

ENFOQUES Y MODALIDADES EN PSICOTERAPIA

Definición y alcances de la psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.

A partir de esta definición, a continuación se describe cada uno de sus componentes:

Tratamiento para problemas de naturaleza emocional. Refiere que los problemas emocionales son diversos e influyen cada faceta del funcionamiento humano, manifestándose en distorsiones del psiquismo individual, somáticas y de la vida interpersonal y comunal. Las manifestaciones de la enfermedad emocional son múltiples, por lo que es arbitrario e inadecuado separar las dificultades sociales e interpersonales de los desórdenes psíquicos y psicósomáticos, que son siempre concomitantes, aun cuando no siempre obvios.

Realizado por una persona entrenada. En búsqueda de ayuda, el individuo puede establecer una relación con un amigo o una autoridad, motivado por los síntomas incapacitantes y al percatarse de que la propia felicidad y productividad, son saboteadas por fuerzas interiores que no puede comprender ni controlar.

Algunas veces las consecuencias de esta relación son desastrosas para ambos participantes, particularmente cuando se hace el intento de manejar el torbellino emocional que está sufriendo el paciente. El tratamiento de un problema emocional requiere de un alto grado de capacidad que es adquirida solamente, a través de un entrenamiento profesional y de la experiencia.

Deliberadamente establece una relación profesional. La relación, la esencia del proceso terapéutico es deliberadamente planeada y alimentada por el terapeuta. A diferencia de las relaciones no profesionales, que son parte de la naturaleza social del hombre, ésta es iniciada y desarrollada en un nivel profesional y dirigida a metas terapéuticas específicas.

Con el objeto de eliminar síntomas existentes. Como primer paso la terapia busca eliminar el sufrimiento del paciente, así como retirar las dificultades impuestas por sus síntomas.

Modificar. A pesar del deseo de dar un alivio completo, la motivación inadecuada, la disminución de la fuerza del yo, las limitaciones en el tiempo o las finanzas asequibles al paciente, imponen restricciones a la ayuda que se pueda proporcionar y provocan que lo que se logre sea una modificación de los síntomas del paciente, más que una cura de ellos.

Retardar. Hay algunas formas malignas de enfermedad emocional, como los trastornos esquizofrénicos, en los que la psicoterapia, independientemente de lo bien aplicada que sea, sirve únicamente para retardar un proceso inevitablemente deteriorante. Este efecto

paliativo es justificado; sin embargo, es necesario ayudar al paciente a conservar su contacto con la realidad.

Modificar patrones alterados de conducta. El reconocimiento de que muchos problemas ocupacionales, educativos, matrimoniales, interpersonales y sociales, son determinados emocionalmente, ha extendido el uso de la psicoterapia a campos considerados hasta la fecha pertenecientes a los terrenos del psicólogo, profesor, sociólogo, sacerdote o legislador. La noción de que la estructura del carácter está involucrada en toda enfermedad emocional, ha ampliado los objetivos de la psicoterapia, del mero alivio sintomático, a la corrección de los patrones y relaciones interpersonales alterados.

Promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad. La finalidad de la psicoterapia, es la maduración de la personalidad. Esto ha introducido una nueva dimensión en el campo de la psicoterapia, que trata, por un lado, con problemas de inmadurez de la llamada persona "normal", y por otro, con dificultades caracterológicas asociadas con el desarrollo inhibido, que anteriormente eran consideradas inaccesibles al tratamiento. La psicoterapia aspira a resolver los bloqueos del desarrollo psicosocial, con objeto de que el individuo pueda tener una autorrealización creativa más completa, promover actitudes más productivas hacia la vida y relaciones más gratificantes con la gente.

Enfoques

Existen diversas formas de psicoterapia que se basan en diferentes marcos teóricos, a los que comúnmente se les denomina enfoques. A continuación se mencionan tres de los utilizados en el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia a sustancias. Asimismo, se presentan las modalidades psicoterapéuticas más utilizadas.

1. Cognitivo conductual

Este modelo se originó para contender contra la depresión y la ansiedad (Beck). Su fundamento reside en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, con miras a reducir o eliminar las conductas y sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos que se asocian a las conductas y sentimientos de los usuarios de sustancias. Para promover la motivación, se basa en técnicas de persuasión sociopsicológica. Destaca la empatía como instrumento para enfatizar las ventajas e inconvenientes de la conducta adictiva, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia a través de la reflexión, desarrollando aptitudes para enfrentar el estrés interno y externo, así como el aprendizaje de los motivos de reanudación del consumo. Asimismo, fomenta y refuerza las capacidades y conductas sociales para evitar el uso de drogas.

2. Sistémico

Esta teoría busca entender y analizar cómo un sistema se ve a sí mismo dentro de su realidad, a partir del contexto que le rodea, lo cual incluye principios, normas sociales, valores, educación, etcétera, es decir, los elementos culturales en que se desenvuelve el sistema familiar. Con base en estos aspectos, se hacen intervenciones retomando recursos que ayudan a que la familia esclarezca su forma de vivir, tomando en cuenta que en sus

relaciones interpersonales, ellos construirán un nuevo conocimiento de interacción, con el que podrán enfrentar situaciones que le sean conflictivas.

Por eso, las técnicas y estrategias de intervención, van enfocadas a incidir en las relaciones familiares con el mundo que les rodea, y a su vez en cómo éstas influyen en su interacción familiar, para que el sistema reflexione y decida la manera de interactuar entre sus miembros.

En cuanto al abuso y dependencia a sustancias, este modelo plantea retomar alternativas basadas en los recursos sociales con los que cuenta la familia y la percepción que tienen de su propia problemática, para que ellos mismos establezcan o modifiquen sus propias reglas, principios y valores que permitan enfrentar de otra forma la situación del consumo, sin que esto llegue a generar nuevos conflictos que agudicen más la problemática.

3. Psicodinámico

Se fundamenta en el marco teórico-técnico del psicoanálisis, que de manera esquemática podría presentarse así: el ser humano cuenta con un aparato psíquico que está estructurado y conformado por instancias o partes (yo, ello y superyo), que interactúan entre sí como respuesta a los estímulos tanto internos como externos. Su funcionamiento psíquico está determinado por principios y mecanismos no conscientes, que puestos en acción buscan mantener una adecuada interacción del sujeto con su realidad.

La psicoterapia psicodinámica con sus técnicas, tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento de dicho aparato psíquico, con el fin de regular adecuadamente la conformación de la personalidad del ser humano, reflejado en un estilo de vida satisfactorio y gratificante.

Modalidades psicoterapéuticas

Psicoterapia individual

Esta modalidad permite profundizar en la exploración psíquica e histórica, así como realizar de experiencias emocionales correctoras, que pueden efectuarse mejor en esta modalidad Terapéutica.

El poder de la terapia individual reside, en parte, en la capacidad del paciente para resolver transferencias, especialmente las negativas. Esto requiere que el terapeuta no se ocupe de ciertos comportamientos que por muy útiles que sean pueden interferir con la capacidad del paciente para sacar precisamente los patrones más profundos e irracionales de actitudes negativas, y que son los que más necesitan resolverse. Así, el terapeuta no debe dar consejos, pero sí decidir cómo apoyar al ego, pudiendo elegir entre la educación, la retroalimentación interpersonal realista y el reforzamiento para el crecimiento psicológico óptimo. Esta terapia es un terreno ideal para la integración intrapsíquica previamente negada, pero sólo a partir de que haya una demanda en ciertas condiciones y características específicas, es que podrá o no haber tratamiento.

La terapia psicodinámica se basa en la relación de transferencia, esto es, el espacio y dispositivo a través del cual se da el trabajo de análisis, elaboración y resolución de los conflictos intrapsíquicos, postulados como causa de la dependencia y del funcionamiento del sujeto, es decir, del origen, del por qué se es, y del cómo se es.

La psicoterapia como proceso de tratamiento, debe contemplar las recaídas como elementos de análisis, elaboración y resolución, ya que en general, pueden definirse como actuaciones de los pacientes, que son características de los sujetos adictos, vinculadas a los impulsos inconscientes ante situaciones angustiantes.

Los aspectos principales a trabajar en una psicoterapia individual, son las siguientes:

- ❖ Las razones que llevan al paciente a la psicoterapia y las que pueden hacerle permanecer en ella.
- ❖ Condiciones psíquicas del paciente en relación a la dependencia, es decir, a su historia (temporalidad, trayectoria de uso de las sustancias, frecuencia del consumo y situaciones o circunstancias en que ocurre).
- ❖ El lugar que ocupa y juega el paciente en su interacción con los otros y en la relación terapéutica (transferencia).
- ❖ El significado y la función que tiene la droga en la conexión entre el campo psíquico-emocional y la realidad externa.
- ❖ El sentido o significados que tiene el acto de drogarse para el paciente.
- ❖ Otros deseos que tiene el paciente, que pueden hacer que deje de drogarse.

Terapia psicodinámica

La experiencia ha mostrado que los motivos y las razones por las que se presentan a tratamiento un gran porcentaje de presuntos pacientes, están vinculadas con la angustia y la demanda de otro (familiar, amigo, institución, etcétera). El que no acudan por sí mismos, imposibilita realizar un tratamiento con él, que no demanda, ya que no ocupa su lugar de paciente, que es imprescindible.

Lo anterior, lleva a que en las primeras sesiones se tenga que hacer un trabajo con la demanda, para ubicar su función y el lugar que le correspondería en una relación verdaderamente terapéutica, que es el de ser paciente.

Mientras que como sujeto no se asuma la condición de dependiente, será difícil que se acepte la posición de paciente, lo cual es un deslizamiento terapéutico que permite que cambie la dependencia de la droga al terapeuta, de forma transitoria y resolutive. Por lo tanto debe ser manejada como tal, manteniéndola estratégicamente, ya que este tipo de relación posibilita un tratamiento que de otra manera no se daría. La relación transferencial se resolverá esclareciéndola, poniendo fin al tratamiento.

Lo que la droga significa para el adicto y la función que ha venido cumpliendo, es la razón de su uso y dependencia. Es fundamental abordar y analizar ese significado y su función, con el fin de eliminar o sustituir aquellos significados basados en la mera fantasía

(felicidad, potencia, creatividad, lucidez, etcétera), para darle su real y verdadero sentido, esto es, resignificar el objeto droga y el por qué y para qué la usa.

El drogarse como acto viene a sustituir algo que no ha sido posible articular en palabras. El paciente, al hablarlo, con ayuda del psicoterapeuta y a través de sus intervenciones, da lugar a su verbalización y con ello a un saber, que dará sentido a los actos anteriores, meramente impulsivos, que son en términos generales un llamado de atención que demanda la presencia de otro. El terapeuta, es un apoyo para abordar la separación y pérdidas no elaboradas, entre ellas, principalmente la de la madre y ahora la del objeto droga.

Mientras existan actuaciones sin sentido, es decir, actos que no sean simbolizados, el paciente estará en riesgo de recaída.

La construcción de la autonomía y separación de objetos previos en el paciente, son posibles a partir de la construcción de un lugar propio en función de un deseo particular diferente al querer drogarse.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva es un sistema que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones (Beck, 1976).

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga, mediante la refutación de las creencias subyacentes, y enseñarle técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. Específicamente, tiene como objetivo reducir la presión e incrementar el control.

En el tratamiento del abuso de sustancias, esta terapia se caracteriza por los siguientes aspectos: a) supone un trabajo de colaboración basado en la confianza, b) es activa, c) se apoya en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias, y d) intenta contemplar el consumo de la droga o la bebida como un problema técnico, para el que existe una solución concreta.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en relación con los *pros* y *contras* de utilizar una droga. A veces, están tan trabados en esa lucha entre ambas creencias opuestas que, paradójicamente, buscarán la droga para poder aliviar la tensión que les genera dicho conflicto.

La aplicación terapéutica de este modelo, que consiste en modificar el sistema de creencias del individuo, va más allá de enseñarle a evitar o afrontar las situaciones de alto riesgo.

Terapia familiar

Esta modalidad considera a la familia como paciente y al miembro adicto como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, como la

comunicación, roles, involucramiento afectivo, reglas y disciplina, control, realización de tareas, valores e ideales, constituyen un modelo de abordaje terapéutico para detectar los factores que promueven y mantienen las conductas adictivas, favoreciendo el esclarecimiento de relaciones interpersonales y familiares que llevan a la solución del conflicto.

Las distintas orientaciones teóricas de esta modalidad incluyen: la estructural-sistémica, estratégica, psicodinámica y los enfoques conductuales. Las intervenciones pueden centrarse en el paciente, en la familia nuclear, en el cónyuge y en el tratamiento simultáneo multifamiliar y de redes sociales.

Una de las propuestas para el trabajo en terapia familiar con adicciones fue desarrollada por Stanton y Todd en 1982, que sugiere una aproximación estructural-estratégica, donde lo estratégico es el eje o la guía, pero integra también muchos elementos estructurales. El procedimiento más específico es recurrir a la teoría estructural de Minuchin como una guía; trabajar estructuralmente dentro de las sesiones, a través de la conexión vigente de nuevos patrones, y aplicar técnicas estructurales tales como unión, acomodamiento, pruebas de límites, reestructuración, entre otras, y recurrir al modelo estratégico de Haley en términos de su énfasis a un plan específico, casos de extrasesión, cambio del síntoma, colaboración entre el sistema de tratamiento, entre otros.

Diferentes prácticas que prevalecen en el campo del abuso de drogas, ponen un énfasis continuo sobre el *involucramiento activo de la familia de origen de los adictos en la terapia*, aún si él no está viviendo con ellos. Por lo común, estas familias no son capaces de atravesar exitosamente esta etapa y en lugar de ello se quedan fijadas en un círculo en el cual el adicto entra, sale o permanece de manera inapropiada ligado a su familia. Por bien de todo el grupo, el terapeuta puede ayudarlos a avanzar correctamente. En este sentido, se les pide que regresen a una de las etapas tempranas donde no se había negociado exitosamente, para hacerlo "bien" en esta ocasión. Además, se restablece el control parental de manera gradual y apropiada. Debe notarse que este proceso frecuentemente intensifica la experiencia total de la familia, logrando que como miembros estén más unidos. Algunas veces el resultado de esa "comprensión" es la insistencia en la separación con mucho menor ambivalencia que antes. Durante este período el terapeuta debe intentar prevenir el proceso desde su recorrido hasta su curso normal para aligerar y planear la partida del paciente.

Con la experiencia, ha llegado a ser claro que el tratamiento de terapia familiar debe versar primeramente, sobre la triada compuesta por el adicto y ambos padres, antes que en cualquier otra cosa. Si este primer paso se pasa por alto, el proceso de la terapia vacilará y posiblemente fallará. En algunos casos con matrimonios adictos donde se ha empezado con la pareja, se ha encontrado que este trabajo solamente sirve para tensar o disolver el matrimonio, favoreciendo así, que el adicto termine regresando con sus padres.

El grado de facilidad difiere en cada familia en la cual se puede hacer la transición de la familia de origen a la de procreación. Algunas veces el terapeuta puede hacer un reflejo en pocas sesiones, mientras en otros casos, puede necesitar que ellos se involucren en el proceso mismo del tratamiento. La clave es empezar con la triada padres-hijo, y abandonarla para así crear buena disposición del adicto para liberarse.

Desde este enfoque, en la terapia familiar se intenta incluir a todos los integrantes que viven en el hogar, o a los que están en cercanía inmediata. La regla del juego es ver cómo interactúan los miembros de la familia, antes de concluir las sesiones. Por otro lado, los compañeros pueden servir para numerosas funciones, pueden actuar aliados al adicto y ayudarlo a afirmarse más apropiadamente. De igual modo, los compañeros proveen datos adicionales sobre las interacciones familiares, de los cuales los terapeutas pueden sacar ventaja.

Por lo anterior, queda claro el porqué se pone énfasis en la participación de los miembros de la familia en la terapia, ya que el consumo de droga forma parte de la interacción familiar y un terapeuta que no tiene acceso a ellos opera en una severa desventaja. La participación en el tratamiento regularmente está limitada al adicto y a su familia inmediata. Este puede ser un sistema primario, pero existen otros que están relacionados de manera apropiada e incluyen amigos, parientes importantes, consejeros vocacionales, empleados, autoridades legales o escolares y desde luego, un equipo especial de profesionales en el tratamiento de drogas.

Reyes (2002), sugiere algunas técnicas dirigidas a la búsqueda de patrones alternos, derivadas de la visión estructural y estratégica:

- 1) *Creación de límites*: se refiere al apego excesivo entre el sistema parental y el adicto, ya sea uniendo a los padres, encomendando tareas conjuntas, reduciendo el control excesivo, etcétera.
- 2) *Representación*: traer al consultorio (sesión terapéutica) el patrón disfuncional a nivel interrelacional, para crear cambios hacia estructuras más funcionales.
- 3) *Intensidad*: se trata de movilizar la homeostasis para lograr un cambio en los patrones disfuncionales.
- 4) *Reencuadre*: modificar la "realidad" parcial de la familia que tiene como verdadera, hacia otra realidad "alterna".
- 5) *Desequilibrio*: alterar la homeostasis de manera deliberada por parte de algunos miembros de otro subsistema, para generar pautas de comportamiento más acordes con el ciclo familiar.
- 6) *Búsqueda de lados fuertes*: se trata de encontrar los atributos positivos de cada miembro de la familia para fortalecer una visión más amplia.
- 7) *Complementariedad*: analizar las conductas disfuncionales, y determinar qué otras conductas, creencias o pensamientos lo mantienen, ya que toda reacción repercute en el resto de la familia.

Psicoterapia de grupo

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (a la madre, al padre, a los hermanos y a los abuelos), que experimentan todos los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, ya que lo primero que se pide a los pacientes, es que expresen espontáneamente todos sus sentimientos. Así, las resistencias fundamentales de carácter salen involuntariamente en cada sesión como: el aislamiento, la sospecha, la seducción, la intelectualización, el estar absorto, la arrogancia, y la impulsividad, son ejemplos de lo que debe resolverse.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite, en primer lugar, que aparezcan comportamientos que, de otra forma, en las sesiones individuales nunca aparecerían; evidencia que las diferencias individuales de los miembros de un grupo pueden provocar múltiples resistencias; que los miembros del grupo pueden retroalimentarse mutuamente, considerando sus cualidades rechazadas. Y por último, que éstos pueden servir como objetos de observación, pues miran claramente en los demás la dinámica que temen ver en ellos mismos.

A pesar de estos beneficios, la terapia de grupo en adicciones guarda características muy particulares. Para realizar un trabajo eficaz con pacientes adictos, el terapeuta grupal tiene que plantear el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas.

En la primera, el paciente adicto generalmente se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, empleadores, entre otros y se ven juzgados u obligados, debido a los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta en este primer momento, se percata inmediatamente que muchos pacientes se encuentran en un estado mental grave, caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se sienten agresivos porque hay personas que les obligan a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas y vengativas. Incluso cuando es el propio paciente el que desea tratamiento, cree que podría consumir drogas y beber de una forma segura y "normal". La realización de la terapia está más motivada por sus remordimientos y por el deseo de eludir condenas mayores, que por el deseo de aprovechar activamente los aspectos más eficaces de ésta. Por lo anterior, el terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente en dos planos. Cuando el paciente no se opone y se rebela activamente contra el tratamiento, intenta convencer al terapeuta y a los demás miembros del personal que están implicados activamente en su recuperación.

La habilidad de tratar la adicción consiste en poder superar la enorme negación y resistencia, activa o pasiva, que se presenta en la mayoría de los pacientes adictos. Esto conlleva la consideración de algunos aspectos éticos y terapéuticos muy importantes. El terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos. El motor básico en los adictos, consiste en llevarles a que perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria y

el consumo de alcohol o drogas. Cuando esto se ha logrado, se les debe transmitir las ventajas de no beber o no consumir drogas, comparadas con los problemas derivados del consumo continuo de ellas.

La mayoría de los terapeutas saben que no se debe decidir por los pacientes, ni se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

En la segunda etapa, una vez que se ha utilizado la fuerza y la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva. Los participantes deben explorar y comprender la conexión entre el consumo de drogas, su patología de carácter y su incapacidad para establecer relaciones íntimas sanas y satisfactorias. Asimismo, deben revisar su pasado y la historia de sus relaciones tempranas con la familia de origen.

En el contexto de la vivencia del aquí y el ahora el grupo comienza a vislumbrar la forma que tienen de recrear el pasado en el presente. Aprovechándose del apoyo y *feedback* grupales, los participantes empiezan a adquirir conciencia y a identificar sus estilos destructivos interpersonales, sutiles y no tan sutiles. El objetivo final en este momento, consiste en llevar a los pacientes a una posición que les permita desarrollar habilidades interpersonales sanas, de forma que éstas puedan generalizarse y llevarse a la práctica, en el mundo real. Los pacientes llegan a aprender cómo saborear, aprovechar y establecer relaciones recíprocas satisfactorias, sin sucumbir al impulso de sabotearlas.

Modalidades complementarias

Programa de los Doce Pasos

Alcohólicos Anónimos (AA), es una asociación mundial de hombres y mujeres que comparten entre sí sus experiencias, fortalezas y esperanzas, como un esfuerzo por recuperarse del alcoholismo. Este grupo se basa en el programa de los *Doce Pasos* para la recuperación, que actúa como una guía personal hacia la sobriedad. Este plan es una fuente muy poderosa de información, valor, fortaleza y esperanza para sus miembros.

Ofrece un soporte para la recuperación en el proceso del desarrollo personal que alienta la búsqueda interna y los aspectos de la vida que se han visto afectados por el uso de alcohol y drogas. Se dice que los *Doce Pasos* es "un programa de vida para llevarse toda la vida."

Un error frecuente en los grupos de AA es que este principio se confunde; el programa se vuelve "mi vida" y no se considera como sólo "parte de ella".

Explicación terapéutica de los *Doce Pasos*:

1. **Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.** *"No puedo recuperarme de mi adicción yo solo, necesito la ayuda de otros".*

2. **Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.** *"La adicción ha afectado mi manera de pensar. No razono adecuadamente, ni tengo un pensamiento claro para ser consciente de mis emociones y manejarlas para comportarme de manera positiva".*

3. **Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.** *"Tener buena disposición". Pediré ayuda y estaré dispuesto a seguir instrucciones.*

4. **Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.** *"Evaluaré mis lados fuertes y débiles actuales, para poder aprovechar los primeros, para vencer los segundos". De esta manera podremos llegar a una mejor comprensión de quiénes somos y cómo vivimos.*

5. **Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.** *"Discutiré mi evaluación personal al menos con otra persona y escucharé su retroalimentación".*

6. **Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos librara de todos nuestros defectos de carácter.** *"Dios nos da valor, fortaleza y esperanza, así como los medios para resolver nuestros problemas, de nosotros depende el aportar la ACCIÓN". "Cuando creó la mente humana para razonar, no nos ordenó el no usarla. Cuando creó el universo basado en la ley de las consecuencias, no nos dio la orden de no hacer caso de las consecuencias de nuestra conducta".*

7. **Humildemente le pedimos que nos libre de nuestros defectos.** *"Dios concede la fe, el valor, la fortaleza, la esperanza y los medios para combatir los defectos de carácter (conductas autodestructivas)". El trabajo duro nos corresponde a nosotros: ACCIÓN.*

8. **Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.** *"Nos dirige claramente a ser parte activa del mundo real y disponernos a reparar los daños que hayamos causado".*

9. **Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para él o para otros.** *"No basta con dejar de consumir y asistir a psicoterapia, si seguimos llevando una vida de autodestrucción".*

10. **Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.** *"Nos da la orden de vivir con sentido de responsabilidad, día tras día, de reconocer nuestros errores y emprender la acción correctiva a la primera oportunidad". Significa que hay que mantenerse conscientes de lo que se está haciendo y*

de las consecuencias a las que nos enfrentamos. Se aprende a separar lo que uno piensa, lo que uno siente y lo que uno hace. Se aprende a que haya congruencia en ello.

11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos deje conocer su voluntad para con nosotros y nos de la voluntad para cumplirla. "Nos dice que busquemos en la recuperación nuestro significado y nuestro propósito".

12. Obteniendo un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar el mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. "Para conservar tenemos que darlo".

La experiencia no es cognitiva ni conductual, aunque al involucrarse por un tiempo se empieza a pensar de una manera racional, y al trabajar el programa la conducta empieza a cambiar al igual que las relaciones interpersonales. Por ello, se puede decir que el programa de autoayuda de AA, basado en los *Doce Pasos*, tiene una orientación cognitivo conductual que cambia la forma de pensar, sentir y actuar del individuo; por lo que ambos modelos de abordaje al problema de las adicciones pueden llegar a integrarse fácilmente. Esta integración ofrece a los psicoterapeutas una gran ventaja para trabajar con la enfermedad de la adicción, en todos los niveles del proceso de recuperación. Asimismo para algunos individuos, lograrlo requiere de grandes y profundos cambios, así como de un gran apoyo externo, de ahí que el trabajo psicoterapéutico pueda reforzarse y acelerarse de diferentes formas, con ayuda de otras fuentes.

Independientemente de las modalidades y de los aspectos específicos que se trabajan en cada una, en el tratamiento de las adicciones es imprescindible por un lado, integrar diversas formas de psicoterapia en la atención del paciente y la familia, y por otro, abordar anticipadamente el posible retorno al uso de drogas, aun cuando se ha logrado la abstinencia. Para ello es necesario tratar lo que comúnmente llamamos *recaídas*.

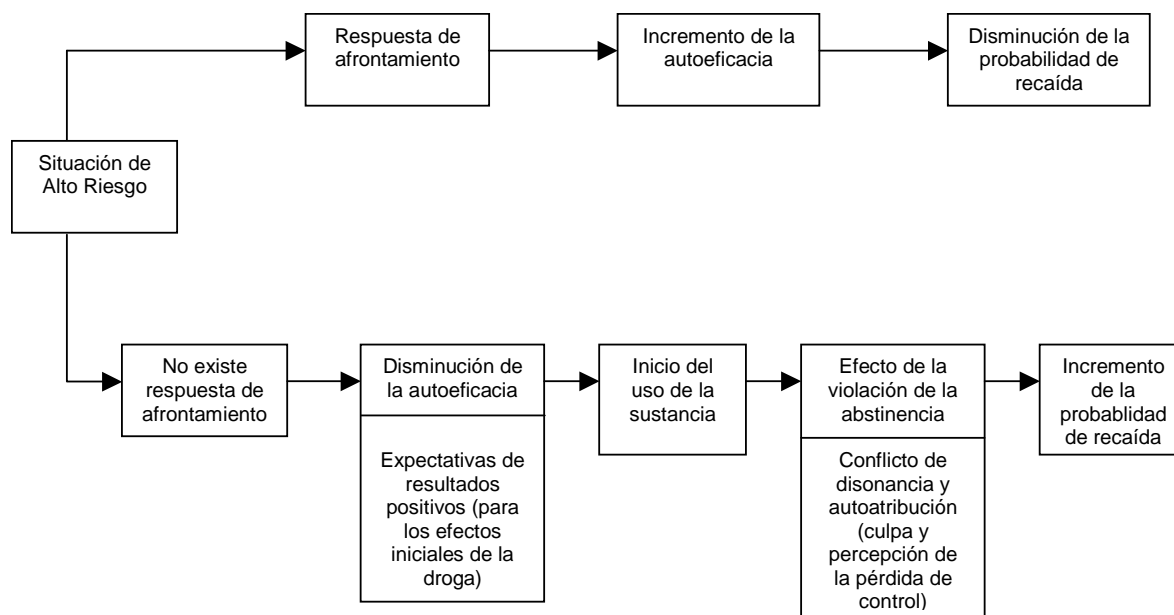
Prevención de recaídas

Marlatt y sus colaboradores, desarrollaron uno de los modelos más utilizados, el Cognitivo_Conductual, basando su teoría en que la prevención de recaídas tiene como objetivo enseñarle a los sujetos cómo anticiparla y enfrentarla. En este modelo, una recaída no es vista como un fracaso sino como una herramienta de aprendizaje. Aluden al término "resbalón" para explicar la manera en que se pueden analizar los factores que lo precipitaron y en base a ello, preparar una estrategia más adecuada de enfrentamiento.

Este modelo hace énfasis en la necesidad del individuo de aprender nuevas habilidades cognitivas y conductuales, para enfrentar las situaciones de alto riesgo. Sin embargo, éstas no son suficientes por sí solas para mantener la sobriedad; se requiere de un cambio de estilo de vida: ejercicio, meditación, técnicas del manejo del estrés, relajación, reestructuración cognitiva, automonitoreo, etcétera (Feldman, 2000).

Con este enfoque, los individuos adquieren una sensación de control o autoeficacia, que se ve amenazada con la presencia de situaciones de alto riesgo. Dichas sensaciones incluyen

estados físicos o emocionales, negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las señales asociadas con la droga, a las que deben responder con conductas de afrontamiento. En el caso que se vea disminuido este número de respuestas de afrontamiento o definitivamente no existan, se reduce la autoeficacia y por ende, reaparece el consumo de la droga, desembocando en lo que Marlatt llama el *Efecto de la Violación de la Abstinencia* (EVA), como se muestra en la siguiente figura.



FUENTE: Beck, T, A; Wright, D, F; Newman, F, C; Liese, S, B. 1993.

Es necesario considerar que los trabajos recientes en el área de prevención de recaídas propuestos por Marlatt y Gordon, basan la mayoría de sus procedimientos en técnicas de autocontrol, puesto que la recaída es concebida como una crisis o un retroceso de los intentos del paciente para cambiar, o mantener las variaciones, de su conducta.

Por otro lado, es importante hacer hincapié en la experiencia de Feldman (2000), cuando menciona que existe un período de mejoría o de remisión *antes* de que la persona regrese al consumo de sustancias; para ella el "resbalón" se define como el episodio inicial del consumo después de un período de sobriedad temporal, mientras que la recaída se considera como el regreso de un consumo incontrolado.

Según la autora, es preciso tomar en cuenta que la intervención clínica varía de acuerdo a los diferentes patrones de resbalones y recaídas, ya que no todos son iguales; rescata que un "resbalón" no necesariamente tiene que terminar en una recaída. Otros expertos consideran que un resbalón se utiliza para ayudar al sujeto a aprender del evento y reconocer los factores que lo llevaron de nuevo al consumo; información que favorece en el desarrollo de un plan para prevenir futuros resbalones y el regreso del consumo.

Por lo anterior, surgen los programas de prevención de recaídas constituidos por una serie de técnicas y estrategias programadas con anticipación, para dar un máximo apoyo al mantenimiento de la abstinencia. Sus objetivos giran en torno a:

- ❖ Prevenir la recaída. Se instruye a los pacientes en etapa de cambio, a anticiparse (autocontrol) a los conflictos específicos que pudieran causar el consumo y enfrentarse a las situaciones de alto riesgo que pueden encadenar una recaída.
- ❖ Intervenir lo más rápido posible. Se enseña a no dejar pasar una recaída, sin actuar inmediatamente ante ella.
- ❖ Se facilitan los cambios necesarios en el estilo de vida para lograr así un equilibrio.

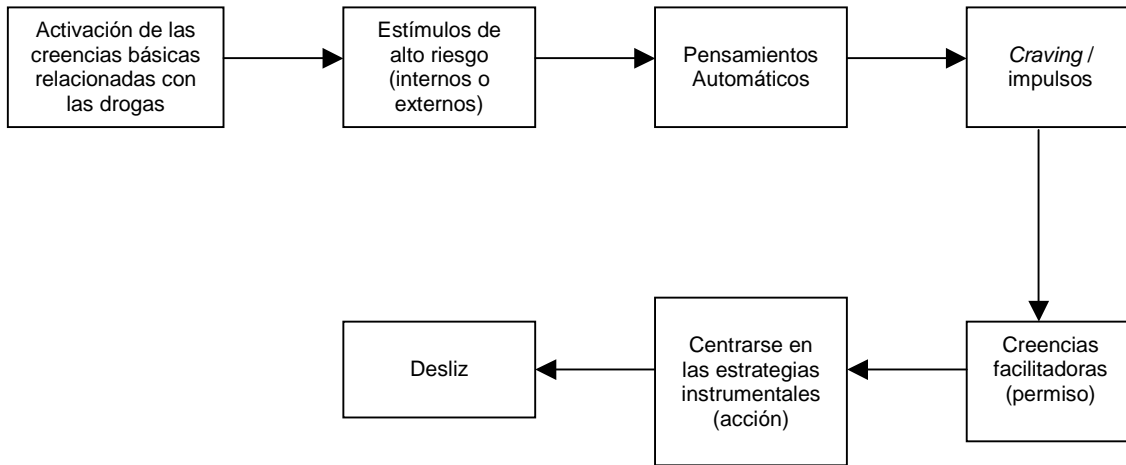
Cabe señalar, que la mayoría de los pacientes en proceso de cambio, continuamente viven las situaciones de su cotidianidad como "*estresantes*", a diferencia de las personas que no tienen el problema de adicción a drogas, por lo que hay que tener muy en cuenta el ambiente en el que se desenvuelven dado que, por su alta sensibilidad y estados emocionales alterados, pudieran asumirse como experiencias negativas y provocar recaídas.

Por lo anterior, no se recomienda dejar de lado los diferentes factores que contribuyen a una recaída. En la mayoría de los casos la causa es multifactorial y no como consecuencia de un detonador aislado. Existen variables afectivas o de estado de ánimo, conductuales, cognitivas, ambientales y de relaciones interpersonales, fisiológicas, psicológicas y psiquiátricas, así como espirituales.

Específicamente, las creencias básicas en relación con las ventajas o los inconvenientes relativos a tomar drogas, son las responsables de que los adictos en recuperación reaccionen con impulsos tan intensos; se puede decir que, durante las intervenciones los pacientes pudieron haber adquirido una serie de estrategias para controlar su conducta, pero *no modificaron significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el craving* (impulso por consumir).

Es así que la recaída ocurre, cuando los estímulos de control se debilitan y se incrementa el impulso. Una de las formas de debilitamiento es exponerse a situaciones de peligro o alto riesgo, puesto que se activan las creencias acerca del consumo, y dejan al individuo vulnerable para involucrarse nuevamente en el círculo donde se usan drogas.

Para ilustrar lo anterior Beck y sus colaboradores desarrollaron el siguiente diagrama, mostrando que la importancia de los Estímulos de Alto Riesgo (EAR), es la capacidad de activar por medio de las creencias básicas asociadas a las drogas, el significado personal que se atribuye al estímulo.



FUENTE: Beck, T, A; Wright, D, F; Newman, F, C; Liese, S, B. 1993.

Cuando se ha logrado la abstinencia durante un largo tiempo, y el terapeuta y el paciente confían que puede mantenerse, es posible considerar que ha acabado la terapia formal.

Posteriormente, se pueden programar sesiones de seguimiento con diversas finalidades; por un lado, centrar la atención del paciente en la necesidad de vigilancia para combatir el proceso de recaída y por otro, mostrar el continuo interés del terapeuta en el paciente, proporcionando apoyo social y motivación para mantener la abstinencia.

Cada visita de seguimiento disminuye la probabilidad de que el paciente tenga una recaída y no olvide que el terapeuta es un recurso posible para afrontar los estímulos de alto riesgo (EAR). Si el adicto recae después de que la terapia termine, se recomienda que el terapeuta le invite a volver de nuevo a terapia tan pronto como sea posible; esta vez mejorando las habilidades de afrontamiento, proporcionando una mayor comprensión y ejerciendo más control, sobre sus impulsos.

Los programas de prevención de recaídas contienen una serie de componentes. La autovigilancia por ejemplo, se emplea para identificar situaciones de alto riesgo donde es probable la recaída; la enseñanza de habilidades de afrontamiento, mismas que los pacientes pueden utilizar en situaciones de alto riesgo, al encontrarse a punto de ser desbordados por éstas.

También a menudo se enseñan procedimientos de manejo del estrés y entrenamiento en relajación, con el fin de fomentar una sensación de autocontrol y de maximizar la probabilidad de que los pacientes sean capaces de utilizar sus habilidades de afrontamiento cuando se encuentren en peligro de ser desbordados por situaciones de alto riesgo.

En síntesis, la recuperación de la adicción debe ser un proceso activo. Las personas en recuperación deben trabajar un programa diario de rehabilitación, recordarse diariamente que sufren una adicción y tener un programa activo que les sirva de guía para una vida efectiva y productiva. La planeación de la prevención de recaídas minimiza su potencial destructivo y debe ser una parte esencial del programa de recuperación.

Por tanto, todo programa debe estar dirigido hacia la abstinencia total de drogas y cuidar muy de cerca el desplazamiento de una por otra. Algunos de los pasos que deben incluir son:

- ❖ *La estabilización*, enseñar a los pacientes a tomar el control de su vida.
- ❖ *Auto-asesoría*, analizar qué está pasando con sus pensamientos, emociones y vida; *orientar* sobre las recaídas y qué hacer para prevenirlas.
- ❖ *Identificación de señales de alerta*, enseñar la manera de interrumpirlas antes de que se pierda el control.
- ❖ *Entrenamiento en inventarios o autoregistros*, mostrar la forma de ser consciente a las señales de alerta, así como a la manera en que se desarrollan.
- ❖ *Revisión de un programa de recuperación*, los pacientes aprenden a ser capaces de manejar las señales de alerta.
- ❖ *Participación de otras personas importantes*, enseñar a otros cómo trabajar con el adicto para evitar la recaída y *dar seguimiento*, actualizando periódicamente el plan de prevención elaborado por el adicto.

**La recuperación es como caminar hacia
Arriba por una escalera que baja.
Es imposible quedarse quieto.**

FUENTE: Gorski y Miller, 1995