ayuda hacia “L” debido a las continuas inasistencias y falta de compromiso hacia el trabajo.. De las hermanas “L” no se expresa demasiado, sólo que ellas también se preocupan por él, sobre todo la hermana menor.

- Descripción de relaciones familiares: “L” expresa que la relación con sus hermanas y la madre es “soportable”, dado que los conflictos ocurren cuando alguna de ellas hace observaciones con respecto a su estilo de vida en la secundaria. De las tres, con quien comenta tener menos conflictos es con la hermana menor, al grado de ser esta quien le facilita en numerosas ocasiones que “L” pudiera salir de casa sin supervisión o bien, que llegase a altas horas de la madrugada, sabiendo que la hermana estaría para recibirlo. La figura de la madre parece dedicar más tiempo al trabajo y pendientes laborales, motivo por el cual pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa. Las diferencias con la hermana mayor y la madre terminan siendo un factor por el cual “L” decide mudarse a un espacio propio y frecuentar más con su grupo de amigos y pares, con quienes forma una banda musical, experiencia con la que llega a considerar la posibilidad de dedicarse a ello de forma profesional pero sin plantear objetivos o acciones realistas para llevarlo a cabo. Es también durante esta época que la experiencia de consumo de “L” se diversifica hacia sustancias ilegales de mayor potencia.
- Descripción del entorno social: Al interior del núcleo familiar “L” no parece encontrar una segunda figura masculina con la cual fraternizar o formar alianzas, el hecho de ser el único varón en una casa con tres mujeres parece ser un factor significativo por el que termina abandonando el hogar en una posible búsqueda de independencia. Es importante mencionar que la figura del padre biológico no estuvo presente desde la etapa temprana de vida de “L”, motivo por el cuál no conserva recuerdos de él. El padrastro por otra parte vive por su cuenta y es una figura a la que “L” aprende a recurrir principalmente por motivos económicos e incluso llega a obtener empleo. Es importante mencionar que al interior del hogar, la madre y la hermana mayor son fumadoras de tabaco, hábito que “L” también adopta. Es al salir del hogar que el consumo de alcohol, marihuana y otras drogas,

principalmente alucinógenas, empiezan a tener más frecuencia en su vida cotidiana por incentivo de amigos y pares.

- Datos relevantes: “L” se considera una persona creativa y extrovertida, con facilidad para relacionarse. Una de las razones por las que no continua sus estudios se debe a que decide ingresar a un grupo musical, tiempo en el que también intenta independizarse y consumir otras sustancias además de la marihuana, con la que había iniciado en la secundaria. De igual forma al hablar de la secundaria “L” hace mención en varias ocasiones de cómo él tendía a sobresalir entre los demás varones ante las compañeras, aspecto que lo enemistaba con los compañeros de su mismo sexo. Otro aspecto relevante es que esta es la segunda ocasión que “L” es ingresado a un centro de rehabilitación. En la primera ocasión la madre lo retira del proceso a los 3 meses por pensar que ya estaba rehabilitado, pero una vez en casa retoma el consumo a las dos semanas. Viviendo a solas y experimentando con alucinógenos ilícitos, “L” comenta que comienza a tener alucinaciones visuales y auditivas, relacionadas con hacerse daño, este es uno de los motivos principales por los que decide regresar a casa y eventualmente acepta el segundo internamiento, nuevamente sugerido por la madre.

Desarrollo de la personalidad: De las relaciones primarias y las dinámicas interpersonales mencionadas por “L”, se identifica que desde edad temprana (nacimiento, infancia temprana), la figura del padre no está presente y crece con la madre y dos hermanas. No es hasta la secundaria (adolescencia), que los conflictos en casa aumentan hasta que culminan en la decisión de “L” de abandonar el hogar así como también abandona los estudios. Cuando el consumo de sustancias llega a un punto de riesgo, la madre decide internarlo a un primer centro de rehabilitación en la CD. de Cancún, pero termina retirándolo de ahí a los tres meses antes de cumplir el proceso de tratamiento. Al tener su recaída, la madre decide internarlo nuevamente en el actual centro de rehabilitación en la CD de Mérida. “L” parece tener cierta noción de derecho en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, pues no parece identificar que depende de otras personas para sostenerse así mismo (madre, hermana mayor, hermana menor, padrastro), y es hacia estas personas a quienes dirige sus principales críticas o juicios.

Pruebas complementarias:

- Línea de vida: Permitió ordenar de forma retrospectiva y cronológica, diversos eventos, sucesos o situaciones recordados y que fueron posicionados según su valoración agradable o desagradable. Se identifican diversos sucesos a lo largo de las etapas de desarrollo. Si bien son identificados numerosos eventos por parte del participante, estos parecen corresponder con cuestiones emocionales desatendidas o descuidadas al interior del entorno familiar, así como al hecho de que la figura del padre no estuvo presente desde la etapa infantil temprana (antes de los 5 años). Se identifica que estas situaciones se agravan con el consumo experimental de sustancias hasta que eventualmente “L” experimenta con sustancias ilegales más potentes, como la metanfetamina.
- Cuestionario desiderativo: Para las catexias positivas, el participante emplea las imágenes de guitarra (*me encanta su sonido y lo que puede llegar a crear*); león (*es al que respetan, todos saben de él, es muy conocido*); y luna (*me hace sentir triste, imagino a una chica triste y sola y mirarla me hace sentir especial*), estas imágenes podrían reflejar un yo con anhelo de relaciones interdependientes en las que de algún modo “L” tiene protagonismo o mayor importancia ante el otro y sus necesidades. Para las catexias negativas, el participante emplea las imágenes de gusano (*dan asco y son fáciles de aplastar, no quiero que me aplasten*), gato (*se pelean a matar con otros gatos, son malos, no son como los perros*), y oscuridad (*es lo malo, es como estar sólo*), por su parte, estas imágenes podrían corresponder a un yo con autoimagen desvalorada, con anhelos de aceptación y pertenencia y con un temor no consciente de ser abandonado.

Funciones yoicas: Para el análisis de las funciones *yoicas*, estas fueron ordenadas de acuerdo con su posible grado de afectación.

- Afectación grave: Prueba de realidad. Juicio. Sentido de la realidad. Proceso de pensamiento. Regresión adaptativa al servicio del yo. Funcionamiento defensivo. Barrera de estímulos. Funcionamiento autónomo. Función sintético-integrativa. Relación dominio-competencia.
- Afectación moderada: Regulación y control de pulsiones y afectos. Relaciones de objeto.

Diagnóstico psicodinámico:

- Nosología de caso: Paciente masculino de 23 años, con capacidad para ubicarse en tiempo y espacio. Dificultades en el aspecto personal. Presenta necesidad de admiración y sentimiento de privilegio. Signos de impulsividad, comportamiento compulsivo y fracaso para planear con antelación. Exageración de atributos físicos y atracción del sexo opuesto hacia si mismo. Característica de provocar admiración hacia nuevas amistades. Disfunciones en áreas familiar, de relaciones, laboral y académica. Considerar criterios de un posible trastorno de personalidad histriónica.
 - Hipótesis de trabajo: La estructura de personalidad de “L” parece coincidir con rasgos histriónicos debido a que él no parece ser consciente sus comportamientos en relación con personas cercanas, principalmente la madre, la hermana y el padrastro. Estas figuras han sido apoyo para “L” en distintos momentos y formas, paradójicamente, este apoyo parece haber tenido un efecto de mantenimiento de modos de actuar sin tomar responsabilidad de las consecuencias. Estos apoyos podrían sostenerse de una dinámica o discurso al interior del núcleo familiar y que “L” expresa con frases como: “me gustaría tener un modelo de hombre o de padre”; evidenciando la ausencia desde edad temprana de la figura paterna, pero en cambio, sirviendo de elemento funcional y creativo para mantener un autoconcepto de si mismo incongruente con el modo de afrontar las demandas de la vida diaria de forma más adaptativa.
 - Recursos: Motivación y adherencia al programa de tratamiento. Ausencia de frecuencia y exposición al consumo de sustancias. Intención de superación o cambio con respecto a su situación actual. Desarrollo de nuevos hábitos.
 - Metas terapéuticas: Reforzamiento de las funciones yoicas más debilitadas, así como de la regulación emocional ante situaciones de angustia. Favorecer la capacidad del paciente para empatizar con las emociones y necesidades de terceros, aceptar el establecimiento de límites y favorecer la agencia o responsabilidad del participante para satisfacer sus propias necesidades o expectativas. Favorecer el intercambio entre el participante y el grupo en dinámicas interpersonales de confianza mutua.
-

Si bien se ha tratado por presentar un resumen de los aspectos más relevantes de cada participante desde la mirada psicoanalítica, lo cierto es que un análisis apropiado de los mismos requiere una atención más amplia. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, es posible distinguir del análisis realizado una congruencia teórica, la necesaria como para establecer hipótesis de trabajo para cada participante en relación a un contexto y dinámicas interpersonales previas al consumo y a su patrón dependiente, en otras palabras, gracias a los aportes de la Teoría del apego es posible reconocer cuáles son las funciones yoicas que requieren de reforzamiento, de igual manera, los rasgos en las estructuras subjetivas de los participantes podrían sustentar el modo de afrontamiento ante situaciones de angustia y de qué forma el consumo de sustancias ha representado un papel protagónico en sus historias de vida, ya no como un consumo por el consumo, sino como un mecanismo defensivo que dificulta o impide la madurez.

4.4 Resultados del grupo reflexivo y el taller psicoeducativo

Esta técnica de participación colaborativa se efectuó en tres sesiones, con una duración aproximada de 90 minutos cada una e implementando una mecánica de trabajo en la que, por medio de la proposición de un tema presentado a modo de pregunta, los participantes dialogarían entre ellos para desarrollar sus ideas alrededor del tema. La función de moderador estuvo a cargo del terapeuta, sin embargo, por las características de la estrategia, estas estarían limitadas únicamente a momentos en los que el dialogo se tornara confuso, se perdiera la congruencia o hilo conversacional.

El objetivo de la estrategia estuvo dirigido a que los participantes pudiesen hacer uso libre de lenguaje, es decir, de sus símbolos o signos para generar las descripciones en el intercambio de ideas, identificando posibles valores que posteriormente pudieran serles devueltos como una perspectiva alternativa a sus descripciones desde la funcionalidad de los discursos empleados.

De igual forma, a modo de evaluación del proceso del desarrollo reflexivo, se realizaron transcripciones de pistas de audio en formato mp3 de las sesiones grabadas con previa autorización de los participantes. De estas transcripciones fue posible extraer las ideas más relevantes, así como el hecho de evidenciar el desarrollo de los participantes. Para propósito de análisis, se establecen tres momentos en cada sesión, es decir, 1)

planteamiento inicial; 2) desarrollo del tema; 3) conclusiones de la sesión. El modo de identificar los momentos fue considerado en relación a los comentarios realizados por los participantes, así como de las intervenciones hechas por el moderador en forma de preguntas para guiar la reflexión hacia un encuentro grupal de perspectivas.

Así pues, en la primera sesión de grupo reflexivo, se invitó a los participantes a responder a la pregunta “¿Qué significado tiene para ti, ser hombre?”; estas fueron algunas de las aportaciones más significativas obtenidas durante cada momento de la sesión:

Primer momento: Planteamiento inicial. *¿Qué significado tiene para ti, ser hombre?*

O: Yo considero que ser hombre no se refiere al sexo o a la edad. No sé si recuerdan el principio del sexto paso, menciona que es lo que divide a los niños de los hombres ¿no? Porque es cuando ya estás dispuesto a hacer lo que se supone que uno debe de hacer ¿no? Para mí un hombre no sé, es aquella persona con la responsabilidad de tomar y hacer las decisiones que se planteen, ¿no?

H: Como decía un clérigo un amigo mío, un hombre es el que tiene el valor de decir "hoy no, hoy voy a hacer esto" ¿no? Que tiene la voluntad. el verdadero hombre es el que dice que cuando va a hacer las cosas las hace o no las hace, que toma decisiones, claras.

O: Se compromete. Ajá, hay que entender que no va a salir a la primera, nos comprometemos con el mejor esfuerzo y a veces vamos a fallar, pero hay que mantener el compromiso.

H: Ese podría ser un verdadero hombre ¿no? Que reconoce que cometió un error.

JL: Entonces hombre es aquella persona madura que tiene la decisión de hacer las cosas por su propia voluntad y que el problema es intentar e intentar y tratar de progresar.

A: Tocando el tema, yo pienso que teniendo cierta edad, una capacidad que digamos, piensas mejor, pienso que ya tienes que tener tu responsabilidad, tus metas, trabajo, estudios y no puedes estar fallando a cada rato. Más que nada, lo que me estaría haciendo hombre es la oportunidad que tengo el día de hoy. Porque hay muchos que quieren salir corriendo, que no dan esa oportunidad y piensan que ellos son hombres porque fuman, porque se pelean, porque toman ¿no? Y yo así pensaba pero al día de hoy

vengo a comprender que no es así, sino comprender que la manera más sencilla es lo que puedo hacer. Sé que va a ser un esfuerzo diario.

JL: Eso me movía, me cuestionaba ¿yo no soy hombre? Son las personas responsables, que pueden brindar seguridad.

Segundo momento: Desarrollo del tema.

Moderador: *¿Sólo los hombres pueden ser responsables?*

O: No, creo no depende del género.

A: El que se esfuerza. El hacerte cargo de tus decisiones. Ser responsable de ti, de tu trabajo, de tus actos.

L: Ser hombre es una pregunta que se responde cada mañana.

Moderador: *Parece ser que el ser hombre tiene que ver con el hacerse cargo de nuestras acciones.*

JL: La palabra hombre es mal entendida o mal interpretada. Pienso que ser hombre tiene un nivel o cierta estabilidad.

L: Vivimos en un mundo con mucha ignorancia. Ser hombre no es quien tiene el poder o el control.

A: Desde niño empieza. Crecemos con esa parte de no hacernos cargo de nosotros.

O: El ser hombre ya viene con la responsabilidad de afrontar lo que hice bien o lo que hice mal. Lo que hago o dejo de hacer para con los demás. Afrontar lo bueno y lo malo.

Tercer momento: Conclusiones de la sesión.

Moderador: *Parece que ser hombre no tiene nada que ver con ser masculino. ¿Qué otras formas de educación comienzan a notar ahora? ¿Qué otras ideas hay alrededor de ser hombre?*

O: A mí no me enseñaron a expresar emociones, siempre era, "quédate callado".

H: Son creencias de la familia. No teníamos idea.

JL: Una persona masculina, crece confundido y para llegar a ser hombre, tienes que tener un proceso primero, como unas experiencias para darte cuenta de lo que realmente es ser hombre. Yo no me considero hombre.

Moderador: *¿Qué haría falta para que te consideres hombre?*

JL: Ser padre.

Moderador: *Me parece que la paternidad es una característica más del ser hombre pero creo que no es necesario ser padre para ser hombre. ¿Qué opinan los demás?*

H: *Yo hablo de tomar decisiones.*

JL: *Me comporto como un chamaco, no como una persona estable.*

L: *Me doy cuenta de que he sido todo lo contrario a lo que podría ser un hombre.*

Moderador: *Esta idea del "yo puedo", ¿no es otra idea que también nos enseñaron desde chicos?*

A: *Te tienes que seguir esforzando. No siempre vamos a poder, aun así no tienes por qué darte por vencido.*

O: *Como hombre no soy perfecto. Con los errores viene el aprendizaje.*

Moderador: *¿Qué significará ser hombre entonces?*

O: *Ser responsable de que también fracaso, que cometo errores y que me equivoco. Que también puedo sentir.*

JL: *Seguridad emocional.*

O: *Vivir con la confianza.*

A: *Hay miedo al rechazo.*

H: *Te auto saboteas.*

L: *Me doy cuenta de que por momentos soy consciente de lo que hago y de lo que quiero.*

O: *De chico nos dijeron que teníamos que ser de una forma.*

Para la siguiente sesión, el tema propuesto se planteó por medio de la pregunta: “¿qué significado tiene para ti la madurez y cómo crees que se relaciona con las emociones?”. El proceso de diálogo fue grabado con previa autorización en formato mp3 para luego ser transcrito a un procesador de texto con el objetivo de extraer aquellas ideas más significativas y que se presentan a continuación:

Primer momento: Planteamiento inicial. *¿Qué significado tiene para ti, ser hombre?*

L: *Es tomar las cosas con seriedad.*

Moderador: *¿En qué piensas cuando escuchas la palabra madurez?*

L: *En tener metas claras. Tener propósitos, hacer tu vida, esforzarse.*

JL: *Yo pienso que es como un estado de conciencia, más concreta, con más seguridad.*

A: Para ser maduro, debo empezar a hacerme cargo de mis responsabilidades.

L: Creo que madurez es comprometerse con tu vida misma.

H: Actuar como la persona que eres.

A: Es tomar decisiones. Con su ventaja y su desventaja.

JL: Ser más consciente con la personalidad de uno mismo. Saber cómo enfrentar el problema no es suficiente

O: Va más allá de la edad tiene que ver con encontrar un equilibrio. es estar preparado.

La madurez mental se tiene que ejercitar.

H: Es experiencia.

Segundo momento: Desarrollo del tema.

Moderador: *¿Será solamente la experiencia? ¿Ves madurez en tus compañeros?*

O: Sí, porque cada uno ha pasado por sus procesos.

H: Cada uno es maduro en sus cosas. Toda la vida maduramos.

JL: ¿La madurez viene con la aceptación?

O: Claro.

Moderador: *¿Por qué? ¿Aceptación de qué?*

O: De todo.

J: Sé que cuando no hago nada, tengo cierta edad, y me culpan de algo que no hice y me pongo triste.

Moderador: *Entiendo de lo que dices, que tal vez la madurez representa en ocasiones, tener que aceptar situaciones que nosotros no provocamos o no controlamos, ¿es así?*

A: Hay que comprender al otro.

JL: Esa madurez puedo decir que la cultivo cuando aprendo mis errores.

Moderador: *¿Qué es entonces la madurez y qué tendrá que ver con las emociones?*

O: Creo que sería la manera correcta de cómo afrontar las cosas.

A: Depende de ti mismo el cómo aceptar lo que ocurra.

O: Tener la capacidad de aprender alguien más.

Moderador: *¿Tendrá algo que ver la madurez con el control emocional?*

O: Cuando empiezas a controlar tus impulsos empiezas a tener madurez emocional.

L: Pienso en un compañero a quien quise ayudar, compartiéndole mis experiencias. Al final él no aprendió.

H: Pero creo que te sirvió más a ti que a él.

O: Empezamos a pensar en los demás.

A: Pienso en todos los que están detrás de mí para que yo estuviera aquí.

Tercer momento: Conclusiones de la sesión.

Moderador: *Parece que la madurez tiene que ver también con cierta preocupación por el otro. ¿Cómo se relacionará el tema de la madurez emocional con el ser hombre?*

A: Siento que entra con la capacidad de hacerte cargo de tu camino y pensar en ti y empezar a trabajar, en la responsabilidad de preocuparte por ti.

JL: Sí, se relacionan.

Moderador: *¿Alguna vez lo pensaron?*

A: Como que el ser maduro a ser hombre viene siendo lo mismo, por ejemplo estando aquí. Ya estás tomando la decisión de estar aquí y lo estás haciendo.

Moderador: *¿Qué de lo que dijo A les hizo sentido?*

JL: Que no es necesario que sea hombre para que sea maduro.

Moderador: *A lo mejor te toca buscar lo que significa para ti ser maduro, en tus propios términos.*

O: Yo pensaría en lo que tienen en común la madurez y el ser hombre. es algo que se va inculcando, hay que trabajarlo.

A: Pienso que ser hombre y ser maduro tienen las mismas responsabilidades.

JL: El hombre tiene que estar capacitado para sí mismo y muchas cosas más y por eso es necesario que sea maduro. La madurez se transmite

Moderador: *¿La madurez tendrá algo que ver con lo material?*

A: Creo que no se trata de tener títulos, sino el madurar emocional es saber hacer lo correcto.

H: Está fuerte lo que dice A.

O: Es hacer lo correcto.

L: Es como dijo O, la madurez viene en diferentes maneras y ocasiones, es aceptar que he actuado sin madurez pero que puedo aprender a ser maduro, tuve que pasar por todo eso para aprender.

Moderador: *¿Crees que tengas oportunidad de madurar?*

O: Nunca es tarde de madurar.

A: Pienso que ya estoy madurando.

L: Pienso que éste es mi momento para madurar.

O: Nunca es tarde para empezar a madurar.

H: Es día con día.

JL: Es como dice la literatura, "sólo por hoy".

Finalmente, para la tercera sesión, se decidió que el tema fuese abierto, pero considerando también lo dialogado en las ocasiones anteriores, pensando tal vez en cómo podrían aplicar las reflexiones en la vida diaria o después que finalice sus proceso de rehabilitación. Se presentan a continuación aquellas ideas consideradas más significativas del proceso de diálogo y que fueron extraídas de transcripciones de entrevistas grabadas en formato mp3 previa autorización de los participantes.

Primer momento: Planteamiento inicial. *¿Qué significado tiene para ti, ser hombre?*

A: Creo que me serviría para empezar a mirar las historias para no repetirlas. No cometer tonterías.

Moderador: *Pero me parece que incluso cuando cometes la tontería hay algo que podrás hacer.*

O: ¿Cómo enfrentar nuestros errores afuera? Puedo distinguir algunos rasgos de madurez, en mi trabajo, en mis responsabilidades, en mis obligaciones y en cómo me relaciono con mis demás compañeros. considero que es por ahí que tengo que empezar a trabajar. Pero creo que nunca voy a llegar al punto donde pueda decir que ya lo soy, que ya soy maduro, ya no cometeré errores. Cometer errores significa que yo tendré que repararlo.

JL: Creo que lo que hemos platicado me puede servir para muchas cosas allá afuera. Ahora puedo darme cuenta de lo que hago, de lo que podría ser parte de mi persona.

Segundo momento: Desarrollo del tema.

Moderador: *Me pone a pensar que como grupo parece que están mencionando aspectos en común, como el tener más conciencia, disposición a aprender y a hacerse responsable.*

JL: El trabajo implica ser honesto, ser más sincero con Uds. en el grupo.

A: Como que me doy cuenta de que abriéndome aquí con Uds. puedo hacerlo porque hay confianza. Antes no me atrevía a hablar las cosas pero aquí me doy cuenta de que no ocurre.

H: Yo veo que no tengo la confianza para hablar frente a los demás.

Moderador: *Pero sin embargo aquí lo estás haciendo.*

H: O tal vez antes no quería platicar. ¿Cómo ven la idea de comprar sexo?

O: Todos lo compramos de alguna forma, con dinero, con favores, con acuerdos, creo que hay muchas maneras, yo personalmente no lo vería mal.

A: Yo igual he ido a pagar, pero veo que nada más pago por la compañía, no por el afecto y me doy cuenta de que preferiría el afecto.

O: A veces queremos algo que no está.

L: Pero me doy cuenta de que cuando no está eso, me enojo, me frustró.

A: Me doy cuenta de que ese afecto que quisiera recibir lo busco en otras personas, como en los padrinos, de quienes a veces hay días que quisiera escuchar de ellos que estoy yendo bien, que ven que le estoy echando ganas.

Moderador: *¿Será que sólo se trate de esperar recibir el afecto?*

H: ¿Podemos pedirlo?

JL: Me doy cuenta de que con la pareja con la que estaba, hubo un momento cuando empecé a consumir drogas que solamente la buscaba a ella para tener sexo, pero luego me iba, no me quedaba con ella y me doy cuenta de que no supe apreciarla.

L: Me doy cuenta de que me pasó algo muy parecido, y siento esa culpa, de que había una persona que me quiso. Pero noto que cuando puedes hablarlo, puedes abrirte, uno se siente mejor, hay como un alivio.

H: Tu cumpliste con decirle, no te quedaste con eso.

O: Es lo mejor, incluso si no te perdonan, el que se perdona eres tú. Tú ya cumpliste. Aquí vamos aprendiendo lo que en su momento pudimos haber hecho, pero me doy cuenta de que aparece el miedo de volver a regarla, con mis demás relaciones.

Moderador: *Por el miedo a regarla podemos ser extremadamente cuidadosos. A veces tendremos que atrevernos a hacerlo, pero cuando ocurra podremos limpiarlo. Podemos elegir.*

JL: Me doy cuenta de que después del sexo, siempre algo hacía falta.

O: ¿No te pasaba que te enojabas?

JL: No siempre, o no tanto, sino simplemente me sentía vacío.

A: Me pongo a pensar que a veces no siempre nosotros fallamos.

L: ¿Será que en el efecto de estar enfiestados no nos podemos dar cuenta, no nos damos cuenta? Al menos así me pasaba.

A: Yo la he regado con las personas que he estado, a veces he llegado a pensar que con las mujeres que he tenido relaciones decir pues las embarazo, total, pero algo me detiene.

Tercer momento: Conclusiones de la sesión.

Moderador: *Ahí creo que entraría la madurez emocional.*

A: Está muy fuerte crecer sin papá.

Moderador: *Sí, es fuerte. Pero a pesar de esa ausencia, los que permanecen pueden hacer algo para afrontarlo.*

O: Yo no podría decir que nunca seré como mi padre o mi madre, porque cada uno de ellos hizo lo que consideró mejor para mí en su momento, no soy quién para juzgarlos.

Lo que nos corresponde a nosotros ahora es tomar eso como punto de partida y tratar de ser mejores por nosotros.

Moderador: *Quizás una vida diferente.*

H: Es como hacer lo mejor que se pudo.

O: A ellos también los educaron de esa forma pero ya nosotros lo sabemos.

H: Dependerá de las futuras generaciones para tomar otras decisiones.

JL: Podemos reparar el daño pero tengo que perdonarme para ser más claro.

Moderador: *A lo mejor en ese momento partías de lo que sabías, de lo que pudiste hacer.*

JL: Sí, me doy cuenta de que lo estoy haciendo, de que lo estoy poniendo en práctica.

Siendo congruente con lo que digo voy a poder hacerme cargo de varias cosas.

O: ¿A qué vamos a estar dispuestos? En la medida que podamos dar vamos a obtener.

JL: Todo esto entra en juego en el futuro.

A: En toda decisión hay un costo y un beneficio.

L: Tengo dudas, porque no sabré si seré capaz de tomar esa decisión hasta que me encuentre en ese momento.

O: No te preocupes tanto por lo que tendrás que hacer, sino por hacer lo correcto.

JL: ¿Cuántas veces le escuche a mi papá decir que quería salir adelante, que quería ser diferente pero nunca lo consiguió?;

L: ¿Por qué será que nunca me he desquitado realmente con mi papá a pesar de lo mal que lo he visto? ¿Será por el cariño?

O: Creo que ya te respondiste.

De las sesiones de grupo reflexivo fue posible explorar y conocer algunas de las imágenes o perspectivas de los participantes en relación con sí mismos y a sus procesos, así como también, pudo favorecer la identificación de ideas o puntos de vista en común dentro del grupo y la frecuencia con la que cada participante tomaba la palabra y revelaba algo de su experiencia personal al mismo tiempo que compartía su opinión en torno al tema desarrollado. Puede identificarse de igual forma una progresión en torno a la complejidad y abstracción de los procesos cognitivos del lenguaje, llegando al punto en el que los participantes pueden desarrollar un diálogo con distintos modos de percibir la realidad al mismo tiempo que existen ciertas similitudes.

Varios de estos elementos fueron aprovechados para desarrollar el taller psicoeducativo. Para el diseño y planeación fueron consideradas cuatro sesiones, para trabajar con los participantes el proceso de la flexibilización cognitiva, es decir, que fueran capaces realizar el proceso de las seis premisas que componen el tratamiento desde el enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso y que representa en 6 momentos:

1. **Aceptación vs Evitación de la experiencia** (involucra el reconocimiento de experiencias sin intentar evadirlas, cambiarlas o controlarlas).
2. **Difusión vs fusión cognitiva** (proceso que implica el distanciarse de los procesos cognitivos y analizarlos desde su contenido y/o significado antes de reaccionar ante ellos).
3. **Momento presente vs Dominio del pasado** (proceso atencional dirigido al momento presente eliminando cualquier juicio valorativo hacia uno mismo).
4. **La persona como contexto vs Apego a una idea si mismo** (sentido de la persona que le permite observarse más allá de su propia experiencia y en cambio reconocer

que existe otra versión de sí mismo distinta de los pensamientos, sentimientos, sensaciones físicas y roles).

5. **Claridad vs Poca claridad en valores** (los valores son rutas de acción definidas por la persona como importantes y significativas, definen lo que realmente se desea ser y que hay que defender).
6. **Compromiso Vs Poca acción dirigida a los valores** (los valores proveen de dirección pero el compromiso es la acción realizada para favorecer el cambio).

A fin de evidenciar una transición de momentos en el proceso psicoeducativo, estos seis momentos se incorporan a cada sesión, por medio de ejercicios de trabajo con apoyo de material didáctico (pizarrón blanco, marcadores, hojas de papel, lápiz y borrador), presentado a modo de metáforas. No obstante y para favorecer un intercambio de ideas desde un lenguaje común, se decide tomar los 12 pasos propuestos por la filosofía de Alcohólicos Anónimos para ser analizados.

Así, por cada sesión fueron trabajados 3 pasos desde los seis momentos del proceso de flexibilización cognitiva de la TAC por medio de instrucciones presentadas en forma de pregunta. A continuación se presenta un ejemplo, recopilado de un momento del proceso:

Taller psicoeducativo	
Paso estudiado durante la sesión:	
Paso 1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.	
Momentos del proceso de flexibilización cognitiva:	
1.	<i>Aceptación vs Evitación de la experiencia</i>
Pregunta inicial para favorecer el inicio del proceso:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué entienden por el paso no.1 de la literatura de AA? 	
<i>O: Para mí significa que me derrotó, que tomó el control sobre mí mente.</i>	
<i>H: Nos volvimos ingobernables, como dice porque pensamos que nada podía dañarnos.</i>	
<i>A: Mientras consumiéramos todo iba a estar bien.</i>	

2. *Difusión vs Fusión cognitiva*

Moderador: ¿Qué palabras usarían para describirlo de otra manera?

Es en este segundo momento, que los participantes expresan dificultad para encontrar otras palabras con las cuáles describir su experiencia.

O: No lo sé, me cuesta trabajo encontrar otra manera de describir lo que me pasó, lo que pasó es que quedé loco, que fui irresponsable y que me fue muy mal. Fui ingobernable, como dice el primer paso. Me fue fácil dejarme llevar ¿no? Ocupar cargos importantes, tener dinero, tener lujos, me sentí un niño en una dulcería.

***Nota:** “O” presenta rasgos narcisistas y tendencia a la exageración de logros o de sus capacidades, aspecto que puede apreciarse de sus comentarios. Estos elementos son tomados del diagnóstico psicodinámico. También puede apreciarse la inflexibilidad de pensamiento a través de argumentos que van dirigidos hacia la culpa o el reproche a si mismo, sin considerar quizás que sus reacciones pudieron ser también una respuesta ante el entorno.

- Cuando esto ocurría, el comentario del participante era tomado para ampliar este segundo momento del proceso con más preguntas de tipo reflexivo, favoreciendo la participación del resto del grupo, con el objetivo de ir creando distancia entre las ideas del participante y favorecer su análisis desde su contenido y/o significado.

Moderador: ¿Se te dificulta pensar en otras palabras o será que nunca te lo habías preguntado?

O: Nunca me lo había preguntado.

Moderador: Los demás, ¿qué opinan? ¿Se habían planteado otras maneras de ver el paso 1 de la literatura?

- En este punto, es posible hacer uso de la herramienta de metáforas para facilitar un proceso de flexibilización cognitiva.

Moderador: *Creo que es normal que nos parezca difícil algo si nunca lo habíamos intentado. ¿Consideran que alguien de aquí nació siendo bueno en algo?*

O: (observa al grupo), creo que no, nadie nace sabiendo. No podemos saberlo todo, por más que uno estudie, siempre tendrá algo por aprender.

***Nota:** Comienzan a aparecer de nuevo los rasgos de “O” por llamar la atención y en relación con demostrar su capacidad de aprendizaje y estudio, sin embargo, que pueda reconocer que nadie es capaz de saberlo todo refleja madurez en su autoimagen.

Moderador: *Parece entonces, que si algo se nos dificulta tenemos que irlo practicando, como una forma de entrenamiento (uso de metáfora).*

H: Si nunca lo practicas nunca lo aprenderás.

JL: Es como hacer entrenar con pesas, no puedes empezar cargando mucho sino te lastimas.

Moderador: *En este caso, ¿qué tendríamos que entrenar?*

A: Tal vez nuestra fuerza de voluntad.

Moderador: *¿De qué forma? ¿A qué te refieres?*

A: Pues como dice el primer paso ¿no? Admitir que somos ingobernables. Yo me acuerdo de que al principio no quería admitirlo, pero ahora que estoy aquí me doy cuenta como que ajá, soy un enfermo del alcohol y la droga.

Moderador: *¿Y si tuvieras que decirlo de otra forma?*

A: ¿Cómo?

Moderador: *Sin utilizar la palabra “enfermo”.*

O: Podría ser, acepto que lo que me pasó fue por causa de un abuso en mi consumo que no supe controlar, pero que esto no ocurrió de la noche a la mañana, que eso no me hace enfermo, sino ha sido un bache en mi camino.

Moderador: *¿Qué diferencias identificas entre lo que dice el paso no.1 y lo que escribiste?*

O: Que creo que la aceptación es más profunda y que el consumo, de lo que sea, alcohol, drogas, sexo, comenzó a ocupar más de mi vida. Creo que es lo mismo, pero al menos

ahora lo entiendo diferente, porque cuando estamos en sesión de estudio no lo miramos tanto como ahora.

- Gracias a la participación de los demás compañeros, el segundo momento puede tener lugar en el proceso de flexibilización cognitiva. El participante puede describir en sus propias palabras lo que entiende por el primer paso de la literatura de AA.

3. *Momento presente vs Dominio del pasado*

O: Estando aquí me doy cuenta de que el alcohol o la droga simplemente estuvieron disponibles, pero que siempre he luchado contra lo mismo, mi rebeldía, mi descontrol emocional, ha sido la historia de mi vida y mi temor ahora es no saber cómo controlarme porque reconozco que puedo perder la calma muy fácil.

***Nota:** Puede identificarse como el participante se encuentra ambivalente, entre reconocerse desde un momento en el presente como alguien con dificultades de regulación emocional, pero luego lleva esto hacia el pasado, dificultando el tercer momento del proceso. Se recurre de nuevo al apoyo del grupo y la intervención con preguntas de tipo reflexivo para favorecer la mirada del aquí y el ahora. Esto también puede ser apoyado por el diagnóstico psicodinámico, desde el cual se identifican patrones de relación interpersonales inconsistentes al interior del núcleo familiar, aspecto que podría también influir en cómo percibe la realidad desde el momento presente.

Moderador: *¿Qué opinan los demás de lo que menciona “O”, ¿qué piensan cuando lo escuchan hablar del descontrol emocional?*

H: Puede que lo emocional sea lo que te cueste más trabajo, pero aquí estás haciendo algo para remediarlo. Creo que a todos nos cuesta.

JL: Creo que todos lo estamos haciendo, sino hace mucho que nos hubiéramos escapado. ¿Cuántos no se han ido?

A: Ajá, sin querer quizás estamos empezando a controlarnos mejor, pero no hay que confiarse.

- Es gracias a las participaciones del grupo que puede reubicarse la participación de “O” al contexto presente y desde ahí ofrecer otra perspectiva para su autovaloración.

Moderador: *¿Qué opinas ahora que has escuchado a tus compañeros?*

O: Que tienen razón, estoy haciendo algo.

4. *La persona como contexto vs Apego a una idea de sí mismo*

O: Como que es complicado para mi pensar que podía ser algo diferente, porque siempre nos están diciendo que somos enfermos, ¿no? Entonces, ¿de qué otra forma me voy a considerar? Pues como enfermo.

- Nuevamente, desde el aquí y el ahora, el participante puede analizar el contenido de su experiencia, a partir de lo cual el proceso nuevamente se encamina a generar nuevos enfoques con apoyo de los demás participantes.

H: Creo que la enfermedad no es precisamente una enfermedad física, como bien dice la literatura, es más bien una enfermedad del alma, es espiritual y con eso sólo podemos trabajar desde la fe, el compromiso del día a día.

- Comienzan a identificarse valores trascendentales en los argumentos de los participantes (ej. fe y compromiso). Estos pueden ser aprovechados para ser presentados ante los participantes como estrategias de apoyo.

Moderador: *No se trata de llevarle la contraria a la literatura, pero creo que lo que menciona “H” es importante y tal vez cuando se habla de enfermedad se está hablando de algo que afecta el alma o el espíritu de la persona y no tanto la parte física. ¿Qué opinan los demás?*

A: Que es verdad. Luego por eso hablamos del poder superior, hablamos de algo que está fuera de nosotros pero que nos va a ayudar a sanarnos.

- Identificación de otro valor trascendental: el Poder Superior.

Moderador: *¿De qué otra forma entonces podríamos hablar de eso que enferma el alma o el espíritu?*

O: El orgullo, el creer que uno todo lo puede.

Moderador: *¿Y cómo crees que se relaciona el orgullo con tu enfermedad?*

O: El orgullo es mi enfermedad.

***Nota:** Nuevamente los rasgos narcisistas de “O” aparecen proyectados, pero ahora gracias al proceso de intervención estos pueden ser replanteados por el participante a fin de tener más claridad ante ello, aspecto esencial para el próximo momento del proceso de flexibilización cognitiva.

5. *Claridad vs Poca claridad en valores*

- En relación con el ejemplo del momento anterior, aparecen la fe, el compromiso y el Poder Superior como valores trascendentales y que pudieran servir de apoyo a los participantes hacia lo que realmente se desea ser.

Moderador: *¿Si el orgullo ha sido parte de la enfermedad, ¿cuál podría ser parte de la cura?*

O: El querer ser mejor, de ya no volver a pasar por lo mismo.

***Nota:** El rasgo narcisista de “O” no permite la introyección de una estrategia de afrontamiento apropiada. Sin ser todavía consciente de su respuesta, sus palabras reflejan el mantenimiento de un patrón de afrontamiento dirigido al “ser mejor” o al “no equivocarse”. Es gracias a estos elementos que se replantea la pregunta al participante.

Moderador: *¿Se tratará solamente de querer ser mejor? ¿Será tan sencillo no equivocarse?*

H: No, todos nos equivocamos. Yo me equivoque hoy en la mañana en mi servicio, me enoje por eso.

A: Ajá, yo creo que no dejamos de equivocarnos.

Moderador: *¿Y si nunca dejamos de equivocarnos cómo podríamos ser mejores?*

A: Pues aprendiendo de nuestros errores.

Moderador: *¿Y eso cómo se llama?*

A: ¿Humildad?

- Es cuando el participante reconoce esto que pueden hacerse otro tipo de intervenciones en el momento, siguiendo siempre el proceso de flexibilización cognitiva.

O: Entonces la cura es la humildad.

Moderador: *Revísalo tú, si consideras que la humildad puede ser un valor para ti, entonces tómalo y ponlo en práctica.*

***Nota:** El participante puede llegar por sí mismo a la conclusión para su dilema, el cual estaba resolviendo desde la misma forma neurótica. Ahora, gracias al apoyo del grupo, puede considerar una nueva estrategia y quizás también un cuarto valor trascendental al cual apoyarse para favorecer la flexibilidad cognitiva.

6. *Compromiso vs Poca acción dirigida a los valores*

Moderador: *¿Con qué crees que puedas comprometerte para mantener esa humildad?*

O: Con mis tareas diarias, con seguir aprendiendo, con saber escuchar, creo que nunca escuchamos o nunca escucho más bien. A veces pienso que por ser muy “chingón” no necesito de nadie.

***Nota:** De nuevo el rasgo narcisista aparece, así como también se refleja la necesidad de aceptación del participante. Este es también un elemento que puede ser aprovechado durante el proceso de flexibilización.

Moderador: *Parece que eso es algo que aquí ya estás haciendo, ¿qué opinan los demás?*

H: Claro. Aquí vinimos a aprender a ser humildes, a dejar de ser ingobernables.

L: Estamos comprometidos con lo que estamos haciendo.

Moderador: *Aunque al parecer nunca lo hayan hecho, aquí lo están haciendo.*

- El último momento del proceso de flexibilización cognitiva puede ser concluido con el trabajo del análisis de los 12 pasos de AA. Llevándolos hacia una comprensión abierta e incluso metafórica desde las experiencias de cada participante. Si bien el proceso no fue explicado a los participantes, estas estrategias de análisis fueron repetidas en cada sesión y con cada paso de la literatura. El uso de hojas de papel en blanco y lápices permitió que los participantes pudieran redactar sus ideas para luego compartirlas en grupo, material que luego podían conservar para posterior estudio.

4.5 Resultados de la terapia grupal

El diseño de la terapia de grupo involucró 8 sesiones. Similar al proceso de flexibilización cognitiva desde el enfoque de la TAC, en el enfoque Humanista-Gestalt, el ciclo de la experiencia también puede ser entendido como un proceso, a partir del cual se enfocó el objetivo hacia la ampliación de las estructuras fenomenológicas de los participantes (1. actitud; 2. horizonte; 3. mundo de vida). Los momentos de este proceso pueden abstraerse con fines prácticos de la siguiente manera:

- a) *Awareness* o contacto inicial (caracterizado por la sensación o excitación del organismo).
- b) Toma de conciencia (el organismo está listo para hacer caso de su necesidad, sufrimiento o problema).
- c) Energización/Acción (la sensación crece y organiza al *Awareness* de modo que la energía se moviliza hacia una acción).
- d) Contacto (diferenciación con el entorno, demarcada por la atención e intencionalidad, puede ser simbólica o real).
- e) Resolución (se organizan los recursos para expresar o dar sentido a la experiencia, también puede ser simbólico o real).
- f) Retirada (descanso y pausa hasta que un nuevo ciclo de inicio, si el ciclo fue satisfactorio se produce un sentimiento de bienestar y apertura a otras necesidades).

Desde la teoría del enfoque Humanista-Gestalt, estos momentos del proceso solamente son abstraídos para fines didácticos o estudio, cuando en realidad se habla de un proceso que ocurre en la situación, es decir, su premisa es holística, por lo que ninguno de los momentos está separado del otro, a diferencia de la flexibilización cognitiva de la TAC,

donde cada momento podía ser abordado de forma individual antes de pasar al siguiente, de hecho, no se podía pasar al siguiente antes de haber concluido con el anterior.

Lo anterior es importante, pues las sesiones de terapia de grupo no fueron grabadas en formato para su posterior análisis y las notas se realizaron al finalizar cada una de estas, esto con el objetivo de no entorpecer o distraer la atención de los participantes así como del terapeuta del proceso en cuestión en la situación presentada en grupo.

Para favorecer el proceso, se consideró para las dos primeras sesiones se partir de ejercicios o situaciones que favorecieran la toma de conciencia de los participantes a nivel de sensaciones corporales y emocionales por medio de ejercicios guiados (respiración y sensación corporal); para luego encaminar el diálogo en grupo hacia el intercambio de experiencias para la formación inicial de figuras. A partir de la tercera y cuarta sesión, los ejercicios grupales estuvieron encaminados hacia la toma de conciencia, es decir, una vez que los participantes habían practicado partir de su experiencia sensorial en estas sesiones podrían contrastar sus experiencias personales con las de sus compañeros incluso si el ejercicio presentado en la situación no lo estaban realizando ellos. En las sesiones quinta y sexta respectivamente, fueron favorecidos los procesos de contacto, es decir, los participantes fueron invitados a identificar que lo que ellos hacían influía de alguna forma en las actitudes o reacciones de los demás para mirar desde ahí como eran capaces de tomar responsabilidad de sus acciones. Para las últimas dos sesiones, se trabajó la retirada, tanto de la dinámica grupal que se había conseguido, como de todo el proceso de intervención que había dado inicio semanas atrás. Cada participante fue capaz de verbalizar los aprendizajes y de cómo éstas nuevas miradas, aunque algo amenazantes eran vistas ahora como nuevas oportunidades para el desarrollo personal.

Sin embargo, todo el proceso de la terapia de grupo también pudo ser analizado desde tres perspectivas: 1) el restablecimiento de las funciones; 2) manejar la despedida vs el abandono; y 3) el tema existencial de la trascendencia.

Estas perspectivas son tomadas del mismo proceso y desde las aportaciones de los participantes durante las sesiones, por lo que representan temas específicos tanto de la terapia de grupo como proceso, así como de las experiencias subjetivas compartidas entre los participantes. La primera perspectiva, “el restablecimiento de las funciones”, corresponde justamente a la direccionalidad de la terapia para que los participantes

pudieran ir recuperando de forma paulatina algunas de las funciones de afrontamiento o de auto apoyo ante una situación novedosa que se presenta como amenazante; los participantes fueron capaces de identificar momentos en su desarrollo de vida y de igual forma durante su proceso de rehabilitación al interior de la institución, en las que fueron capaces de sostenerse o identificaron estrategias en el entorno para dirigirse a ellas.

La segunda perspectiva: “manejar la despedida vs el abandono”, representó aquellos momentos durante el proceso grupal en el que los participantes contrastaron experiencias de vida, pasadas o actuales, en las que podían tener más conciencia de la sensación de abandono, ya sea en relación con familiares o compañeros cercanos o con parejas. Esta sensación fue aprovechada para presentar a los participantes la posibilidad de que el proceso grupal de psicoterapia representaba un último momento en un proceso de casi cinco meses y al finalizar este, una despedida tendría que ser asumida por los participantes, incluido el terapeuta. Esta perspectiva permitió a los participantes identificar las diferencias entre ambas sensaciones o situaciones de vida, entre las que preferían una despedida, pues esta representaba para el grupo el hecho de que un acompañamiento fue realizado durante un periodo de tiempo y que la despedida representaba un momento de transición o de cambio, para los participantes en particular, de su progreso hacia una vida más allá del centro de rehabilitación, en otras palabras, con posibilidades.

La perspectiva de “la trascendencia como tema existencial”, sirvió como integración de las perspectivas anteriores, esto es, gracias a un restablecimiento de las funciones y por lo tanto, de la confianza en las capacidades del participante, estos ahora podían ser más conscientes de los momentos de despedida, en particular, de un proceso terapéutico, ambas en función de la trascendencia personal. Si bien es un tema de naturaleza existencial, este no se separa del proceso terapéutico del ciclo de la experiencia. La trascendencia fue interpretada como los participantes, desde cada una de sus experiencias subjetivas, como la posibilidad de aspirar a cambios significativos en sus vidas, planteados como la continuación de los estudios, la obtención de un trabajo, el recuperar a una familia o el regresar a la ciudad de origen para ayudar a los hermanos a atender a una madre enferma.

Este recorrido en el proceso grupal también pudo ser registrado con un ejercicio sencillo realizado al final de cada sesión. La instrucción consistió en solicitar a los participantes elaborar una frase de cierre que pudieran llevar consigo y que diera sentido a

lo trabajado durante ese día. Desde esta manera pudieron ser recopiladas las siguientes frases y de las que es posible intuir un sentido de progresión entre sesiones:

1. Primera sesión: “Permítete sentir”.
2. Segunda sesión: “Ten paciencia para confiar”.
3. Tercera sesión: “Puedes perder el camino, no la esperanza”.
4. Cuarta sesión: “Vive hoy”.
5. Quinta sesión: “Se astuto, utiliza lo que eres”.
6. Sexta sesión: “Deja que pase, después decides”.
7. Séptima sesión: “Lo que tenga que ocurrir, ocurrirá”.
8. Octava sesión: “Merezco lo que soy”.

A continuación se presenta un momento extraído de una de las sesiones del proceso grupal para ejemplificar el modo en que el ciclo de la experiencia fue desarrollado de acuerdo con la situación. El ejemplo se elabora de las notas realizadas al finalizar cada sesión.

Cuarta sesión:
a) <i>Awareness</i> o contacto inicial
<p>Terapeuta: <i>¿Ocurre algo “JL”? Te noto en silencio, pero veo que ocurre algo con tus manos.</i></p> <p><i>JL:</i> <i>Ah nada, sólo pensaba en lo que dijo “A”.</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Puedes comentarlo o prefieres no hacerlo?</i></p>
b) Toma de conciencia
<p><i>JL:</i> <i>Sí puedo comentarlo, porque pues mientras lo escuchaba sólo iba pensando que me gustaría poder hacer lo mismo que él.</i></p> <p>Terapeuta: <i>Cuando dices eso, me da la impresión como si de pronto vieras algo en los demás que tal vez quisieras también para ti.</i></p> <p><i>JL:</i> <i>Pues me gustaría esa facilidad de expresar lo que siento, como siempre he sido una persona callada me cuesta poder decir las cosas.</i></p> <p>*Nota: Durante el diagnóstico psicodinámico de “JL” se identificaron algunos rasgos de personalidad dependiente, es decir, con dificultades para tomar decisiones o hacerse</p>

responsable. En este tipo de comentarios es posible apreciar parte de esta característica en el participante.
c) Energización/Acción
<p>Terapeuta: <i>¿Y te das cuenta de que lo estás haciendo ahora?</i></p> <p><i>JL: ¿Qué cosa?</i></p> <p>Terapeuta: <i>Decir lo que piensas y lo que sientes.</i></p> <p><i>JL: (Ríe), no, no me había dado cuenta.</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Cómo es para ti darte cuenta de que aquí pudiste hacerlo?</i></p> <p><i>JL: Se siente bien, no pensé que podría hacerlo, no lo había visto.</i></p>
d) Contacto
<p>Terapeuta: <i>Me pregunto si habremos hecho algo en el grupo para que tú pudieras compartírnos lo que te estaba pasando.</i></p> <p><i>JL: Pues me escuchan, me siento comprendido y las experiencias de los compañeros me recuerdan mis propias vivencias, creo que fue eso y que aquí no me siento presionado.</i></p> <p>Terapeuta: <i>Me pongo a pensar que quizás ha habido ocasiones en las que has tenido que guardar lo que sentías y lo que pensabas porque había una presión que no te dejaba o no te permitía.</i></p> <p><i>JL: Pues mi papá, mis amigos, gente que yo decía que confiaba en ellos ¿no?</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Qué pasa cuando dices eso?</i></p> <p><i>JL: Me siento enojado.</i></p>
e) Resolución
<p>Terapeuta: <i>¿Hay algo que podamos hacer aquí para apoyarte con ese enojo?</i></p> <p><i>JL: No lo sé, ¿qué podrían hacer?</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Es una pregunta al grupo?</i></p> <p><i>JL: Sí.</i></p> <p>Terapeuta: <i>El que guste puede tomar la palabra.</i></p> <p><i>A: Pienso que lo que dice “JL” está bien, de que aquí estamos entre compañeros y nos apoyamos.</i></p> <p>Terapeuta: <i>¿Qué opinas del enojo de “JL”?</i></p> <p><i>A: Pues creo que es normal ¿no? Yo también me pongo mal cuando me dicen las cosas y no me gustan, cuando me dan órdenes o me dicen cosas que no hice.</i></p>

Terapeuta: *Parece ser que el enojo que expresó “JL” te sirvió para conectar con tu propia experiencia.*

A: Creo que sí, como que yo también me enojaría.

Terapeuta: *¿A alguien más le ocurrió algo similar?*

O: A mí.

H: A mí también.

Terapeuta: *¿Cómo es para ti esto “JL”, que lo que compartiste de alguna forma tuvo un efecto en los demás?*

JL: No lo sé, es como si aquí si pudiera decir las cosas.

Terapeuta: *Aunque te enojas.*

JL: Aunque me enoje así es.

f) Retirada

Terapeuta: *¿Cómo te sientes ahora?*

JL: Bien, como al principio, tranquilo.

Terapeuta: *¿Y el enojo?*

JL: Se ha ido o más bien ya no lo siento tan fuerte.

Terapeuta: *Para los demás, ¿qué les ha parecido esta experiencia que nos comparte “JL”?*

- El ejercicio sirve para abrir nuevos diálogos con los demás participantes, favoreciendo el intercambio de perspectivas y nutriendo la situación que acaba de surgir en relación con “JL”. Este tipo de ejercicios fue realizado durante el proceso grupal.

Este mismo ejemplo también puede ser empleado para evidenciar la transición de momentos en el desarrollo de la intervención. Puesto que se parte de la premisa de tomar el ciclo de la experiencia como un proceso, este mismo puede ser aprovechado para ampliar tres constructos fenomenológicos en relación con la experiencia adictiva de los participantes. Estos constructos se apoyan desde la teoría de la Gestalt para describir la experiencia dependiente y quizás abren la posibilidad de salir de ella, construyendo alrededor nuevas formas de recuperación.

- a. Actitud: Constructo fenomenológico relacionado con el interés. La persona nunca es simplemente pasiva, reacciona para conseguir algo con expresión de la propia creatividad. Podríamos describirlo también como un conjunto de cogniciones, emociones y conductas dirigidas a un objetivo.
- b. Horizonte: Constructo fenomenológico relacionado con el potencial, es decir, puede ser pensado como los resultados posibles en un mundo dado. A cada actitud le corresponde un mundo, por lo que, si la actitud es cerrada no será posible creer que algo pueda ocurrir siempre que sus posibilidades parezcan remotas o lejanas.
- c. Mundo de vida: Constructo fenomenológico relacionado con el contexto. El mundo es el escenario natural para la vida. Es a la vez la base del conocimiento de algo, el lugar en el que se encuentra la persona y el modo de utilizar las cosas. Es un correlato de experiencias posibles.

Así pues, del ejemplo antes planteado y analizado desde la propuesta de estos tres constructos es posible identificar una transición entre momentos, así como de la ampliación de los constructos.

El primer constructo, “actitud” lo podemos identificar en el siguiente intercambio entre terapeuta y participante:

JL: ...sólo iba pensando que me gustaría poder hacer lo mismo que él.

Terapeuta: Cuando dices eso, me da la impresión como si de pronto vieras algo en los demás que tal vez quisieras también para ti.

JL: Pues me gustaría esa facilidad de expresar lo que siento, como siempre he sido una persona callada me cuesta poder decir las cosas.

Dado que la actitud refiere a un interés hacia algo, es posible identificar que el participante expresa un deseo para sí mismo, relacionado con el poder expresarse como lo ha hecho otro compañero anteriormente. Esto de igual forma podría estar relacionado con una necesidad más profunda, quizás la necesidad de confiar más en sí mismo o de percibir la seguridad de “un-otro” que acompaña o apoya. De igual manera, gracias al lenguaje del participante podemos identificar algunas cogniciones o ideas introyectadas relacionadas

con una aparente incapacidad o carencia en el participante que reduce su visión hacia otras posibilidades de mirarse a sí mismo. Es desde aquí donde puede identificarse la ampliación del siguiente constructo.

El constructo fenomenológico de “horizonte” hace referencia justamente a esta nueva posibilidad en el participante, la de mirarse tal vez, como alguien que es capaz de expresarse ante otro, expresando con ello sus necesidad de apoyo en el entorno. Esto lo podemos apreciar en el diálogo de la siguiente manera:

Terapeuta: ¿Y te das cuenta de que lo estás haciendo ahora?

JL: ¿Qué cosa?

Terapeuta: Decir lo que piensas y lo que sientes.

JL: (Ríe), no, no me había dado cuenta.

Terapeuta: ¿Cómo es para ti darte cuenta de que aquí pudiste hacerlo?

JL: Se siente bien, no pensé que podría hacerlo, no lo había visto.

Es durante el intercambio de diálogo que el horizonte ha podido ser ampliado, lo suficiente al menos como para que el participante pueda ser consciente de que durante el momento del “aquí y el ahora”, ha podido expresar un interés y una necesidad propias en relación con “un-otro”, en este caso, el grupo. Este último aspecto corresponde al constructo de “mundo de vida”, pero para favorecer el proceso es importante que la atención del participante y del grupo se enfoque hacia lo que ha ocurrido, esto se puede apreciar desde el siguiente intercambio:

Terapeuta: Me pregunto si habremos hecho algo en el grupo para que tú pudieras compartirnos lo que te estaba pasando.

JL: Pues me escuchan, me siento comprendido y las experiencias de los compañeros me recuerdan mis propias vivencias, creo que fue eso y que aquí no me siento presionado.

El “mundo de vida” corresponde a una co-construcción del entorno de apoyo, en este caso, entre el grupo y el participante y de igual forma, del participante hacia el grupo. Este contexto o escenario es el que nutre una posibilidad diferente, una alternativa ante una situación que quizás se ha presentado al participante en diferentes ocasiones anteriores

pero, cuando se mira desde un enfoque que involucra a todos los participantes del grupo (el terapeuta no puede distanciarse de esta realidad), permite entonces construir una situación novedosa capaz de sostener las necesidades y los sentimientos del participante.

5. Discusión y conclusiones

Durante la realización del presente proyecto, uno de los objetivos y preguntas de estudio estuvo enfocado a conocer los posibles alcances de una estrategia de intervención grupal con participantes en recuperación por abuso en el consumo de sustancias. Es gracias a la revisión de literatura que se identifica que una aproximación integrativa del fenómeno del consumo podría servir para apoyar dichos alcances, sin embargo, esto también representó un incremento en la complejidad del proyecto.

El enfoque integrativo representa un campo de estudio en sí mismo, por lo que posee sus propias normas o estatutos con la finalidad de mantener congruencia epistemológica y objetividad con el proceso y los resultados. Cabe mencionar que posturas integrativas existen en amplia diversidad y de toda esta, el paradigma de la “reducción de daños” fue seleccionado como una de las más actuales y efectivas en cuanto a la atención de personas con experiencia de consumo. Este criterio de elección también complejizó la adaptación de un diseño de intervención a un escenario real de atención residencial, desde la elección de técnicas, de las posibles posturas teóricas para fundamentar las variables y finalmente, del proceso de evaluación de alcances.

Uno de las características principales del paradigma de la reducción de daños como enfoque integrativo es que no plantea únicamente una metodología para la integración desde el valor epistemológico de los enfoques teóricos y terapéuticos, sino que además recomienda considerar cinco premisas en relación al fenómeno del consumo de sustancias, desde aportaciones de otras ciencias sociales como la sociología o la antropología y la historia para incentivar una mirada de la experiencia del consumo más humana, es decir, más realista en cuanto a objetivos, metas y alcances e incluso, en el modo de comprender el término de salud y de sus cuidados con relación al fenómeno del consumo de sustancias.

El enfoque integrativo requiere atención por parte del especialista, no sólo de la metodología a emplear para efectuar una integración congruente, sino que además requiere

del dominio de aquellos enfoques o teorías que se pretenderá integrar. Esta es una labor que implica limitantes de tiempo e incluso dependerá de las capacidades personales, los recursos al alcance y la posibilidad de contar con la supervisión apropiada de acuerdo con cada enfoque. Por lo tanto, quizás una de las primeras limitantes detectadas para el presente proyecto recae justamente en el factor humano, aspecto desde el cuál se efectuó el análisis de posturas y de su posterior proceso de integración.

Lo anterior no pretende reducir el interés de otros terapeutas o especialistas en el diseño de sus intervenciones desde un enfoque integrativo dada su complejidad y cuidados, sino que por el contrario, se trata de alentar el considerar un enfoque que sea capaz de explorar las bondades de diferentes perspectivas y encuentre en estas un lenguaje complementario, un nexo epistemológico que reconozca la validez e importancia de la salud mental en general desde una postura de la dignidad humana y por lo tanto de la diversidad, que no abogue por la homogeneización de estrategias y técnicas que eventualmente terminan por negar la humanidad del paciente, sino por la heterogeneidad de una práctica psicológica crítica, con intervenciones con congruencia ética.

Otra limitación para el presente proyecto fue el factor del tiempo en función de las capacidades y necesidades del Centro de Rehabilitación donde se llevó a cabo el diagnóstico e intervención con los participantes, esto de igual forma responde a una realidad a la que corresponde como especialistas el poder adaptarse sin perder noción del objetivo de trabajo. No obstante, se hubiese preferido porque el proceso tuviera una optimización de los espacios y momentos con miras a reducir aquellas variables que pudieron haber influido en los resultados finales.

Otro factor limitante se identifica al momento de elegir los instrumentos de medición. Entre ellas por ejemplo el considerar la prueba proyectiva o Test de Apercepción Temática (TAT), y que pudo ser un instrumento de análisis valioso de las experiencias de los participantes para ampliar sobre todo los significados que estos atribuyen a su experiencia de vida y en particular al modo en el que se perciben a sí mismos con relación a su consumo y actual proceso de rehabilitación. De igual forma elegir un instrumento más apropiado para evaluar específicamente las funciones yoicas, como la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellak o quizás considerar el Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD), que como su nombre indica tiene como meta el operacionalizar

los constructos psicoanalíticos clínicamente probados y cuyos resultados en diferentes estudios de validez evidencian un buen nivel para cada eje. De igual manera, otro instrumento que pudo ser considerado es el Test de Inteligencia Emocional (MSCEIT) considerado desde la propuesta teórica de Mayer y Salovey como una escala de rendimiento que mide cómo las personas responden ante las tareas y resuelven problemas emocionales en lugar de limitarse a preguntar su estimación subjetiva sobre las capacidades emocionales, es decir, va más allá de la evidencia de un autoinforme.

Con respecto al análisis de los datos obtenidos en diferentes momentos a partir de los instrumentos considerados, (BDI-II, IDARE y DERS-E), se determina que una adecuación más pertinente para futuros diseños de investigación correspondería a la comparación de diferentes grupos, para tener un total de cuatro posibles escenarios: escenario 1) participantes en rehabilitación por consumo de sustancias; escenario 2) participantes en proceso de seguimiento por abstinencia del consumo de sustancias; escenario 3) participantes en proceso de seguimiento por abstinencia de comportamientos adictivos (ej. ludopatía); escenario 4) participantes que no han llevado proceso de rehabilitación y que no se consideran a sí mismos como consumidores. Este comparativo entre grupos podría ser considerado para un posterior proyecto de investigación y que podría ampliar los hallazgos acerca de la efectividad del diseño de intervenciones.

No obstante, y a pesar de estas cuestiones, los alcances del presente proyecto incluyen, además del proceso de análisis y de integración de diferentes propuestas teóricas, un proceso de identificación de las áreas de mejora para posibles diseños de intervención a futuro, partiendo también de los aportes de experiencia de cinco residentes en recuperación.

Es gracias al proceso de integración que la visión del terapeuta pudo ampliarse para considerar el hecho de que un fenómeno complejo como el consumo de sustancias, no corresponde al de una mirada de causalidad, inclusive tampoco a una con enfoque psicopatológico de la personalidad humana, sino que el enfoque de análisis debe poder distinguir la interacción de diferentes variables que se establecen como un patrón subyacente que antecede al consumo dependiente o adictivo y que se manifiesta en los comportamientos, cogniciones y aspectos emocionales, es decir, en la estructura subjetiva de la persona. A cada patrón subyacente corresponderá un diseño personalizado de atención

terapéutica dirigido al reforzamiento de habilidades y que considere la resignificación de experiencias pasadas.

Se considera por tanto que, desde la mirada integrativa, el fenómeno del consumo puede ser entendido como el reto de plantear planes de tratamiento flexibles, dirigidos hacia aquellos patrones subyacentes y que al parecer sostienen la experiencia de consumo. Esto representa una práctica de salud mental que podría ser sistematizada a partir de obtener mayor experiencia y que podría ser replicado en otros ambientes, dando prioridad incluso a aquellos con características comunitarias desde las cuales considerar la construcción de estrategias protectoras en conjunto con participantes clave, construyendo un sentido de cuidado colectivo que atienda las diferentes realidades detrás del fenómeno del consumo.

La reflexión anterior conlleva a considerar el alcance obtenido a partir de los objetivos planteados para el presente proyecto. Estos estuvieron dirigidos a un análisis de diversos factores en relación con la manifestación del abuso en el consumo de sustancias, es decir, a identificar aquellos elementos que pudieron haber incidido en el desarrollo de la dependencia al consumo, abordándolos de forma grupal. Así, habiendo descartado que no existieran trastornos de la personalidad que pudieran estar asociados a una patología dual, estos criterios de diagnóstico fungieron como claves o señalamientos en función de un contexto del desarrollo, familiar y social, para los cuáles dichas características o estructuras de personalidad se constituyeron como vulnerables ante el consumo de sustancias como alternativa de afrontamiento.

Es en el trabajo durante las sesiones individuales y grupales, que se logra identificar que estas estructuras de personalidad involucran también habilidades relacionadas con la regulación de emociones, el control de impulsos o la conciencia y claridad emocionales y que continuaron presentándose en un contexto residencial a puerta cerrada en convivencia con otros residentes, en los que el conflicto podía surgir bajo diferentes circunstancias o motivos. En dicho contexto que la estructura de personalidad de cada participante podía ser más evidente para entonces dirigir cada una de las intervenciones en el trabajo terapéutico.

Finalmente, y con el conocimiento de que las terapias conductuales han resultado efectivas para que el individuo pueda llevar a cabo cambios en su patrón de consumo e interacción, se constata gracias a amplia evidencia científica, que incluso estos alcances se sostienen a largo plazo en un bajo porcentaje dado que un proceso de rehabilitación no

garantiza que la persona sea capaz de evitar una recaída ya que esta dependerá también de los factores vulnerables presentes en el entorno o contexto social al cual sea reinsertado. En otras palabras, si no se fortalece de igual manera el contexto al cual la persona pertenece, ningún programa de rehabilitación será totalmente efectivo.

El presente proyecto fue realizado considerando este factor, ofreciendo alternativas o formas nuevas de afrontar diferentes situaciones que vulneran el estado emocional de la persona. Algo que los participantes pudieron poner en práctica en su entorno inmediato, es decir, el centro de rehabilitación donde tenían que convivir con otros residentes. Esto pudo ser evidenciado gracias a los comentarios de los participantes, pero también de otros residentes y de los propios encargados del centro. Diversos comentarios señalaban las nuevas habilidades o tipos de afrontamiento que los participantes iban desarrollando en su vida diaria, y aunque quizás no evidenciaban una disminución en la frecuencia de conflictos existía al menos ahora un nuevo repertorio de alternativas para hacerles frente.

Es así que la propuesta integrativa presentada en este proyecto y que ha partido de un marco teórico y técnico sistemático, intenta crear nexos de diálogo entre la Lógica Psicoanalítica de la infancia temprana con relación a las estructuras subjetivas de personalidad y la psicopatología, desde donde incluso las diferentes manifestaciones adictivas, en este caso, el abuso en el consumo de sustancias, responde a una vulnerabilidad en el individuo que fue constituida en un contexto social de apoyo o carente de éste. A su vez, esta constitución de lo que podríamos considerar como una vulnerabilidad psicopatológica puede ser entendida como una metáfora desde los aportes Cognitivo-Conductuales, esto es, entender que los síntomas se sostienen también de las percepciones, las ideas, los valores o, en otras palabras, del modo en que el individuo interpreta y asimila su realidad inmediata, pero también de cómo se relaciona con esta en el “aquí y el ahora”. Esta metáfora y la relación en el “aquí y el ahora”, entre individuo y sociedad (o sociedad e individuo), expresa o manifiesta un sufrimiento, no sólo individual sino de lo que en Gestalt se determina como “campo”, es decir, una abstracción de la situación del encuentro de dos conciencias y de cuya relación, la espontaneidad interrumpida ante la novedad del contacto nos habla más allá de una psicopatología individual, nos confronta con una psicopatología del campo, es decir, que se origina en la relación y que por lo tanto puede encontrar su cura en la misma.

Se espera que los alcances de este proyecto contribuyan a la creación de marcos de acción en salud y educación enfocados a lo socio-comunitario, es decir, al desarrollo de planes de trabajo preventivos y de atención con alcances más objetivos y críticos, con costos administrativos inferiores a comparación de campañas que favorecen el uso de fuerzas armadas. No es un camino sencillo, pues involucra un trabajo de sensibilización e información a la población sobre el consumo; entendiendo que el fenómeno constituye parte de nuestra cultura, social e histórica, sin que por ello no puedan crearse estrategias más humanas de uso responsable.

Referencias

- Adan, A., Antúnez, J. y Navarro, J. (2017). Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research*. 251. 325-332. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28237911/>
- Altman, J., Everitt, B., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D., Oretti, R., Phillips, G. y Robbins, T. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate. *Psychopharmacology*. 125, 285-345.
- Álvarez-Monjaras, M., Mayes, L., Potentza, M., y Rutherford, H. (2018). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Journal of Attachment and Human Development*. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30021489/>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ardila, R. (2011). Una declaración de principios éticos en psicología para toda la humanidad. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(1), 14-18. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v8n1/a03.pdf>
- Balcázar-Nava, P., González-Arratia, N., Gurrola-Peña, G. y Moysén-Chimal, A. (2013). *Investigación cualitativa*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2009). *BDI-II Inventario de Depresión de Beck*. (2ª Ed.). (Manual). Argentina: Paidós.
- Becoña, E. (2016). La adicción “No” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo* 37(2). 118-125.
- Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*. 30(3), 270-275.
- Becoña-Iglesias, E. y Cortés-Tomás, M. (2007). *Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías*. (Guía clínica de intervención psicológica en adicciones). España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

- Becoña-Iglesias, E. y Cortés-Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).
- Belloch-Bueno, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Haslam, A., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. (2015). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research and Theory*, 24(2), 111 - 123.
- Botella, L. y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 39-48.
- Bower, M., Hale, R. y Wood, H. (2013). *Addictive states of mind*. Londres: British Library Cataloguing in Publication Data.
- Bradizza, C., Brown, W., Ruszczyk, M., Dermen, K., Lucke, J. y Stasiewicz, P. (2018). Difficulties in Emotion Regulation in Treatment-Seeking Alcoholics with and without Co-Occurring Mood and Anxiety Disorders. *Addictive behaviors*, 80, 6–13. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29306117/>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1978-06857-001>
- Burt, M., Resnick, G. y Novick, E. (1998). Building supportive communities for at-risk adolescents: It takes more than services. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/PsycBOOKS/toc/10255>
- Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. (12ª Ed.). México: Pearson.
- Cáceres, J. (2018). El sujeto como objeto de la toxicomanía: una aproximación desde la clínica psicoanalítica. *Revista Affectio Societatis*. 15(29), 192-212. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642526>
- Caride de Mizes, M. y Sneiderman, S. (2003). Aportes metodológicos a las técnicas proyectivas verbales, con especial referencia al cuestionario desiderativo y el T.R.O.

- Actualidad Psicología*. Recuperado de:
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1599>
- Carriles-Medina, M. (2017). *Caso clínico: investigación gestáltica en trastorno de personalidad dependiente y depresión mayor*. Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla. Recuperado de:
<https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/3358/Carriles%20Medina%20Maria%20Luisa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carrillo-López, M. León-Parra, B. y Ortiz-Ávila, S. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Castillo-León, T., Candila-Celis, J., Echeverría-Echeverría, R. y Rojas-Bolaños, M. (2011). *El Trabajo Participativo e Interdisciplinario en Equipos de Salud. Una Propuesta Metodológica*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Cho, S., Hanley-White, K., Yang, Y. y Soto, J. (2019). The role of trait anxiety in the selection of emotion regulation strategies and subsequent effectiveness. *Personality and Individual Differences*. (147), 326-331.
- Ciobanu, I., Di Patrizio, P., Baumann, C., Schwan, R., Vlamynck, G., Bédès, A., Clerc-Urmès, I., Viennet, S. y Bourion-Bedes, S. (2019). Relationships between coping, anxiety, depression and health-related quality of life in outpatients with substance use disorders: results of the SUBUSQOL study. *Psychology, Health & Medicine*. 25. 1-11. Recuperado: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31619069/>
- Clemmens, M. (2012). Gestalt therapy for addictive and self-medicating behaviors. Brownell, P. (A.). *Gestalt Review*, 16(3), 322-326. Recuperado de:
www.jstor.org/stable/10.5325/gestaltreview.16.3.0322
- Comisión Global de Políticas de Drogas. (2019). *La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás la ciencia*. (Informe, 2019). Recuperado de:
<https://idpc.net/es/publications/2019/07/la-clasificacion-de-sustancias-psicoactivas-cuando-se-dejo-atras-a-la-ciencia>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2018). Informe sobre la situación de las Drogas en México y su Atención Integral 2019. Recuperado de:

- https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico_.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2019). Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de Adicciones 2019-2020. Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/466498/Lineamientos_reconocimiento_y_ratificacion_V._2019-2020.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2020). Directorio de Establecimientos Residenciales de Atención a las Adicciones Reconocidos (1er Trimestre 2020). Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/directorio-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>
- Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. (2003). *OMS, serie de informes técnicos*, No. 915 - 33° Informe. Recuperado de:
<https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4898s/>
- Corrado, V., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi, M., Messeri, I., Petrucci, F., Bria, P., Janiri, L. y Conte, G. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: results from a prevalence study. *Journal of Gambling Behaviour*, 1-12. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/44684362_Behavioural_Addictions_in_Adolescents_and_Young_Adults_Results_from_a_Prevalence_Study
- D'Arienzo, M., Boursier, V. y Griffiths, M. (2019). Addiction to Social Media and Attachment Styles: A Systematic Literature Review. *International Journal of Mental Health and Addiction* 17, 1094–1118.
- Day, E., & Mitcheson, L. (2017). Psychosocial Interventions in Opiate Substitution Treatment Services: Does the Evidence Provide a Case for Optimism or Nihilism? *Society for the Study of Addiction* (112), 1330-1336.
- Dreitzel, H. P. (2010). Gestalt and Process. Clinical Diagnosis in Gestalt Therapy. En G. Francesetti, M. Gecele, & J. Roubal (Edits.), *Terapia Gestalt en la Práctica Clínica: De la Psicopatología a la Estética del Contacto* (C. Vázquez-Bandín, Trad., págs. 477-508). Madrid, España: Sociedad de Cultura Valle Inclán - Los libros del CTP.

- Drisko, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: meta-analytic findings and their implications for practice and research. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/275700126_Common_Factors_in_Psychotherapy_Outcome_Meta-Analytic_Findings_and_Their_Implications_for_Practice_and_Research
- Eftekhari, A., Zoellner, L. y Vigil, S. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety Stress Coping*. 22(5), 571-586. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234115/>
- Elkins, D. (2016). *The Human Elements of Psychotherapy: A Nonmedical Model of Emotional Healing*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H. y Griffiths, M. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions* 6(4), 534-544.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Introducción a la evaluación psicológica I*. España: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Cáceres, C. (Coord.). (2014). *Consumo de drogas: riesgos y consecuencias*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Fernández-Cáceres, C. (Coord.). (2016). *Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Fernandez-Joffre, R. (2000). *Guía para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas, para médicos(as), enfermeras(os) y personal paramédico*. Ciudad de México. Consejo Nacional Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud.
- Flores, P. (2001). Addiction as an Attachment Disorder: Implications for Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 51(1), 63-79.
- Flores-Lázaro, C., Ostrosky-Shejet, F. y Lozano-Gutiérrez, A. (2014). *Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales-2*. (Manual). México: Manual Moderno.
- Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J. (2013). *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. España: Asociación Cultural Los Libros del CTP.

- Freeman, A. y Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change Theory: An Expansion and Specification to Aid in Treatment Planning and Outcome Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*. (8), 224-234.
- Fuchshuber, J., y Unterrainer, H. (2020). Childhood Trauma, Personality, and Substance Use Disorder: The Development of a Neuropsychoanalytic Addiction Model. *Frontiers in psychiatry*, 11(531), 1-21. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296119/pdf/fpsyt-11-00531.pdf>
- García de Frutos, H. (2011). Neurociencias y psicoanálisis: consideraciones epistemológicas para una dialéctica posible sobre la subjetividad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31(112), 661-678.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A. y Marzo-Campos, J. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*. 104 (julio-diciembre), 100-111.
- García del Castillo, J., García del Castillo-López, A., Gázquez-Pertusa, M. y Marzo-Campos, J. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y Drogas*. 13(2), 89-97.
- García, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*. 15(1), 5-14.
- Gil-Lacruz, A. I., & Gil-Lacruz, M. (2010). Subjective valuation of risk perception and alcohol consumption among Spanish students. *Salud Mental* (33), 309-316.
- González de Rivera, J. y de las Cuevas, C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*. 13(8), 11-48. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2764930>
- González-Guerras, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanías. *Clínica e Investigación Relacional Revista Electrónica de Psicoterapia*. Recuperado de:
https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N1_2008/15_JGzlezGuerras_Psicoanalisis_Toxicomanias_CeIRV2N1.pdf
- González-Martínez, M. (2016a). Hacia una delimitación de la noción de toxicomanías desde el psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires*,

- Argentina*. (23), 59-66. Recuperado de:
<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/anuinv/article/view/8842>
- González-Martínez, M. (2016b). Apuntes para pensar la especificidad del fenómeno toxicómano desde el psicoanálisis. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- González-Núñez, J. y Rodríguez-Cortés, P. (2008). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica* (2ª Ed.). México: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A.C. (IIPCS).
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Griffiths, M. (2005). A “Components” Model of Addiction Within a Biopsychosocial Framework. *Journal of Substance Use*. 10(4), 191-197.
- Griffiths, M. (2005). The Biopsychosocial Approach to Addiction. *Psyke & Logos*. (26), 9-26.
- Gutiérrez-López, A. (2020). Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 2º semestre de 2004 al 2º semestre de 2019. Archivo electrónico. Centros de Integración Juvenil, A. C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Informe de Investigación 20-08g, México.
- Guzmán-González, M., Carrasco, N., Figueroa, P., Trabucco, C. y Vilca, D. (2016). Attachment Styles and Emotional Regulation Difficulties Among University Students. *Psyke*. 25(1), 1-13. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v25n1/art01.pdf>
- Hallion, L., Steinman, S., Tolin, D. y Diefenbach, G. (2018). Psychometric Properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and Its Short Forms in Adults With Emotional Disorders. *Frontiers in Psychology*. 9(539), 1-12. Recuperado de:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00539/full>

- Haug, S., Lopez-Nuñez, C., Becker, J., Gmel, G., & Schaub, M. P. (2014). Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: results from a longitudinal study. *BMC Public Health* (14), 1-15.
- Hawkins, J., Catalano, F. y Miller, Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, 64-105. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1529040/>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. (35), 639-665.
- Hernandez-Ardieta, M. (2014). Estado Actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Health and Addictions* (14)2, 99-108.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5a. Ed.). México: McGraw-Hill.
- Hiebler-Ragger, M. y Unterrainer, H. (2019). The Role of Attachment in Poly-Drug Use Disorder: An Overview of the Literature, Recent Findings and Clinical Implications. *Frontiers in Psychiatry* 579(10), 1-16. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31507461/>
- Inciardi, J. (2000). Harm reduction: National and international perspectives. United Kingdom. Sage Publications.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2019). Definición de Adicción a Sustancias o Drogas. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/adicciones>
- Jones, E. (2000). *Therapeutic action a guide to psychoanalytic therapy*. USA: Jason Aronson Inc.
- Juni, S., Stack, J. y Muir-Burton, J. (2000). Ego function assessment of substance abusers: standardization and reliability. *Psychological Report*. 2000(87), 1185-1195. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.2000.87.3f.1185>
- Kenny, D., Kashy, D. y Cook. W. (2006). Dyadic data análisis. *Basic definitions and overview*: (pp. 1-24). New York: Guilford Press.
- Kestemont, J., Van-Mieghem, A., Beeckmans, K., Van-Overwalle, F. y Vandekerckhove, M. (2016). Social attributions in patients with ventromedial prefrontal

- hypoperfusion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2016, 652–662.
Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814793/>
- Koop, G. y Volkow, N. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. 3(8), 760–773.
- Lambert, M. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration.
Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/246430454_Implications_of_outcome_research_for_psychotherapy_integration
- Latkin, C., Edwards, C., Davey-Rothwell, M. y Tobin, K. (2017). The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addictive behaviors*, 73, 133–136. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519338/>
- Liese, B., Kim, H. y Hodgins, D. (2020). Insecure attachment and addiction: Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *ELSEVIER Addictive Behaviors*. (11), 1-7. Recuperado de: .
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460319313115>
- Logan, D. y Marlatt, A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology* 66(2) 201-214.
- Lora, M. y Calderón, C. (2010). Un Abordaje a La Toxicomanía desde el Psicoanálisis. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*. 8(1). 151-171. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545465008>
- Luciano-Soriano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, M. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano-Soriano, C., y Valdivia-Salas, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

- MacCoun, R. (1998). Toward a Psychology of Harm Reduction. *American Psychologist Journal*, 53(11), 1199-1208.
- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M., & Tena Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *Temas Selectos en Orientación Psicológica*, VIII, 1-7.
- Marín-Tejeda, M., Robles-García, R., González-Forteza, C. y Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala “Dificultades en la Regulación Emocional” versión en español (DERS-E) para Adolescentes Mexicanos. *Salud Mental*. (35), 521-526.
- Mas, M. (2019). Un síntoma de época: La toxicomanía. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., y Cherkasskiy, L. (2011). Emotional Intelligence. En R. Sternberg y S. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence*. Cambridge Handbooks in Psychology, (pp. 528-549). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCusker, C. (2001). Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11177519/>
- McKay, J., Van-Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M. y Koppenhaver, J. (2014). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 45, 163-172.
- Miles-Cox, W. y Salehi-Fadardi, J. (2006). The Addiction-Stroop Test: Theoretical Considerations and Procedural Recommendations. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16719569/>
- Miller, L. (1990). Neuropsychodynamics of alcoholism an addiction: personality, psychopathology, and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 7, 31-49.
- Moreau, A. (2009). *Ejercicios y técnicas creativas de gestaltterapia*. España: Editorial Sirio, S.A.

- Moreira, D. (2018). Toxicomanías y lazo social. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- National Institute on Drug Abuse. (2012). *What is addiction?* (Module 6). Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/publications/brain-power/grades-4-5/what-addiction-module-6/background>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Sustancias de abuso habitual*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/sustancias-de-abuso-habitual>
- Norcross, J. y Newman, C. (2003). Psychotherapy integration: setting the context. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp.3-45). US: Oxford University Press.
- Norma Oficial Mexicana (2009). Diario Oficial de la Federación. (NOM-028-SSA2-2009). Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Nuño-Gutiérrez, B., Álvarez-Nemegyei, J., González-Forteza, C., & Madrigal-de León, E. (2006). La Adicción: ¿Vicio o Enfermedad? Imágenes y Uso de Servicios de Salud en Adolescentes Usuarios y sus Padres. *Salud Mental*, 59(4), 47-54.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2013). Guía de introducción a la prevención de la reincidencia y la reintegración social de delincuentes. NY. USA.
- Open Society Foundations. (2016). Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y El Caribe. Recuperado de: <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/5bda2aff-6714-45d3-961d-763ad4b2a4d6/no-health-no-help-es-21060403.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2016). Modelo Mexicano del Programa de Justicia Terapéutica: para personas con consumo de sustancias psicoactivas. Gobierno de México. México. Recuperado de: http://cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/files/modelopjt_mx-guiametodologica.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de

- atención de salud no especializada. Washington, DC: U.S. Recuperado de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
- Ottonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., y Torselli, E. (2019). Difficulties In Emotion Regulation During Rehabilitation For Alcohol Addiction: Correlations With Metacognitive Beliefs About Alcohol Use And Relapse Risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2917–2925.
- Penalva-Verdú, C., Alaminos-Chica, A., Francés-García, F. y Santacreu-Fernández, O. (2015). *La investigación cualitativa: Técnicas de investigación y análisis con Atlas.Ti*. Ecuador: PYDLOS, Ediciones.
- Pereira-Leite, K., Marzio, F., Paulino, A., de Souza, J. y Brietzke, E. (2018). A critical literature review on emotional intelligence in addiction. *Trends Psychiatry Psychother.* 41(1), 87-93.
- Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (2001). Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana. *Capítulo 10: Self, yo, ello y personalidad*. (pp. 187-202). España: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- Portero-Lazcano, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/317480083_DSM-5_Trastornos_por_consumo_de_sustancias_son_problematicos_los_nuevos_cambios_en_el_ambito_forense
- Potik, D. (2016). Kleinian Conceptualization of Heroin Addiction, Part 1: The Paranoid-Schizoid Position. *Clinical Social Work Journal*. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/308273010_Kleinian_Conceptualization_of_Heroin_Addiction_Part_1_The_Paranoic-Schizoid_Position
- Ramirez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del Psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación en Psicología*. 13(2), 221-230.
- Reck, M. (2006). *Awareness and Acceptance: A Critical Analysis of the Theories of Health and Change in Gestalt Therapy and Acceptance and Commitment Therapy*. (Tesis de maestría, Pacific University). Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/48843163.pdf>

- Riva-Posse, A. (2016). Trastornos adictivos. *Inmanencia*, 5(1), 51-57
- Robins, L. (1993). Vietnam veteran's rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8401158/>
- Rosado, M. (2012). El enfoque integrativo en psicoterapia. En Álvarez, S., Escoffié, M. y Rosado, M. (comp.), *Terapia en contexto una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp.203-243). México: Universidad Autónoma De Yucatán.
- Rosado, M. (2019). *Psicodiagnóstico e integración de casos*. (Notas de curso). Facultad de Psicología, UADY.
- Roubal, J. (2012). The three perspectives diagnostic model (how can diagnostics be used in the Gestalt approach and in psychiatry without an unproductive competition). *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 8(2), 21-53.
- Rutherford, H. y Mayes, L. (2019). Parenting stress: A novel mechanism of addiction vulnerability. *ELSEVIER Neurobiology of Stress*, (11), 1-6. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352289518300833?via%3Dihub>
- Schacht, T. E. (1984). The varieties of integrative experience. En H. Arkowitz y S.B. Messer (Eds.) *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: is integration possible?* (pp. 107-131). US: Springer.
- Schuler, M., Tucker, J., Pedersen, E. y D'Amico, E. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school. *Addictive Behaviors*, 88, 99-105. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6314679/>
- Shaffer, H., LaPlante, D., LaBrie, R., Kidman, R., Donato, A., y Stanton, M. (2004). Toward a Syndrome Model of Addiction: Multiple Expressions, Common Etiology. *Harvard Review of Psychiatry* (12), 367-374.
- Skewes, M., & González, V. (2013). The Biopsychosocial Model of Addiction. *Principles of Addiction*, 1, 61-70.
- Sneiderman, 2. (2012). *El cuestionario desiderativo. Aportes para una actualización de la interpretación*. México: Editorial Paidós.

- Sneiderman, S. (2010). Análisis de las Respuestas al “Cuestionario Desiderativo” con un Diccionario Computarizado de Palabras. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. (14)2, 293-303.
- Sosa-Correa, M. (2019). *Fomento de la regulación emocional*. (Notas de clase). Facultad de Psicología. UADY.
- Spagnuolo-Lobb, M. (2001). The theory of self in Gestalt therapy. A restatement of some aspects. *Gestalt Review*, 5(4), 276-288.
- Spagnuolo-Lobb, M. y Amendt-Lyon, N. (Eds.). (2003). *Creative license. The art of Gestalt therapy*. Nueva York: Springer-Verlag Wien.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (2002). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado IDARE*. (Manual). México: Manual Moderno.
- SPSS. (2019). SPSS Statistics for Windows version 26.0. Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- Stoddard, J. y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors. A Practitioner's Guide to Experiential Exercises & Metaphors in Acceptance & Commitment Therapy*. Canada: Raincoast Books.
- Stricker, G. y Gold, J. (2006). Introduction: An overview of psychotherapy integration. Stricker, G. y Gold, J. (Eds.). En *A casebook of psychotherapy integration*. (pp. 3-16). Washington, DC. American Psychological Association.
- Suckling, J. y Nestor, L. (2016). The neurobiology of addiction: the perspective from magnetic resonance imaging present and future. *Society for the Study of Addiction: Addiction Horizons Review*. 112, 360–369.
- Tatarsky, A. (2002). Psicoterapia de Reducción de Daños: Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol. Maryland, USA: Jason Aronson, Inc., Lanham.
- Tatarsky, A. (2003). Harm Reduction Psychotherapy: Extending the Reach of Traditional Substance Use Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* (25), 249-256.
- Tatarsky, A. y Marlatt, A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *Journal of clinical psychology*. 66(2), 117-122.
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C. y Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. Anuario de investigaciones. 14. Recuperado de:

- https://www.researchgate.net/publication/262496152_El_proceso_diagnostico_en_psiicoanalisis
- Tsai, J., Lu, W., Hsiao, R., Hu, H., y Yen, C. (2007). Relationship between Difficulty in Emotion Regulation and Internet Addiction in College Students: A One-Year Prospective Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(13), 1-11. Recuperado de: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/13/4766#cite>
- Unger, J. B., Schwartz, S. J., Huh, J., Soto, D. W., & Baezconde-Garbanati, L. (2014). Acculturation and perceived discrimination: predictors of substance use trajectories from adolescence to emerging adulthood among hispanics. *National Institute of Health NIH*, 39(9), 2-10.
- Uribe-Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(1), 14-28.
- Villatoro-Velázquez, J., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, I. (2017a). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- Villatoro-Velázquez, J., Reséndiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, I. (2017b). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. (14), 270-277.

- Wilson, K. y DuFrene, T. (2012). *The wisdom to know the difference. An acceptance and commitment therapy workbook for overcoming substance abuse*. Canada: Raincoast Books.
- Wolfgang, T., Junghan, U. y Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy. Results of an expert survey. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23129553>
- World Health Organization. (1993). *How to investigate drug use in health facilities. Selected drug use indicators*. WHO: Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60519>
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia Existencial y Terapia de Grupo*. Madrid. Paidós.
- Yalom, I. y Leszcz, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Reino Unido. Hachette.
- Yontef, G. (1979). Gestalt therapy: Clinical phenomenology. *Gestalt Journal*, 2(1), 27–45. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1980-10148-001>
- Yontef, G. y Fuhr, R. (2005). Gestalt Therapy Theory of Change. En Woldt, A. y Toman, S. (Eds.), *Gestalt therapy: History, theory, and practice*. Sage Publications, Inc. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-01930-005>
- Zinker, J. (1998). *In search of good form. Gestalt therapy with couples and families*. USA: GICPress.
- Zinker, J. (2009). Gestalt Therapy is Permission to be Creative: A Sermon in Praise of the Use of Experiment in Gestalt Therapy. *Gestalt Review*. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/10.5325/gestaltreview.13.2.0123?seq=1>

Apéndice A

FASES DE CAMBIO

Instrucciones: Por favor lee con calma los siguientes enunciados y luego marca con una “X” la casilla que consideres se acerca a tu modo de pensar, sentir y actuar en este momento de tu vida. Solamente puedes marcar una. Tómate el tiempo necesario para elegir la que consideres.

Valores:

Totalmente en desacuerdo (1)

Algo en desacuerdo (2)

Ni en desacuerdo ni de acuerdo (3)

Algo de acuerdo (4)

Totalmente de acuerdo (5)

		1	2	3	4	5
1	Me involucro en situaciones en las que el consumo de drogas está presente y no tengo intención de cambiar en los próximos seis meses. Tengo muy presente las injusticias y los errores del pasado y el consumo es una forma de no pensar en ello.					
2	Me involucro en situaciones en las que el consumo de drogas está presente y estoy pensando en cambiar en los próximos seis meses pero aún no hago un compromiso verdadero. Estoy confundido, todavía no sé qué hacer para hacer un cambio importante en mi vida.					
3	Sigo involucrado en situaciones de riesgo pero intento comprometerme y hacer algo durante el próximo mes. He comenzado a hacer algunos cambios en mi vida, pero siento que necesito alguna guía o apoyo para fijar metas más claras.					
4	He comenzado a modificar algunas conductas, experiencias o situaciones durante los últimos seis meses. Me involucro más en hacer cambios importantes en mi vida y puedo notar que eso requiere tiempo y esfuerzo.					
5	Me esfuerzo para prevenir la recaída con acciones diarias. Estoy interesado y pongo en práctica lo que he aprendido en mi proceso de recuperación. Siento más confianza en mí mismo para resistir las tentaciones.					
6	Me siento con plena confianza para evitar cualquier tentación. He adquirido conductas más saludables. Puedo decir que mi vida y mi bienestar me pertenecen. El poder mantenerme sobrio se ha vuelto mi segunda naturaleza.					

Apéndice B

TAREA DE REGULACIÓN

Instrucciones: Identifica una situación o acontecimiento en tu “Línea de vida” que para ti haya resultado de importancia hasta la fecha. Solo recuérdalo. Cuando lo tengas claro indícalo al facilitador.

1	2
<p>Escribe acerca de todos los aspectos positivos de ese acontecimiento. Incluye lo que hayas podido aprender y de qué forma te ha servido para crecer.</p>	<p>Escribe una lista acerca de todo lo que harás esta semana, además de tus responsabilidades diarias.</p>
3	4
<p>Describe a profundidad todo lo que hayas pensado y sentido a partir de recordar ese acontecimiento. Expresa todo lo que puedas.</p>	<p>Si al recordar ese acontecimiento prefieres escribir sobre otro tema puedes hacerlo pero mientras lo haces trata de mantener una sonrisa.</p>

Apéndice C

CUESTIONARIO DESIDERATIVO

Instrucciones: Por favor presta atención a las siguientes preguntas y contesta lo que se te pide:

	Catexias positivas
1	Si no pudieras ser persona, ¿qué es lo que más te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:
2	Si no pudieras ser persona, ni _____, ¿qué es lo que más te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:
3	Si no pudieras ser persona, ni _____, ni _____, ¿qué es lo que más te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:

	Catexias negativas
1	Si no pudieras ser persona, ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:
2	Si no pudieras ser persona, ni _____ ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:
3	Si no pudieras ser persona, ni _____, ni _____, ¿qué es lo que menos te gustaría ser?
	Símbolo: Argumentación:

Apéndice D

CUESTIONARIOS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cuánto tiempo llevas aquí en el centro?
 - a. ¿Ingresaste de forma voluntaria?
 - b. ¿Cómo fue tu ingreso?
 - c. ¿Algún conocido o familiar ha estado en contacto contigo desde que ingresaste?
2. ¿Has estado en otros centros o programas anteriormente?
 - a. ¿En qué se diferencia este centro de los anteriores?
3. ¿A qué edad empezaste a consumir?
 - a. ¿Recuerdas cuáles fueron las sustancias de inicio?
 - b. ¿Recuerdas cómo fue que empezaste?
 - c. ¿Algún familiar o conocido cercano consume alcohol u otras sustancias?
4. ¿Cuál fue la sustancia más fuerte que llegaste a consumir?
5. ¿Notas alguna diferencia entre los otros centros y éste?
6. ¿Recuerdas cómo era tu vida antes de empezar a consumir?
7. ¿Cómo era tu vida cuando el consumo abarcó la mayor parte de ella?
8. ¿Qué significado tuvo para ti la droga?
 - a. ¿Cuál era la importancia que tenía en tu vida?
9. ¿En algún momento supiste que necesitabas ayuda?
 - a. ¿Cómo te diste cuenta?
10. Desde que has estado aquí, ¿qué sería lo más importante que has descubierto sobre el proceso de rehabilitación?
 - a. ¿Qué cosa dirías es lo más importante al momento de trabajar en la recuperación de las adicciones?
 - b. ¿Cómo crees que se relaciona contigo y con tu proceso?
11. ¿Ante un evento determinado, en el que es necesario corregir a un residente, cuál es la forma de actuar?
12. Al interior del centro y sin mencionar nombres ¿identificas a alguien con quién tienes más cercanía (afinidad)?

- a. ¿Identificas las razones o motivos que tuviste para sentirte esa cercanía?
 - b. ¿Has encontrado apoyo, presencia o compromiso hacia tu recuperación aquí en el centro?
 - c. ¿Identificas qué características han contribuido para que tú sientas ese apoyo?
13. ¿Cuáles son las responsabilidades de los residentes al interior del centro?
14. ¿Has en pensado en lo que harás al finalizar tu proceso de recuperación?
15. ¿Qué harías antes la posibilidad de una recaída?
- a. ¿Cuáles crees que serían las causas para una posible recaída?
16. Desde tu experiencia, ¿qué es lo que más requiere una persona que busca recuperarse de las adicciones?
17. Si tuvieras que elegir 5 palabras para describir a una persona en adicción, ¿cuáles serían?
18. Si tuvieras que elegir 5 palabras para describir a una persona en proceso de recuperación, ¿cuáles serían?
19. Si tuvieras que elegir 5 palabras para describir a una persona que puede mantenerse sobria, ¿cuáles serían?

Apéndice E

ESCALA DE DIFICULTADES DE REGUACIÓN EMOCIONAL

Instrucciones: **Instrucciones:** Por favor lee con calma los siguientes enunciados y luego marca con una “X” la casilla que consideres se acerca a tu modo de pensar, sentir y actuar en este momento de tu vida. Solamente puedes marcar una. Tómate el tiempo necesario para elegir la que consideres.

Valores:
 Totalmente en desacuerdo (1)
 Algo en desacuerdo (2)
 Ni en desacuerdo ni de acuerdo (3)
 Algo de acuerdo (4)
 Totalmente de acuerdo (5)

	1	2	3	4	5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control					
4. No tengo ni idea de cómo me siento					
5. Me cuesta entender mis sentimientos					
6. Estoy atento a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					
9. Estoy confuso sobre lo que siento					
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control					
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo					
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido					
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente					

21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera					
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil					
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera					
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento					
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor					
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo					
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)					
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento					
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa					
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente					
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor					
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)					

Apéndice F



IDARE

Inventario de Autoevaluación
por
C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

D.E. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MEXICANO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR. 0402

SXR

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

EDITORIAL
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sanora núm. 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc
06100 México, D.F.

Este Inventario está impreso en verde y negro. **NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.**

Apéndice G

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory (Second edition)*
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Trasero los derechos reservados

Subtotal Página 1 Continúa atrás

1 Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <hr/> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <hr/> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
	<p>_____ Subtotal Página 2</p> <p>_____ Subtotal Página 1</p> <p>_____ Puntaje total</p>

Apéndice H

FORMATO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Si el día de hoy pudiera dejar de consumir drogas, yo...

<	Seguiría consumiendo		Dejaría de consumir	>
1	_____	5	_____	10

Me siento con la intención para dejar de consumir, pero...

<	No puedo dejarlo		Puedo dejarlo	>
1	_____	5	_____	10

Para dejar de consumir, me considero...

<	Sin la capacidad para dejarlo		Con la capacidad para dejarlo	>
1	_____	5	_____	10

Si el día de hoy mi enfermedad desapareciera, yo tendría...

<	Poco interés en no consumir		Mucho interés en no consumir	>
1	_____	5	_____	10

Apéndice I

FORMATO DE LINEA DE VIDA

“Línea de vida”

Instrucciones: Identifica aquellos momentos de vida que consideres como más importantes para ti. Si son agradables colócalos en algún punto en la parte superior que divide la flecha. Si son desagradables, colócalos en algún punto en la parte inferior que divide la flecha.

The diagram consists of a large rectangular area enclosed by a dashed border. A solid horizontal line with an arrowhead on the right side runs across the middle. Two horizontal dashed lines are drawn above and below the solid line, creating three vertical sections. The entire area is filled with vertical dashed lines, creating a grid. In the upper right corner, there is a shaded rectangular box containing the title '“Línea de vida”' and the instructions: 'Instrucciones: Identifica aquellos momentos de vida que consideres como más importantes para ti. Si son agradables colócalos en algún punto en la parte superior que divide la flecha. Si son desagradables, colócalos en algún punto en la parte inferior que divide la flecha.'