

**SISTEMATIZACIÓN DE INTERVENCIONES
PSICOTERAPÉUTICAS**
**LA PERCEPCIÓN DE CAMBIO DEL PACIENTE ADICTO EN
FUNCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA**
***SYSTEMATIZATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC
INTERVENTIONS***
***THE PERCEPTION OF CHANGE IN THE ADDICTIVE
PATIENT IN RELATION TO THE THERAPIST'S
INTERVENTIONS***

Andrea Mariana Agrelo*

Resumen

La presente investigación pretende aportar procedimientos operativos al proceso de psicoterapia con pacientes adictos. Partiendo del supuesto de que: cuando las acciones de la sesión están diseñadas y estratégicamente orientadas a provocar el cambio en la conducta del consultante, los efectos en la conducta y en la percepción del proceso de cambio del paciente evolucionan positivamente. Se sistematizaron las intervenciones que el terapeuta realizó durante cuatro sesiones de psicoterapia con nueve pacientes en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias, y se les administró un cuestionario de autopercepción de los avances logrados (ILOP), antes y después de las cuatro sesiones sistematizadas. En función de la descripción de los procesos psicoterapéuticos de los casos trabajados, se organizó la psicoterapia en cuatro fases que responden a diferentes posturas del consultante, y, por ende, requieren intervenciones específicas: fase inicial (diagnóstica/motivacional), fase media (elaboración/acción), fase media avanzada (fortalecimiento) y fase final (seguimiento). Las fases de la psicoterapia responderían a dos niveles de intervención simultáneos: un nivel operativo, que apunta a atenuar los daños inmediatos como consecuencia del consumo, y el nivel estructural, que aborda la problemática de manera integral y compleja, con objetivos que responden a mediano y largo plazo. El trabajo incluye la categorización y descripción de las intervenciones que el terapeuta implementó durante las cuatro sesiones de los nueve casos, resultando así, un listado detallado con la descripción de cada una, organizado en función de las fases planteadas. A partir de estos casos, se elaboraron

* Licenciada en Psicología. Magíster en Drogadependencia. Fundadora, Miembro del Consejo de Administración y Directora Terapéutica de "Cable a Tierra" Mendoza, Argentina. Miembro Titular del Consejo Académico de la Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua y Universidad Mendoza, Mendoza, Argentina. Teléfono: (0261) 15554-9922. E-mail: andreagrelo@gmail.com

microteorías, que responden a la relación existente entre la intervención del terapeuta, el efecto en la percepción de cambio del paciente y la fase del proceso en la que se encuentra.

Palabras clave: adicciones, intervenciones, psicoterapia motivacional estratégica.

Summary

The aim of the present research is to introduce operational procedures to the process of psychotherapy in the case of addiction patients. The underpinning premise is that when session actions are devised and strategically oriented to generate change in the behavior of the consultant the effects in the behavior of the consultant as well as in his/her perception of the process of change evolve positively. The therapist's interventions during four sessions with nine patients in outpatient treatment for substance abuse were systematized. In addition the patients were presented with a questionnaire concerning self-perceived goal achievement (*Cuestionario de autopercepción de los avances logrados (ILOP)*), before and after the four systematized sessions. In accordance with the description of the psychotherapeutic processes of the cases involved psychotherapy was organized in four phases that respond to different attitudes of the consultant, and thereby require specific interventions: initial phase (diagnostic/motivational), intermediate phase (elaboration/action), advanced intermediate phase (strengthening) and final phase (follow-up). The psychotherapy phases would respond to two levels of simultaneous interventions: an operational level that aims at attenuating immediate harm as consequence of consumption, and the structural level that deals with the problem as a whole in all its complexity, with objectives formulated for the mid and long term. The study includes the categorization and description of the interventions that the therapist implemented during the four sessions of the nine cases, obtaining as a result, a detailed list with the description of each one, organized according to the phases proposed. Micro theories grounded on these cases were developed, which respond to the relation existing between the therapist's intervention, the effect of self-perceived change and the phase in the process in which the patient actually stands.

Key words: addictions, interventions, motivational strategic psychotherapy.

1. Introducción

Es la ambivalencia una característica sobresaliente en el adicto, debido precisamente a la dificultad de abandonar un hábito ligado al placer. Es fundamental, entonces, comprender que el paciente drogadependiente que inicia psicoterapia (enmarcada dentro de una propuesta interdisciplinaria) es un sujeto que demanda una implicancia activa del terapeuta durante el proceso. Ello requiere diseñar intervenciones específicas para responder ante las diferentes señales del paciente, en los diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

La posibilidad de sistematizar las intervenciones que tuvieron éxito, reconocido a partir del cambio manifestado en el paciente, colaboraría al poder sostener aquello que funcionó. El hecho de poder establecer relaciones entre intervenciones y conductas específicas facilitaría el alcance de logros y objetivos de la psicoterapia, al poder transmitir, en forma de dispositivos, la experiencia clínica.

Conocer, comprender y aplicar los mecanismos de cambio se constituye como el eje de la intervención adecuada, en el proceso de psicoterapia. Poder sistematizarlos, hará posible la transmisión de la práctica clínica.

a) Justificación y antecedentes:

En los últimos años, han aumentado la oferta de terapias que prometen ser importantes agentes de cambio, sin que se acompañen de los resultados empíricos que avalen dicha proposición. En general las psicoterapias se han basado en pruebas intuitivas de caso único sin sentirse llamadas a demostrar su efectividad sometándose, como ocurre en otros campos de la ciencia, a la prueba empírica.

Como lo consideran el Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez¹ y la Dra. Nela García Medina²: Las tendencias principales en la divulgación de resultados en Psicoterapia pueden agruparse en: estudios que reportan análisis de casos; justificación científica de los resultados; la investigación del proceso terapéutico; la investigación de los resultados del proceso y la evaluación de los resultados económicos del proceso terapéutico.

La investigación de procesos pretende responder la pregunta: ¿qué es lo específicamente terapéutico de la psicoterapia? Mediante el análisis de cualquiera de los elementos que se dan en el contacto terapéutico. Se trata del estudio de los microprocesos implicados en una sesión terapéutica. Se orienta, por tanto, al estudio de los procesos del cliente, las actuaciones del terapeuta y las interacciones entre ambos que producen cambio, un cambio que puede reflejarse en mayor o menor medida en el resultado final de la terapia.

b) Formulación del problema:

Al investigar en psicoterapia, es necesario preguntarse:

¿Qué acciones del paciente en la sesión, implican un problema sobre el que hay que intervenir?

¿Qué intervenciones del terapeuta serán las más adecuadas para promover un proceso de cambio, en un momento específico del proceso psicoterapéutico?

¹ Herrera Jiménez, C. Luis Felipe y García Medina, Nela (2003). "La investigación en psicoterapia: En busca de senderos eficientes". *Revista Cubana de Psicología*, 20(2).

² Herrera Jiménez, C. Luis Felipe y García Medina, Nela, ob. cit.

¿De qué manera podemos saber si el paciente percibe la posibilidad de un cambio?
¿Cuáles son los signos en los que se pondrá de manifiesto ese proceso de cambio?

Es preciso sistematizar los aspectos de la interacción terapeuta-paciente, para poder comprender qué de lo que allí sucede es lo que posibilita el logro de los objetivos; además de saber en qué situaciones es más pertinente utilizar una determinada intervención, y registrar los momentos específicos del proceso terapéutico en los que *esas* intervenciones, en *esas* situaciones, tienen mayor posibilidad de favorecer el cambio de la conducta problema.

En la actualidad, para estudiar el proceso psicoterapéutico, se tiende a aislar pequeños segmentos de dicho proceso en los que se manifiesta cambio en el cliente (Greenberg, 1986; Greenberg y Pinsoff, 1986; Rice y Greenberg, 1984)³.

El estudio de los acontecimientos de cambio es un enfoque desarrollado por Rice y Greenberg (1984)⁴, por medio del cual se pretende conocer qué intervenciones producen qué tipo de impacto en qué momentos particulares del cliente en terapia. El propósito último de este tipo de metodología es contribuir a la explicación de los mecanismos del cambio en psicoterapia con un nivel de especificidad nunca antes alcanzado en la investigación psicoterapéutica.

La presente investigación pretende ser una contribución para comprender el aporte de la psicoterapia, en el tratamiento de la drogadependencia. La misma se realizó con pacientes del Programa Ambulatorio de “Cable a Tierra”⁵, focalizándose en el proceso de psicoterapia individual.

2. Algunos conceptos

Psicoterapia

Un modelo teórico no solo proporciona una visión determinada de los problemas humanos y de cómo intervenir psicoterapéuticamente en su resolución, sino también un lenguaje y una estructura científico-social de apoyo (congresos, revistas, sociedades, etc.) que ejercen un importante rol afiliativo en el desarrollo profesional del psicoterapeuta.

El hecho de contar en la actualidad con más de cuatrocientas formas de tratamiento da una idea de la gran capacidad generativa de la psicoterapia, como área de conocimiento,

³ Feixas, Guillem y Miró, M. Teresa (2005). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica, pág. 340.

⁴ Feixas, Guillem y Miró, M. Teresa, ob. cit., pág. 345.

⁵ Ver en Anexos información detallada sobre la institución y sus programas de tratamiento

para crear construcciones diferenciadas, pero también de la incapacidad para integrarlas que ha derivado en el actual panorama de fragmentación⁶.

Psicoterapia breve: la terapia estratégica

El marco epistemológico en el que se basan las terapias breves (constructivismo), circunscribe, a su vez, diversos enfoques que, si bien comparten supuestos básicos, se diferencian a partir de métodos y técnicas que les son característicos.

Desde el constructivismo, podemos decir que la realidad con la cual nos relacionamos, es construida por cada uno, desde el momento en que es nombrada y significada.

De acuerdo con el foco de la intervención, se plantean intervenciones centradas en la resolución del problema (M.R.I.), o a la solución (terapia orientada a la solución). En esta última, se piensa más en término de soluciones que de problemas, se trata de poner el acento en lo que sí se puede hacer.

Psicoterapia de las adicciones

En general, los modelos de tratamiento plantean el éxito terapéutico sobre la base del logro de una abstinencia total y permanente. En la práctica clínica, no siempre es así. Si bien podemos hablar de un modelo de salud basado en el no consumo de sustancias psicoactivas, hay casos en los que el autocontrol del consumo, no solo implican un éxito terapéutico, sino que además es la meta que el paciente se ha planteado como tal. La perspectiva de este trabajo, implica el respeto por los procesos individuales, sin dejar de proponer un estilo de vida libre de drogas, considerando a la Salud, como un derecho social básico. Pero, obviamente no es lo mismo el tratamiento de un adolescente que el de un adulto; de alguien que nunca ha realizado tratamiento que aquel que ha realizado, sin éxito, varios tratamientos. De todas formas, es importante informar en su totalidad a los consultantes acerca de los efectos nocivos del consumo inapropiado de sustancias, así como de los beneficios de mantener hábitos de vida saludables.

3. Objetivos

General

Conocer el aporte de la psicoterapia en el tratamiento de rehabilitación de la drogadependencia.

Específicos

1. Sistematizar Intervenciones Terapéuticas concretas en el proceso de psicoterapia con un sujeto adicto.
2. Describir Intervenciones Terapéuticas particulares para la resolución de un tipo particular de problemática del paciente drogadependiente, en el contexto psicoterapéutico.

3. Evaluar el alcance de Logros y Objetivos en un trayecto del proceso de psicoterapia con sujetos en tratamiento por drogadependencia a partir de la percepción de cambio del paciente acerca del cumplimiento de los mismos en el tratamiento.

4. Material y método

Material

Para la realización de la presente investigación, se utilizarán las siguientes fuentes de información:

1. Rastreo bibliográfico: exploración de las diferentes modalidades de intervención en psicoterapia. El marco epistemológico sobre el que se basará dicha sistematización, será el del modelo de intervención estratégica en psicoterapia.
2. Casuística: recolección de datos a partir de las crónicas de cuatro sesiones continuas de psicoterapia, de nueve sujetos adictos en tratamiento de rehabilitación ambulatoria, sistematizando las intervenciones del terapeuta, en momentos específicos de problemáticas particulares del paciente, presentadas durante dichas sesiones.
3. Análisis e interpretación de los datos obtenidos a partir de la administración del ILOP (Escala de Logros de Objetivos en Psicoterapia) a pacientes en distintas etapas del tratamiento. El mismo se tomará a cada paciente, dos veces, con un mes de intervalo entre una y otra administración.
4. Historias clínicas: se recavarán los datos demográficos de cada paciente, datos en relación con la historia de consumo, y demás datos que se consideren relevantes para la presente investigación.
5. Se incluirá en la investigación, información obtenida (y debidamente indicada) de páginas *web*, publicaciones nacionales e internacionales, revistas científicas, etc.

Método

Se realizará una investigación de tipo exploratoria, basándose en el estudio de casos, como método observacional de estudio científico en psicología.

Los estudios exploratorios sirven para investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables. (Dankhe, 1986)⁷

⁶ Fernández Álvarez, Héctor y Opazo, Roberto (2004). *La integración en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica, pág. 34-36.

⁷ Cito en: Sampieri, Roberto Hernández et col. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill, pág. 59.

El diseño es no experimental, ya que el fenómeno se observa tal y como se da, para luego analizarlo. Es longitudinal, ya que se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos especificados, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. En función del grupo estudiado, es un diseño longitudinal de panel, ya que el mismo grupo de sujetos es medido en todos los momentos⁸.

Se parte del siguiente supuesto:

“El diseño estratégico de las intervenciones terapéuticas produce mayores posibilidades de cambio en la conducta problema”.

Los datos se recolectarán a través de:

- Administración del **ILOP** (Escala de Logro de Objetivos en psicoterapia) en 9 (nueve) pacientes de diferentes etapas en tratamiento ambulatorio de “Cable a Tierra” (centro de atención y prevención en adicciones, de la provincia de Mendoza). Se examinará el proceso de psicoterapia de los pacientes a través del estudio de las crónicas que el terapeuta hace de cada sesión, y de la administración del ILOP al paciente cada cuatro sesiones. El cuestionario se administrará dos veces a cada paciente.
- La muestra a estudiar es no probabilística, también llamada dirigida, ya que suponen un procedimiento de selección informal. Aquí, la elección de los sujetos depende de la decisión del investigador, ya que requiere “una cuidadosa y controlada selección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”⁹ (Muestra Sujetos –tipo).

5. Desarrollo y resultados

Sistematización de las Fases del proceso de Psicoterapia con pacientes adictos

A continuación, se han sistematizado las diferentes etapas del proceso de psicoterapia. Se debe tener en cuenta que la psicoterapia con un sujeto adicto debe estar enmarcada dentro de un abordaje en un programa interdisciplinario, para poder responder a la complejidad de los factores intervinientes. En el presente trabajo, las sistematizaciones realizadas corresponden al proceso de psicoterapia enmarcado dentro del programa interdisciplinario de “Cable a Tierra”¹⁰, donde se incluyen, además de la psicoterapia individual, el seguimiento psiquiátrico y social, y el abordaje grupal y familiar.

⁸ Sampieri, Roberto Hernández et col. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill, pág. 191 y 195.

⁹ Ob. cit., pág. 226-227.

¹⁰ Ver anexo “Programas de tratamiento” Cable a Tierra.

Las diferentes etapas en el proceso de psicoterapia propuesto por diferentes autores, conjunto con la experiencia clínica, permitieron la sistematización de las Fases específicas en psicoterapia con sujetos drogadependientes.

Las diferentes etapas responden a distintos niveles en el proceso, tanto desde el paciente como desde el terapeuta, caracterizados por motivaciones e intervenciones particulares. En cada una de ellas, se establecen objetivos que responden a la intención del Terapeuta dentro de un contexto institucional, y otros que tienen que ver específicamente con el consultante y su grupo de referencia.

Fase Inicial: 1ª Etapa de Diagnóstico/Motivación

Se apunta a lograr:

- *Diagnóstico integral.*

Conocimiento de los aspectos de la personalidad, situación familiar, factores de protección y de riesgo individual, familiar y social. Aspectos psiquiátricos relevantes: comorbilidad, requerimiento farmacológico situacional y/o estructural.

- *Motivación al cambio:*

Que la persona reconozca su problema y registre la necesidad de cambiar, sin que ese registro implique necesariamente la comprensión de que la conducta problema es la adictiva. Se busca que el sujeto registre que “Las cosas no pueden seguir siendo como hasta el momento”, que pueda reconocer la presencia de un problema, aunque esté ligado a situaciones colaterales: salud física, dificultades familiares, judiciales, etc.

- *Afrontamiento:*

Que la persona pueda implementar Estrategias de Afrontamiento básicas, para implementar cambios mínimos en relación con los daños asociados a la conducta de consumo.

Este objetivo, se trabaja tanto con el consultante como con los referentes significativos, intentando disminuir al máximo las consecuencias negativas de la conducta adictiva. Es un nivel de intervención altamente operativo.

Fase Media: 2ª Etapa de Elaboración/Acción

Se apunta a:

- *Analizar:*

Análisis de los factores implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva. A partir de una lectura sistémica de la problemática, se buscan los patrones disfuncionales del sistema familiar que sostienen la conducta adictiva. Intentando restablecer la homeostasis del sistema desde una funcionalidad que no implique a la conducta adictiva como fuente aglutinante de la familia y/o grupo de referencia.

- *Establecer:*

Establecimiento de metas e indicadores de cambio. A través de técnicas específicas, se indaga sobre los parámetros del consultante y de su familia, acerca de qué aspectos observables considerarían que son indicadores de que se está produciendo un cambio en relación con la situación problemática. A partir de esto, se observan las diferencias existentes en relación con las expectativas de cada miembro, y se apunta a la co-construcción de indicadores de cambio y de metas terapéuticas considerando el aporte del paciente, de su familia y la propuesta institucional.

- *Evaluar:*

Evaluación sistemática de metas y construcción de estrategias cognitivo conductuales. Se establecen metas a corto y mediano plazo, evaluando semanalmente el progreso y analizando los factores posibilitantes y obstaculizadores del proceso de cambio.

Fase Media Avanzada: 3ª Etapa de Fortalecimiento

Se pretende:

- *Consolidar:*

La consolidación de los cambios. En concordancia con los objetivos establecidos, se apunta a actuar sobre la realidad con las conductas correspondientes a ellos. Es el momento de búsqueda y/o consolidación de actividades cotidianas basadas en las metas propuestas inicialmente (Trabajo, estudio, recreación, etc.).

- *Construir:*

Construcción de alternativas de inserción social (Proyecto de vida saludable). Se apunta a descubrir y construir una proyección vital del consultante. Acompañándolo a planificar su Proyecto de Vida de manera integral y profunda, como resultado de su proceso de autoconocimiento y cambio.

Es la construcción del recorrido necesario para la concreción de sueños y anhelos, enfocando las potencialidades internas y del entorno. Estableciendo las acciones necesarias para llevarlo a cabo.

El enfoque humanista proporciona el marco y las técnicas necesarias para trabajar sobre el sentido de la vida, incluyendo los múltiples ámbitos en los que el ser humano se involucra.

Fase Final: 4ª Etapa de Seguimiento

Se apunta a:

- *Mantenimiento:*

Mantener de los cambios. Frente a los logros obtenidos, la continuidad en los mismos es el objetivo fundamental de esta etapa. La vivencia de la persistencia de lo propuesto,

suele ser nuevo en el paciente adicto, quien ha vivido fluctuante y con grandes dificultades en sostener conductas beneficiosas.

Las intervenciones en esta etapa son casi con exclusividad directas, ya que está profundamente motivado a sostener lo alcanzado.

- *Alta terapéutica:*

Que la persona pueda implementar estrategias de soporte, para el sostenimiento de un nuevo estilo de vida.

Es la capitalización del aprendizaje realizado a lo largo del proceso psicoterapéutico. Se pone en juego la capacidad de recurrir a lo internalizado, no de los contenidos, sino de los procesos, factibles de ser utilizados en diferentes circunstancias.

Sistematización de Intervenciones Estratégicas en la Psicoterapia con pacientes adictos

Intervenciones estratégicas

Según Hirsch, H. y Casablanca, R¹¹: “Por intervenciones nos referimos en sentido tradicional, a aquellas conductas del terapeuta directamente planificadas para el logro de su objetivo de cambio: circuito mantenedor del problema, estructura o significado desde el modelo correspondiente (de hecho toda conducta del terapeuta afecta la de los consultantes, más allá de las definidas propiamente como “intervenciones”).

En este apartado, se sistematizarán las intervenciones utilizadas en los casos presentados. Es el resultado del análisis de cuatro sesiones del proceso de psicoterapia, en cada uno de los casos.

Se incluirán también algunas estrategias que, si bien no han sido utilizadas en los casos trabajados, son representativas del trabajo estratégico aplicado en la psicoterapia con drogadependientes.

Son, en su mayoría, intervenciones derivadas de diferentes enfoques de la psicoterapia estratégica. Algunas presentan una variante realizada por la autora de esta tesis, y otras son intervenciones creadas por ella, para cumplir con alguna meta terapéutica específica.

Están ordenadas en tres grupos, que responden a las tres primeras fases de la psicoterapia, y en un apartado final, donde se han ubicado aquellas intervenciones que son efectivas a lo largo de todo el proceso. La fase de seguimiento se ha planteado junto con la de fortalecimiento, ya que comparten prácticamente todas las intervenciones.

¹¹ Casablanca, Ruth y Hirsch, Hugo (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Universidad Nacional del Litoral: Gabas Editorial y Asociados, pág. 28.

Si bien es posible utilizar algunas intervenciones en cualquier momento, esta clasificación responde al hecho de que hay intervenciones que son más efectivas, si se utilizan en una fase determinada del proceso que otras. Del mismo modo, hay intervenciones que, si son utilizadas en la fase inapropiada, generan un efecto negativo, dificultando el proceso de cambio del paciente.

La clasificación de intervenciones presenta la limitación de no responder a la especificidad de un proceso de cambio en particular. De hecho, en este trabajo, algunas de las intervenciones sugeridas para una fase se han realizado en otra. Esto tiene que ver con que *cada proceso de cambio tiene nombre y apellido*, y es lo que, en definitiva, cuenta al momento de elegir la intervención más adecuada.

INTERVENCIONES PARA LA FASE INICIAL

(Diagnóstica-Motivacional)

Entrevista psicodiagnóstica interactiva: apunta a que el sujeto que consulta aumente el protagonismo en el proceso terapéutico, favoreciendo la motivación y compromiso hacia el mismo.

Al finalizar algunas técnicas de exploración psicológica, se le dan al sujeto algunas pautas generales elementales para su comprensión, y luego se le solicita que “interprete” lo que puede ver en sus técnicas. Así, el diagnóstico se vuelve una parte activa del proceso terapéutico y, de hecho, un instrumento más para comprender el proceso de construcción de la realidad de ese sujeto en particular¹².

En función de lo que surge, se construye con el paciente, el problema y los objetivos terapéuticos.

Construcción del problema: a partir del registro particular del consultante acerca de qué es lo que lo ha llevado a hacer tratamiento, se intenta delimitar el problema a resolver, en términos operativos que posibiliten la evaluación periódica de los logros. Es una intervención básica del Modelo sistémico estratégico.

Establecimiento de indicadores de logros: a partir de diversas técnicas, se opera con el paciente para determinar aquellas conductas observables que darán cuenta del cambio. Es fundamental, sobre todo en los casos de adolescentes, que quede claro cuáles son esos indicadores para los diferentes miembros de su familia.

Una de las formas es que, como tarea entre sesiones, el paciente realice una encuesta a los otros significativos, en donde les pregunte: ¿Qué es lo que deberías observar para acordar que estoy avanzando en mi tratamiento? En la sesión, se trabajará comparando

¹² Variante de la autora de tesis.

lo que se espera de él, con lo que él pretende de sí mismo. En general, es más productivo y operativo si se realiza una sesión con toda la familia presente, y se consensúan los indicadores de cambio, estableciendo tiempos de evaluación periódica.

Pronóstico-Futuro¹³: hacer predicciones en la sesión respecto de qué pasará cada día hasta la siguiente sesión.

Apunta a que el paciente explicita el deseo de consumo (si lo hubiera), preguntándole a él mismo qué es lo que cree que sucederá en relación con el consumo. No es sencillo para él mentirse. Es una situación paradójica ya que, “si se miente”, “fracasaría en su pronóstico”, en cambio, si dice la verdad, y explicita el deseo, es posible trabajarlo en la sesión, diseñando estrategias adecuadas de afrontamiento. Si a la siguiente sesión el paciente consumió, no será difícil que pueda hacerse cargo de cuáles fueron las decisiones que tomó para hacerlo y cuáles pasó por alto. Es decir, que pase lo que pase, es útil desde el punto de vista del proceso de psicoterapia.

Carta de mí mismo, a mí mismo¹⁴: es una manera de trabajar con la disociación característica del adicto, puesta al servicio de una meta saludable.

Se le solicita al sujeto, cuando está en un momento positivo y con autoeficacia del proceso de cambio, que se escriba una carta a sí mismo cuando está a punto de consumir: “Solo vos sabrías qué decirte a vos mismo, para contrarrestar los argumentos que en ese momento favorecen el consumo”.

A partir de allí, se explicita en cada sesión, qué haría “cada uno” de ellos (refiriéndose a las “dos partes” de sí mismo), o qué siente cada uno. Se intenta detectar qué aspectos internos y externos “Hacen surgir a uno o a otro”, etc.

Imaginar el futuro sin el problema: es una intervención estratégica que apunta a que el sujeto pueda construir internamente la imagen de su vida sin el problema actual. Intentando que lo haga de manera tan detallada como le sea posible: tareas, sentimientos, pensamientos, rutinas, etc. Es una intervención que favorece la activación de conductas saludables.

Pregunta escala: es una intervención de la terapia centrada en soluciones. Se le pide al paciente que, en una escala de 1 a 10, donde 10 representa lo que él quiere lograr, se ubique en función de cómo se siente en este momento respecto a la meta a alcanzar. A partir de allí, se trabaja de uno en uno, estableciendo indicadores de cambios mínimos y realizables, los que se irán evaluando en cada sesión.

¹³ Elaborado por la autora.

¹⁴ Ídem.

Una variante de la pregunta escala¹⁵ es la de solicitar al sujeto que le haga la pregunta a dos personas significativas para él, y luego se establece un “promedio”. O bien, si el puntaje que da es muy elevado y es evidente que aún no ha hecho los cambios correspondientes, se divide la unidad en diez sub unidades y se trabaja de la manera original.

Estas variantes, son el resultado de observar que, en general, el adicto, no tiene una visión autocrítica del problema, por lo que tiende a establecer puntajes extremos, que dificultan el establecimiento de las metas mínimas de cambio; sobre todo en la Fase inicial.

Afirmación¹⁶: es una de las estrategias básicas de la entrevista motivacional. Apunta a establecer un *rapport* positivo.

Afirmar y apoyar al paciente directamente durante el proceso terapéutico, a través de comentarios directos o gestos.

Facilitar la verbalización de frases automotivadoras¹⁷: el objetivo de esta estrategia, es la de ayudar a los pacientes a resolver su ambivalencia. Cuando el paciente presenta las razones para cambiar, es tarea del terapeuta facilitar la expresión del paciente de estas afirmaciones automotivadoras. Para ello, es posible valerse de las siguientes técnicas:

- *Balance de decisiones*: se le solicita al paciente que describa las ventajas y desventajas en relación con seguir consumiendo, y lo mismo en relación con no consumir más. Luego se puede trabajar focalizando en los diferentes argumentos, según la situación particular del paciente: Argumentos a favor del no consumo, Beneficios de no consumir, Desventajas de consumir, etc.
- *Mirar el futuro*: se guía al sujeto a imaginarse en un futuro como él lo desearía, para que pueda vivenciar las discrepancias entre lo que él espera ser, y lo que está siendo en este momento.

Resumen¹⁸: los comentarios de resumen se usarán para reunir el material que se ha comentado. Cuando se ha provocado una afirmación automotivadora por parte del paciente, es aconsejable resumir la información periódicamente. Esto refuerza lo que ya se ha dicho, confirmando que se ha escuchado con atención, y preparando al paciente para seguir progresando.

¹⁵ Realizada por la autora.

¹⁶ Millar y Rollnick (2003). *La entrevista motivacional*. Paidós: España, pág.107.

¹⁷ Miller y Rollnick (2003). *La entrevista motivacional*. Paidós: España, pág. 110.

¹⁸ Miller y Rollnick, ob. cit., pág. 108.

Trabajo sobre la redefinición de constructos dependencia/autonomía¹⁹: se relaciona la dependencia a las sustancias, con todas aquellas actitudes, conductas y sentimientos que denotan un comportamiento dependiente. Extendiendo la conducta problema a un universo más amplio que el de consumir sustancias. De la misma forma, se construyen pautas para promover comportamientos autónomos, que no solo están focalizados en la abstinencia, sino en una inserción activa del sujeto a su medio social.

Rastreo y reconocimiento de cambios anteriores²⁰: en sujetos adictos, es común el haber realizado más de un tratamiento. Se pretende que la persona registre que su proceso de cambio no se inicia con el contacto con un nuevo terapeuta, sino que es anterior al mismo. Para ello, se indaga sobre los logros previos y se intenta descubrir y sistematizar las pautas de conducta que favorecieron tales cambios, para potenciarlos y continuarlos.

INTERVENCIONES PARA LA FASE MEDIA

(Elaboración-Acción)

Intervenciones paradójicas basadas en el desafío²¹: es paradójica la intervención que, obedecida, tendrá como consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Las tres principales técnicas utilizadas para idear y aplicar una paradoja sistémica son: la redefinición, la prescripción y la restricción. Intervención desafiante (pesimismo paradójico).

a) Redefinición

Del síntoma: modificar o reencuadrar la percepción que el sujeto tiene del problema²².

Del para qué de la medicación: modificar, la teoría que el sujeto tiene sobre el para qué de la medicación, apuntando a que encuentre beneficios en responder a las propuestas terapéuticas²³.

Del porqué de la queja familiar: “La confrontación de los otros surge porque te ven bien”. “Cuando pueden reconocer tu cambio, simultáneamente perciben que pueden ser directos con sus sentimientos y reclamos”. Entonces: la confrontación y queja familiar es un indicador positivo de cambio²⁴.

¹⁹ Elaborado por la autora.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. España: Paidós, pág. 2443.

²² *Ídem*.

²³ Variante de la autora de la tesis.

²⁴ *Ídem*.

b) Prescripción

Se predispone al sujeto que, como conclusión inevitable, se reproducirá el mismo ciclo que es el que produce el síntoma. El terapeuta frena el cambio, cuando siente que el problema es parte del funcionamiento del sujeto y su familia. No cesa de enumerar las consecuencias del cambio y anticipa las dificultades nuevas que habrán de surgir, predice el modo en que afectará al sistema, y con cautela permite que el sujeto y su familia cambien a pesar de todo ello.

Dentro del proceso de cambio en la conducta adictiva, es común que la familia, una vez que ha iniciado el proceso, comience a plantearle al sujeto de tratamiento, todos aquellos aspectos problemáticos que no han sido escuchados por el paciente anteriormente, o bien, que aumenten significativamente el control familiar, ante el temor de que el sujeto vuelva a recaer.

Prescripción de aumento de control familiar: “A medida que vas mejorando y tu familia lo nota, lo más probable es que comiencen a reclamarte y reprocharte por todo lo que no has hecho, ya que ellos perciben tu fortaleza adquirida...”. Es decir: A mayor reclamo, mayor fortaleza interna.

Aquí, la conducta familiar de desconfianza se redefine como reconocimiento de su evolución interna.

Trabajar con la excepción: se le solicita al sujeto que describa qué es lo que ocurre cuando el síntoma no está presente.

Con frecuencia, las excepciones constituyen una novedad tanto para el cliente como para el terapeuta²⁵. Esta intervención posibilita trabajar con lo que es posible para el sujeto y desde ahí, reforzar las pautas y recursos para trasladarlas a aquellas situaciones en que lo necesite.

Definición interactiva de la conducta de los otros²⁶: la queja del paciente adicto sobre la conducta de los demás, es continua, y tienden a responsabilizarlos por sus padecimientos. Lo que se pretende aquí, es trabajar con el sujeto para que logre descubrir qué conductas propias, “encaminarán” la conducta de los demás. El uso de metáforas terapéuticas ayuda a conseguir este propósito.

Se le pregunta, por ejemplo: ¿qué crees que deberías hacer para “lograr” que tu mamá desconfíe de vos? Esto posiciona al sujeto desde un lugar activo y comprometido en

²⁵ Shazer, Steve de (2004) “¿En qué radica la eficacia de la terapia breve?”. En: Terapia Breve. Buenos Aires: Amorrortu, pág. 129.

²⁶ Elaborado por la autora.

el proceso de cambio. Corriéndose de la queja hacia los demás, y reflexionando acerca de los efectos de su conducta sobre la de los otros.

Protagonismo: son todas aquellas maniobras que el terapeuta implementa de manera directa o indirecta, con el fin de que el sujeto pueda hablar y trabajar sobre aquellos aspectos y/o situaciones planteadas de manera tal que el sujeto pueda identificar las conductas posibles desde su accionar.

Puede usarse la redefinición, o las intervenciones directas, siempre apuntando a que el paciente se haga cargo de su proceso de cambio. Esto tiene que ver con la tendencia del paciente adicto a registrar en mayor medida las situaciones o actitudes de su entorno que le dificultan el poder cambiar, y el bajo nivel de autoimplicación en dichas situaciones.

Una de las formas de implicar protagónicamente al sujeto en su proceso de cambio es a través de:

Construcción conjunta de indicadores del alta: en la fase media, ya estamos en presencia de un sujeto que quiere cambiar, y que puede, junto con el terapeuta, diseñar y planificar el alta, construyendo los indicadores conductuales y cognitivos que darán la pauta de que está concluyendo el tratamiento.

INTERVENCIONES PARA LA FASE AVANZADA/FINAL

(Fortalecimiento y Seguimiento)

Prevención de recaídas: son técnicas del enfoque cognitivo conductual. Apuntan a prevenir el consumo de sustancias una vez alcanzada la abstinencia.

Se trabaja a partir de diferentes técnicas:

- **Identificación de estímulos de alto riesgo:** el paciente personaliza las situaciones o sentimientos que le generan deseos de consumo.
- **Identificación de factores protectores:** el paciente personaliza aquellas situaciones o sentimientos que le ayudan a sostener hábitos de vida saludables.
- **Estrategias de afrontamiento:** construcción de conductas pertinentes a sostener la conducta de no consumo ante situaciones de riesgo.
- **Toma de decisiones:** el sujeto hace un rastreo detallado de las pequeñas decisiones (aunque parezcan insignificantes) que realizó en los momentos previos a la recaída.
- **Modificación de patrones post-recaída:** se apunta a cambiar las conductas del sujeto y del entorno inmediato frente a las recaídas. Partiendo de la base de que lo

que ocurría cuando el sujeto consumía y no estaba en tratamiento, era parte del problema (soluciones mantenedoras del problema).

Intervenciones directas²⁷: consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas que están destinadas a que se las tome literalmente y a que se las respete como se las prescribió. Su objetivo es modificar de manera directa las reglas o roles del paciente y/o su familia.

Proyecto de vida: como su nombre lo indica, consiste en traducir los objetivos de vida en acciones específicas con indicadores específicos para su evaluación, y determinación de tiempos posibles para su concreción.

Certeza de Recaída²⁸: se le pide al paciente que imagine que existe la certeza de que, dentro de una semana, él tendrá una recaída. A continuación, se le solicita que identifique en el presente y futuro inmediato, cuáles serían los factores de riesgo que podrían favorecer la conducta de consumo.

Esta estrategia es muy útil cuando el nivel de autoeficacia del paciente en una etapa Media/Avanzada del tratamiento, es tan alta, que no puede implementar las conductas fundamentales de autocuidado, ya que el nivel de alerta disminuye radicalmente.

A partir de esta técnica, se deriva otra:

Establecimiento de alertas de consumo y estrategias a utilizar: el sujeto puede particularizar sus alertas de consumo traducidas en conductas o sentimientos, y con ello, construir las estrategias de afrontamiento específicas para cada caso. Debería poder detectar aquellas situaciones internas o externas que anticipan una posible recaída. Debería quedarle claro “¿Ante qué situaciones debe preocuparse?”

Autorregistro: posibilita que el sujeto pueda comprender lo que le sucede, relacionando situaciones específicas con efectos específicos. Puede ser, por ejemplo:

Autorregistro de ansiedad.

Autorregistro del proceso de cambio: se orienta al paciente a que describa los diferentes momentos por los que atravesado durante el tratamiento, intentando capitalizar aquellas conductas que resultaron efectivas para el logro de los objetivos terapéuticos.

INTERVENCIONES TRANSVERSALES

(Efectivas a lo largo de todo el proceso de psicoterapia)

²⁷ Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. España: Paidós, pág. 243.

²⁸ Realizada por la autora.

Uso de metáforas²⁹: cada vez que hacemos un símil entre una cosa y otra o hablamos de una cosa como si fuera otra, hacemos una metáfora. Las metáforas nos ayudan a emplear conocimientos o experiencias que ya poseemos para comprender nuevas experiencias.

Enfoque³⁰: el terapeuta organizará los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertinencia terapéutica. Durante la sesión, escogerá ciertos elementos de la narrativa del paciente y organizará el material de manera que guarde armonía con su estrategia terapéutica.

Reencuadre: ampliar o modificar el mapa de la realidad³¹. Establecimiento de nuevas variables para la lectura de la realidad, ya sea incorporando nuevas, o estableciendo prioridades o focalizaciones diferentes a la planteada.

Reformulación³²: Es una forma de hacer frente a la resistencia del paciente. La información del paciente se reformula de una nueva manera, vista de modo que es más probable que sea de utilidad y contribuya al cambio.

Uno de los momentos del tratamiento más difíciles para el paciente, es aquel en donde, a partir de un proceso arduo, logra mantenerse abstinentes. En la mayoría de los sujetos adultos, esto se acompaña de un nivel intenso de angustia por las pérdidas ocasionadas a sí mismo y a sus seres queridos. Una forma de apuntalarlo, es reformular el dolor y la culpa como “el motor, el combustible del cambio”. Planteándosele que no sería posible avanzar si él no hubiera podido registrar “ese combustible”. Esta intervención puede prescribirse previamente, lo que le facilita al paciente “recibir” la angustia “que estábamos esperando” para poder cambiar.

Escucha reflexiva³³: apunta a comprender el mundo del paciente y la construcción particular que hace de él. Algunas técnicas para llevarla a cabo son:

Repetición: es la más simple. Se repite un elemento de lo que ha dicho el paciente.

Refrasear: el profesional repite algún elemento que ha dicho el paciente utilizando sinónimos o alterándolo ligeramente solo para clarificar.

²⁹ O'Hanlon, Hill (2001). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós, pág. 51.

³⁰ Minuchin, S. y Fishman, H. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. España: Paidós, pág. 110.

³¹ Minuchin, S. y Fishman, H. Ch., ob. cit.

³² Millar y Rollnick, ob. cit., pág. 140.

³³ Miller y Rollnick (2003). *La entrevista motivacional*. Paidós: España, pág. 103.

Parafrasear: Aquí el profesional infiere lo que ha dicho el paciente y lo refleja con nuevas palabras, ampliando la perspectiva de lo que se ha dicho.

Reflejar sentimientos: Es la forma más profunda de reflexión. Se incorporan elementos emocionales para que el paciente se dé cuenta (señalamiento emocional).

Tareas entre sesiones: son diversas consignas que el paciente deberá realizar entre una sesión y otra, cuyo objetivo responde a lo que se esté trabajando en un momento específico del proceso.

6. Discusión

Antes de comenzar a discutir sobre los resultados alcanzados en este trabajo, es conveniente resaltar que, a través de la experiencia clínica, y los textos referidos a la temática, es posible plantear que la psicoterapia individual, por sí sola, se ha mostrado poco efectiva para el abordaje de los trastornos adictivos. Por lo que el abordaje de la problemática está incluido dentro de un enfoque interdisciplinario que incluyen los aspectos psiquiátricos, psicológicos y sociales, tanto a nivel individual como grupal y familiar.

La psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas (Zeig y Muñón, 1990)³⁴.

La definición de Haley³⁵ sobre “terapia estratégica” implica la idea de que es el terapeuta el que define la dirección de la terapia y se encarga de hacer lo necesario para mantenerla. Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre dentro de ella y diseña un enfoque particular para cada problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

Del paradigma constructivista, se deriva que, cualquiera sea la condición que nos encontremos viviendo, funcional o disfuncional, esta es el producto de una relación activa entre nosotros mismos y los acontecimientos que vivimos.

³⁴ Guillem Feixas y María Teresa Miró (1993), ob. cit., pág. 14.

³⁵ Haley, Jay (2003). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu, pág. 7.

Un problema, entonces, es una crisis de paradigma. El sistema de construcción actual, no puede acomodar los acontecimientos en un sentido coherente de identidad.

Desde esta visión, la psicoterapia es un espacio donde se replantea el modo de construir la realidad, y por ende, de abordarla.

La terapia es un proceso de construcción de realidades posibilitantes. “La terapia de posibilidades reconoce la gravedad de la situación del cliente: no la minimiza ni intenta contrarrestarla con un optimismo irreal. Y, aunque también reconoce la posibilidad de que las cosas no puedan cambiar, se esfuerza por producir un cambio en la dirección del viento que dirige la vida del cliente”³⁶.

Algunos aspectos a tener en cuenta en el encuadre de la psicoterapia de un sujeto adicto son:

- La terapia individual es parte de un tratamiento y está enmarcada en un abordaje, integral e interdisciplinario.
- Es un espacio educativo integrado en un marco institucional.
- Es fundamental el establecimiento de metas claras a corto, mediano y largo plazo.
- La abstinencia no es un fin en sí mismo, es planteada como un modo alternativo de organizar la realidad. Se parte de establecer el autocontrol de la conducta de consumo, y no siempre ello equivale a abstinencia total de la sustancia.
- Tanto el problema como los objetivos del tratamiento surgen de la construcción conjunta con el paciente, respetando su visión de la realidad.
- La evaluación y seguimiento se realizan en intercambio continuo con el equipo terapéutico, redefiniendo estrategias y objetivos cuando sea necesario.
- Deben quedar claros los indicadores de cambio, tanto para el paciente y su familia como para el equipo tratante.

Lo que el presente estudio se propone es construir una teoría de la técnica del proceso de psicoterapia con pacientes adictos, haciendo hincapié en la sistematización de las intervenciones, lo que permite el diseño estratégico y la evaluación del proceso de psicoterapia, por parte del Terapeuta.

Un concepto más amplio es el de *equipo terapéutico*, que incluye una mayor gama de posibilidades. Este equipo se caracteriza por compartir parte de la responsabilidad

³⁶ O'Hanlon, Hill (2001). *Desarrollar posibilidades*. Buenos Aires: Paidós, pág. 196.

terapéutica, bien asesorando, bien observando y eventualmente participando de modo simultáneo en dicho proceso.

El papel del equipo terapéutico en el tratamiento de las adicciones ha demostrado ser más eficaz que la sola presencia del terapeuta. Posibilita la implementación de estrategias en la intervención, y sustentan la autoridad del terapeuta durante el proceso. La coherencia y articulación de las intervenciones de todos los miembros del equipo en los diferentes ámbitos de implementación, favorecen la eficacia de las mismas.

La característica más relevante del papel de terapeuta, es que intenta ayudar al paciente. No existe hoy por hoy un consenso claramente establecido sobre qué es lo que el terapeuta tiene que hacer para resultar útil. Independientemente de su orientación, es obvio que el terapeuta tiene que (a) formular alguna hipótesis acerca del problema del cliente y (b) tomar decisiones acerca de qué hay que hacer primero y qué hay que hacer después. Y tanto para (a) como para (b), el terapeuta necesita funcionar a partir de algún modelo terapéutico³⁷.

En la presente investigación, se han sistematizado las diferentes etapas en el proceso específico de la psicoterapia de las adicciones. Para ello, ha sido necesario definir también, dos niveles de intervención, simultáneos, uno que responde a la urgencia del síntoma adictivo, y otro que responde a los objetivos estructurales de la psicoterapia.

El Modelo Transteórico del Cambio (Di Clemente y Prochaska, 1990), está basado en supuestos básicos que aportan amplias posibilidades a la psicoterapia con pacientes adictos. Está fundamentado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Esto es lo que permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional.

Siguiendo esta concepción, se plantea a la Ambivalencia como una característica inherente al paciente adicto; y a la Resistencia al cambio y a la Motivación como directamente relacionados con la intervención del terapeuta. De allí que sea crucial la sistematización de intervenciones específicas para diferentes objetivos dentro del proceso terapéutico.

La especificación del *contrato terapéutico* es un aspecto esencial del proceso terapéutico, que se situaría en la fase de atención, pero a la vez supone ya una respuesta. El contrato terapéutico supone un plan de la terapia para poder construir el proceso posterior.

³⁷ Guillem Feixas y Miró, María Teresa (1993), ob. cit.

La idea básica del modelo es fomentar una buena relación terapéutica en las fases iniciales adoptando una actitud no directiva y expresando respeto y comprensión, para proceder a partir de ahí a una acción más directiva que conduzca a un cambio de conducta que es el objetivo final del modelo. Las etapas que sugiere este modelo deben entenderse de un modo flexible, porque la realidad del cambio psicoterapéutico no siempre sigue una secuencia tan lógica como los modelos intentan plasmar.

A partir de los objetivos planteados en el presente trabajo, se irán discutiendo los resultados obtenidos.

“Conocer el aporte de la psicoterapia en el tratamiento de rehabilitación de la drogadependencia”.

Imaginemos por un momento a un hombre caminando durante horas, a punto de deshidratarse por el calor. Desde afuera es posible pensar que, si se saca un poco de ropa, obtendrá un alivio a su sufrimiento, pero el hombre, por alguna razón que no conocemos (como tantas razones desconocidas que originan diferentes conductas humanas), no se quita la ropa.

El sol y el viento, testigos de su padecimiento, deciden ayudarlo. Al intentar hacerlo, el viento, seguro de lograrlo, sopló muy fuerte para que el hombre perdiera su ropa. Pero, para su sorpresa, el hombre no solo no perdió su ropa, sino que comenzó a sujetarla cada vez más fuerte hacia sí mismo. Y a medida que el viento aumentaba, el hombre más empeño ponía en no perder sus prendas.

El viento dejó de insistir, y le dijo al sol que no tenía sentido intentar ayudarlo, ya que era evidente que el hombre no quería sentirse mejor; que no tenía conciencia del daño que se estaba haciendo y por ello se resistía a cambiar.

El sol miró al viento y le dijo: “yo voy a lograr que el hombre solo, y por sí mismo, se quite la ropa”. Entonces, aumentó su caudal de calor y en pocos minutos, el hombre se había quitado la ropa.

Esta historia grafica, de alguna manera, el proceso que se ha llevado a cabo durante años en los diferentes abordajes asistenciales de las adicciones, en contraposición con la propuesta estratégica.

En el tratamiento de las adicciones, uno de los enfoques que ha prevalecido, es el de las comunidades terapéuticas, que, propone, inicialmente, un modelo confrontativo para el tratamiento de la drogadependencia.

Como en la historia inicial, la estrategia que mayor éxito ha demostrado en el tratamiento de las adicciones, es aquella que apunta a lograr que la persona decida cambiar por sí misma, y que incluya la ambivalencia como parte inherente a la problemática, y no como una dificultad de la persona que no está dispuesta a cambiar.

Según el NIDA, “El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo” (NIDA. 1999”. Principios de tratamiento para la drogadicción”) esta afirmación es relativamente cierta, pues realmente gran porcentaje de los consultantes asisten obligados o inducidos por otros. Pero, si la postura del paciente no puede modificarse, lo más probable es que el tratamiento se interrumpa o no tenga ningún avance. El papel del terapeuta es esencial, al abordar al paciente y su sistema familiar, de manera que puedan registrar como propio el problema, lo que genera lo mínimo necesario para iniciar un tratamiento. Todo ello, aún si el problema que se registra, no es directamente la conducta adictiva.

Es posible iniciar un tratamiento a partir de que el consultante registre como problemático que un miembro de su familia registre como problemático su comportamiento en relación con el consumo de drogas. Por supuesto, la evolución del proceso, implicará que el sujeto comience a registrar que el verdadero problema tiene que ver con su modalidad de consumo, pero, inicialmente es suficiente comenzar con el registro de que hay algo que es necesario cambiar.

El primer objetivo fundamental para iniciar un proceso de psicoterapia con un sujeto adicto es que pueda registrar el problema como propio, independientemente de cuál es el motivo de consulta que las personas de su entorno manifiestan.

El segundo es ir logrando en el consultante expresiones automotivadoras de cambio. Si estos dos pasos no se logran, es común que el terapeuta (y la familia del paciente) registren que “están remando solos en este proceso”, “que el sujeto no quiere colaborar”, “que no tiene intenciones de cambio”, etc. Así, el tratamiento se convierte en una carga que no solo suma esfuerzos vanos, sino que llevan hacia un fracaso seguro.

Además del inconveniente natural de lo que un fracaso implica, tanto el adicto como su familia comienzan a construir una realidad donde “el problema es inmodificable” “que nada de lo que hagan va a servir”. Esta situación se transforma en una parte más del problema, además de la problemática adictiva en sí misma (Soluciones Mantenedoras del Problema).

La relación terapeuta-paciente se establece desde la cooperación y confianza mutuas. Ambos construyen lo que es problemático para el paciente y la manera en que encontrarán una solución.

El vínculo terapéutico es un factor fundamental para lograr la adherencia y cooperación en el tratamiento. Es esperable que el consultante adopte inicialmente una actitud resistente y es tarea del terapeuta, implementar las intervenciones adecuadas a esa situación particular. Los enfoques tradicionalistas parten desde supuestos que consideran como absolutos, sin intentar descubrir cuál es la lógica de esa persona que tienen delante.

El enfoque estratégico es especialmente válido, si tenemos en cuenta que la mayoría de los consultantes llegan a tratamiento en un estadio contemplativo. La ambivalencia es la característica primordial de esta etapa. “Quiero cambiar y no quiero al mismo tiempo” subyace en el discurso del paciente. Ante esta realidad, un estilo directo solo tiende a exacerbar la ambivalencia. Ya que, naturalmente, cuando el terapeuta se posiciona en un extremo de la balanza, el adicto se coloca en el extremo contrario.

Si el terapeuta puede trabajar con la ambivalencia como una situación altamente probable en el transcurso de las sesiones; es posible que diseñe las estrategias adecuadas para que se pueda atravesar con éxito la etapa contemplativa e iniciar la de determinación. De todas maneras, la situación dilemática, estará siempre latente en todo el proceso terapéutico.

En un modelo de intervención estratégico, la lectura sobre la postura del paciente, es interaccional.

Desde una mirada tradicional, se tiende a atribuir al paciente los fracasos del tratamiento. Esta tendencia se evidencia al hablar de sujetos “sin conciencia de enfermedad”, “resistentes al cambio”, “negadores”, etc.

Indudablemente, se partía de la inferencia de considerar al adicto como un sujeto cuya resistencia al cambio y negación de su problemática, era un aspecto inherente a su personalidad. Estas supuestas características llegaron a ser consideradas como universales a la estructura estableciendo un “perfil del adicto” y, por ende, un abordaje generalizado.

La investigación no sostiene la creencia de que existe una característica central de la personalidad o un conjunto de intensas defensas, y tampoco que esta sea una característica de las personas que sufren de alcoholismo o un problema con otras drogas. Y, lo que es aún más importante, las estrategias confrontativas que se derivan de dicho modelo parecen ser, por lo general, ineficaces (Miller y Rollnick, 1999)³⁸.

³⁸ Millar, William y Rollnick, Stephen (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, pág. 28.

Si entendemos que la resistencia no es inherente a la persona, sino el resultado de una interacción, la motivación tampoco debe entenderse como un rasgo que una persona tiene o no, sino como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, que se ve influido por diversos factores.

Un modelo centrado en la solución sostiene que paciente y terapeuta juntos determinan el tipo de relación de trabajo que se construye. Esto implica que esa relación está sujeta a cambio, si uno de los dos miembros cambia. Estas relaciones son dinámicas y están en un estado de constante cambio en respuesta a los cambiantes aportes del paciente y del terapeuta (Berg y Miller, 2002)³⁹.

En todas sus concepciones, la terapia estratégica breve parte, inicialmente, de definir el problema junto con el consultante. En esa definición, se observan cuáles son las pautas interaccionales que sostienen y dan sentido a la presencia del síntoma problema, al igual que cuáles han sido las soluciones intentadas que han funcionado y cuáles no (entre muchas otras intervenciones) A partir de allí, la construcción de metas mínimas evaluables será el siguiente paso.

Para que una terapia sea eficaz, tanto el paciente como el terapeuta deben saber hacia dónde se dirigen y cuáles son los parámetros que indicarán que están llegando a donde se propusieron. Para ello, existen diversas intervenciones, algunas de las cuales han sido expuestas en el presente estudio.

Los pacientes que consumen drogas y que son forzados a acudir a los tratamientos contra su propia voluntad se comportan como *exportados*. No sienten ningún interés por lo que se les ofrece. Lo único que parece interesarles es cumplir con la obligación de estar presente en las sesiones, pero no para tratar sobre el consumo de las drogas. Por ello es importante incrementar su cooperación y establecer relaciones terapéuticas, reconociéndolos por el hecho de haber asistido a una entrevista e intentando comprender cuál es la postura de ellos frente a la situación planteada.

Transformar al *exportado* en *interesado* requiere investigar lo que es importante para el paciente, bien sea evitar la cárcel o intentar ayudarlo a la reinserción social, y es importante también utilizar su mismo lenguaje. Hay veces en que los padres o las figuras de referencia identifican el problema con la droga y, sin embargo, lo que más le interesa al paciente es, por ejemplo, poder salir a bailar. En este caso habría que considerar que el paciente es un cliente que quiere salir a bailar y un “exportado” al que se quiere que se trate sobre el consumo de drogas. Aceptar el objetivo de trabajar sobre la perspectiva de poder salir a bailar puede llevar al paciente a darse cuenta de que el abuso de drogas interfiere con la meta propuesta.

³⁹ Ob. cit.

En el encuentro con un sujeto adicto que es llevado por otros, y que no reconoce ningún motivo para iniciar tratamiento, el terapeuta deberá partir de esa situación como la única posible. De hecho, si está ahí, en esa situación, es evidente que tiene un problema. El asunto es establecer, junto con él, cuál es ese problema.

En estos casos, la terapia no inicia hasta que no se logre la construcción de objetivos que impliquen un cambio. Las primeras entrevistas, están encuadradas en una situación donde el terapeuta observa y escucha con reflexividad la manera en que *ese* sujeto construye la realidad, su “lógica” para determinar cómo son los hechos, quiénes dicen qué cosas, cuándo siente que es ayudado y cuándo no, etc. A través de un estilo comprensivo y empático, el terapeuta pregunta para entender, sin que el paciente se sienta cuestionado en su postura.

Cuando el consultante es explícitamente obligado por alguien a concurrir a tratamiento (juez, madre, esposa, etc.), es importante que al terapeuta le quede claro el porqué ese otro (según el consultante) entiende qué él necesita tratamiento. Y consiguientemente, qué es lo que se supone que debería suceder para que “ese otro” determine que el consultante ya no necesita asistencia. Así, el paciente explicará, y el terapeuta comprenderá su posición, e irán surgiendo una serie de situaciones que tienen que ver con su consumo y los problemas que este le acarrea. Al hablar de ellos abiertamente (ya que lo hace según “otro”) y al sentirse comprendido por el terapeuta (algo que en general no le sucede con su entorno inmediato) el consultante comienza a delinear algunas metas mínimas de cambio. Por más pequeñas que parezcan, son las que inician el proceso de cambio.

Es esta modalidad la que, poco a poco, facilita que se puedan realizar una serie de intervenciones destinadas a que sea *esa* persona la que exprese que está preocupado por algo, que comienza a sentir que hay cosas que quisiera cambiar. Es allí donde se inicia verdaderamente el proceso de psicoterapia.

A partir de las intervenciones, es posible visualizar el paradigma sobre el sujeto que consulta, que subyace a tales prácticas. E inevitablemente coloca a ese sujeto en una posición predeterminada por el modo en que el terapeuta concibe la problemática adictiva y la psicoterapia.

Desde este trabajo, se considera a un sujeto que ha ido construyendo a través de la interacción entre sus componentes psicobiológicos y su historia, un modo de estar en el mundo, desde donde la conducta adictiva forma parte. Por diferentes razones ese modo de organizar la realidad, se vuelve inhabilitante, y el consumo de sustancias se identifica, desde el sujeto o sus otros cercanos, como el origen a las dificultades vitales que se representan. Es entonces, que surge la consulta con un especialista.

De allí, el propósito del proceso psicoterapéutico es el replanteo de ese modelo y, consecuentemente, el cambio de la conducta que surge como lógica de ese modelo.

Durante el proceso psicoterapéutico, el paciente es un sujeto activo y participante, entendiendo que aquellos cambios, que resulten de procesos que el sujeto siente como propios, tienen mayores posibilidades de perdurar en el tiempo que aquellos en los que el cambio está depositado en un experto o sistema terapéutico.

La intervención en la psicoterapia con drogadependientes, demanda la implementación de estrategias inmediatas para el afrontamiento de la misma, tanto a nivel familiar como individual, ya que la problemática adictiva provoca elevados daños biopsicosociales, que deben ser atendidos desde el primer encuentro.

Si bien es sabido que el tratamiento de las adicciones es prolongado (un promedio de dos años en total), las respuestas iniciales son fundamentales para que la persona y su familia se sientan contenidos y elijan continuar el tratamiento.

No se obtienen resultados positivos, cuando no se tiene en cuenta al cambio como orientación básica. Las psicoterapias tradicionales, abordan desde un principio una modalidad de trabajo que apunta a que el sujeto recorra un proceso interno para lograr el *insight* que le permita no actuar el síntoma. Para ello, es fundamental que el sujeto comprenda que tiene un problema y desee resolverlo. Característica muy poco frecuente (o nula) en un consultante adicto.

Entonces, bajo la frase “no tiene conciencia de enfermedad”, el sujeto adicto muy probablemente abandone el tratamiento, lo cual sucedería con un alto porcentaje de pacientes, ya que el adicto se caracteriza por su alto nivel de ambivalencia en relación con el cambio.

¿Qué se le dice, entonces, a una madre que consulta por su hijo adolescente que consume y no lo reconoce como un problema: “Señora, vuelva cuando su hijo quiera cambiar”?

Obviamente, un nivel de motivación mayor se encuentra en pacientes que ya tienen un consumo prolongado, y por lo tanto, el nivel de daños y pérdidas es tal, que ha decidido cambiar. Pero, ¿tendremos entonces que esperar que el sujeto adquiera un estado de consumo crónico para poder atenderlo?

Esta perspectiva, supone un alto grado de actividad por parte del terapeuta, que diseña todo lo que ocurre durante la sesión, y evalúa su intervención a partir de las respuestas del paciente.

El paciente adicto asiste a tratamiento con la expectativa (aprendida) de que va a ser “retado” “condenado” por su conducta de consumo. El terapeuta debe priorizar el establecimiento de una relación en donde el sujeto pueda sentir libertad de expresar lo que le pasa. Aliándose y comprendiéndolo en su problemática, tal como el paciente la entiende.

“Sistematizar intervenciones terapéuticas concretas en el proceso de psicoterapia con un sujeto adicto”.

Este objetivo ha sido trabajado a partir de la sistematización de las intervenciones realizadas con los nueve casos presentados en este trabajo. Por lo tanto, no pretende ser una propuesta acabada de las Intervenciones para cada etapa, sino que se intentó trabajarlo en función de la práctica clínica.

Surge como importante el que los psicoterapeutas pudieran sistematizar sus intervenciones, capitalizando así la casuística.

La descripción detallada de cada una de las siguientes intervenciones fue realizada en el Desarrollo del presente trabajo. A modo de síntesis, solo se nombrará a cada una de ellas, según la fase del tratamiento en donde se les aplicó a los nueve pacientes seleccionados.

INTERVENCIONES PARA LA FASE INICIAL

(Diagnóstica-Motivacional)

- **Entrevista psicodiagnóstica interactiva**
- **Construcción del problema**
- **Establecimiento de indicadores de logros**
- **Pronóstico-Futuro**
- **Carta de mí mismo a mí mismo**
- **Imaginar el futuro sin el problema**
- **Pregunta escala**
- **Afirmación**
- **Facilitar la verbalización de frases automotivadoras**
 - o Balance de decisiones*
 - o Mirar el futuro*
- **Resumen**
- **Trabajo sobre la redefinición de constructos dependencia/autonomía**
- **Rastreo y reconocimiento de cambios anteriores**

INTERVENCIONES PARA LA FASE MEDIA

(Elaboración-Acción)

- **Intervenciones paradójicas basadas en el desafío**

- **Redefinición**
 - o *Del síntoma*
 - o *Del para qué de la medicación*
 - o *Del por qué de la queja familiar*
- **Prescripción**
 - o *Prescripción de aumento de control familiar*
 - o *Prescripción de recaídas*
- **Trabajar con la excepción**
- **Definición interactiva de la conducta de los otros**
- **Protagonismo**
 - o *Construcción conjunta de indicadores del alta*

INTERVENCIONES PARA LA FASE AVANZADA/FINAL (Fortalecimiento y Seguimiento)

- **Prevención de recaídas**
 - o *Identificación de estímulos de alto riesgo*
 - o *Identificación de Factores protectores*
 - o *Estrategias de afrontamiento*
 - o *Toma de decisiones*
 - o *Modificación de patrones post-recaída*
 - o *Intervenciones directas*
- **Proyecto de vida**
- **Certeza de Recaída**
- **Establecimiento de alertas de consumo y estrategias a utilizar**
- **Autorregistro**
- **Autorregistro de ansiedad**
- **Autorregistro del proceso de cambio**

INTERVENCIONES TRANSVERSALES (Efectivas a lo largo de todo el proceso de psicoterapia)

- **Uso de metáforas**
- **Enfoque**
- **Reencuadre**
- **Reformulación**
- **Escucha reflexiva**
- **Tareas entre sesiones**

“Describir intervenciones terapéuticas particulares para la resolución de un tipo particular de problemática del paciente drogadependiente, en el contexto psicoterapéutico”

El siguiente aporte de este trabajo, parte de la experiencia clínica en el tratamiento con personas drogadependientes. En la formación del psicólogo, queda internalizado que

el proceso de psicoterapia debe responder a un proceso “profundo” donde el sujeto pueda analizar los por qué de sus conductas sintomáticas.

Al trabajar con adictos, se descubre rápidamente, que en la mayoría de los casos, el sujeto que está delante, no quiere estar allí, y por ende, no está dispuesto a comenzar a hablar de lo que le pasa. Además, se evidencia que el consumir sustancias, lo está dañando no solo psíquicamente, sino física, y socialmente. De hecho, la experiencia clínica deriva del trabajo institucional, donde llegan pacientes que realmente se encuentran en un nivel importante de dependencia, con las consecuencias sabidas.

Niveles de intervención en psicoterapia

En la psicoterapia con un sujeto adicto, desde el inicio se plantea un objetivo prioritario que es el de disminuir los daños, tanto en el sujeto como en su familia. Para poder responder a ello sin dejar de profundizar en lo que subyace, se aborda, en forma simultánea, dos niveles de intervención:

1. Un nivel operativo-atenuante, con estrategias diseñadas para dar respuestas funcionales en los aspectos urgentes a tratar de la cotidianeidad del sujeto y su familia. Es decir, se apunta a generar cambios rápidos que detengan o disminuyan los daños producidos por la conducta adictiva. Lo que implica un abordaje motivacional que posicione al sujeto de manera tal que este responda a las estrategias planteadas.

En un “acontecimiento de cambio” (Greenberg 1986)⁴⁰ se encuentran cuatro componentes:

- Una *señal* del paciente que “es una afirmación o un grupo de afirmaciones que indican al terapeuta que el paciente se encuentra en ese momento frente a un problema (o un conflicto) susceptible de intervención”.
- La *operación del terapeuta* que se refiere a la intervención realizada por él para facilitar la resolución del problema.
- La *actuación del cliente*, que consiste en la respuesta del cliente a la intervención terapéutica.
- Un *resultado intrasesión*, que va a variar en función de la teoría, puede ser la reorganización cognitiva, la resolución de un conflicto, el abandono de una idea irracional, etc.

⁴⁰ Feixas, Guillen – Miró M. Teresa Op. Cit (Pág. 345)

En el nivel operativo-atenuante del proceso, *las señales* del paciente tienen que ver con: resistencia a colaborar con la entrevista, a partir de silencios prolongados, críticas abiertas a lo dicho por el terapeuta, comportamiento no verbal que indica desacuerdo, conductas desafiantes, argumentos a favor de la conducta adictiva o, directamente, negación de la misma o de su gravedad (minimización del problema). Otra modalidad posible en esta fase, es la del paciente que, reconociendo la conducta adictiva como problema, no registra como necesario un tratamiento para cambiar, ya que siente que solo depende de que él así lo quiera, sin tener que recurrir a ningún tipo de ayuda externa. Por otro lado, a partir de la observación directa del paciente, y los datos obtenidos por él y su entorno, se hacen innegables los daños producidos por la persistencia del consumo. Esto se evidencia en el alto monto de ansiedad, angustia y agresión de las primeras entrevistas. Las dificultades relacionadas con la escasa o nula actividad por parte del paciente identificado: abandono de estudios, desocupación, carencia de redes contenedoras. Historia de antecedentes en salud relacionados con internaciones por intoxicación aguda, episodios de violencia en el núcleo familiar, algunas veces, conductas delictivas, etc.

La operación o *Intervención del terapeuta*, deberá apuntar a disminuir la resistencia, aumentar la motivación y a construir con el paciente un problema en donde pueda sentirse identificado e implicado. La Intervención Motivacional con sus técnicas respectivas, han resultado ser útiles para la resolución del problema.

La intervención debe focalizarse explícitamente en el logro o refuerzo de aquellas conductas que el sujeto considera saludables, y que le otorgan beneficios internos como tranquilidad, orden, equilibrio, autoeficacia, etc. Al trabajar desde allí, el paciente tiende a explayarse también sobre aquellas conductas que le impiden sentirse bien; y, el consumo de sustancias es una de ellas. A partir de allí, se trabaja sobre la idea de autocontrol, sin imponer la idea de abstinencia absoluta, lo cual sería completamente inútil considerando la fase del tratamiento.

En este nivel, se logra el objetivo, si el sujeto puede al menos registrar la necesidad de autocontrol en relación con el consumo de sustancias.

Son adecuadas las intervenciones mínimas con información y consejos directos sobre posibles conductas alternativas.

Trabajar con la familia es fundamental para poder interrumpir algunas secuencias de conductas que sostienen la conducta problema.

La *respuesta del cliente* se traduce en posturas y gestos que comienzan a reflejar comodidad, y puede hablar sobre lo que le pasa sin necesidad de que el terapeuta pregunte todo el tiempo. Escucha y responde en concordancia con los planteos que se

le hacen. Aun en desacuerdo con la postura del terapeuta, la conducta no es desafiante sino explicativa.

Si la Intervención ha sido exitosa, *el resultado intrasesión* se hace evidente a partir de un aumento en la colaboración del paciente durante la entrevista. Sin que el terapeuta lo plantee, suele comenzar a hablar de sus patrones de consumo con cierto grado de preocupación al respecto.

Lo que realmente marca el éxito de la intervención en un nivel operativo, es que el paciente asista a la siguiente entrevista, y a la siguiente...

1. Un Nivel Estructural, que apunta a Comprender la construcción del sujeto y su familia en relación con la conducta adictiva, Establecer nuevas perspectivas acerca del problema, que posibiliten el cambio de la misma y Posibilitar cambios estructurales.

Siguiendo el modelo del acontecimiento de cambio, las *señales* que demandan una intervención, pueden ser:

El paciente ha comenzado a realizar algunas conductas que apuntan a disminuir el consumo, y puede hablar de las mismas como generadoras de conflictos. Demuestra preocupación por los efectos y puede verbalizar la necesidad de cambio. Es allí cuando, en forma simultánea se comienza a trabajar en el análisis de los factores implicados en el problema.

Las *Intervenciones* se basan en reestructuraciones en relación con el síntoma y a las soluciones intentadas, de manera tal que se posibilite la visión de un cambio. Se trabaja estableciendo metas, y analizando cuáles son los factores que posibilitan u obstaculizan su concreción, a partir de allí, surge, inevitablemente el análisis de los aspectos individuales y familiares, presentes y pasados que intervienen en la problemática y en la posibilidad de su resolución.

Cuando la estrategia aplicada durante la sesión, es pertinente con el momento de cambio del paciente, y está en sintonía con el modo en que organiza la realidad esa persona en particular, se manifiestan *resultados intrasesión* que implican:

- Apertura al diálogo.
- Aumento de la capacidad reflexiva y autocrítica intrasesión.
- Discurso protagónico de parte del paciente, “lo que yo puedo hacer”, en relación con las conductas tanto problemáticas como de resolución.

- Aceptación de las construcciones ofrecidas por el terapeuta (redefiniciones, reformulaciones), manifiesto al utilizar dicha construcción en diferentes momentos de la sesión, y transfiriendo las mismas, a otras situaciones.
- Participación activa en la direccionalidad de la sesión.
- Realización de las tareas asignadas de una sesión a otra.

El nivel operativo, comienza desde el momento mismo, y sobre todo, de la primera entrevista; pero se mantiene durante todo el tratamiento. El nivel Estructural, requiere por parte del paciente, una postura activa en el proceso de psicoterapia, lo cual no siempre se presenta desde el primer contacto.

A continuación, se realizará una tabla en la que estarían planteadas las diferentes Fases de la psicoterapia sistematizadas en este trabajo, con los objetivos e intervenciones más representativas en cada una, diferenciando los dos niveles de acción: el nivel operativo-atenuante y el nivel estructural.

Tabla de correlación entre la fase y la Intervención terapéutica

Fase	Nivel Operativo	Nivel Estructural
<p>INICIAL I. Diagnóstica-Motivacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detección del problema emergente. - Focalización selectiva de una situación problemática. - Intervención motivacional. - Establecimiento de metas mínimas. - Estrategias para provocar cambios atenuantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración y comprensión del sujeto y la problemática. - Reconocimiento y utilización de los recursos positivos existentes. - Construcción participativa de objetivos terapéuticos.
<p>MEDIA II. Elaboración-Acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construcción conjunta de indicadores de cambio a corto plazo. - Evaluación y reconocimiento de logros mínimos. - Afirmación continua de logros e intentos de cambio. - Estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de los factores implicados en el problema. - Establecimiento individual y familiar de los indicadores conductuales de cambio. - Construcción de conductas alternativas. - Planificación de la acción.

Fase	Nivel Operativo	Nivel Estructural
<p>MEDIA AVANZADA/ FINAL III. Fortalecimiento IV. Seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Replanteo continuo de metas e indicadores de cambio en función del contexto y la evolución. - Prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los objetivos co-construidos. - Elaboración y seguimiento de un proyecto de vida - Evaluación continua de logros.

La Tabla presentada es una manera de sistematizar el proceso de psicoterapia con un sujeto adicto. De todas maneras, se debe tener presente que las intervenciones planteadas son amplias y generales, y cada una de ellas responde a múltiples modos de llevarlas a cabo. El diseño y la planificación del tratamiento deben estar al servicio del cambio, sea cual fuere la estrategia que se utilice. Y no al revés, es decir, no se puede sistematizar un proceso, y luego reificarlo, quedando el terapeuta “atrapado” en su propia construcción.

“Evaluar el alcance de logros y objetivos en un trayecto del proceso de psicoterapia con sujetos en tratamiento por drogadependencia, a partir de la percepción de cambio del paciente acerca del cumplimiento de los mismos en el tratamiento”.

El poder administrar una escala como el ILOP, que permita conocer cuál es la percepción del sujeto en cuanto a su proceso de cambio, y a la utilidad de la psicoterapia; posibilita saber si el camino elegido es el adecuado, o si hay que replantear las estrategias a utilizar. Es un modo de saber si al paciente le está sirviendo o no el proceso. Permitiendo un diseño altamente personalizado de la psicoterapia.

Todo esto demanda, por parte del terapeuta, una postura flexible y creativa para poder intervenir con eficacia de acuerdo con la evaluación del proceso.

El ILOP identifica los diferentes momentos del tratamiento en psicoterapia. Un cambio significativo en los valores del ILOP entre el inicio y el primer mes de tratamiento implica un buen pronóstico en la evolución de la psicoterapia. Además, se logran identificar predictores de recaída.

Por otro lado, además de los aportes del instrumento en sí mismo, el hecho de que sea el sujeto el que evalúe cómo siente que transcurre el proceso terapéutico lo posiciona en un rol activo dentro del mismo, logrando apropiarse no solo de su problemática, sino también de los cambios. Y es sabido que, cuando una persona percibe que es responsable de sus cambios, los mismos tienden a permanecer en el tiempo, más que aquellos que el sujeto siente que logró gracias a otros.

Los resultados de cada uno de los casos de la evaluación del ILOP son presentados en el Anexo de este trabajo. Se pudo graficar cómo iban evolucionando las diferentes subescalas, analizando conjuntamente el efecto que las intervenciones tuvieron en la percepción de cambio del paciente, ya que se administró el cuestionario con un mes de diferencia entre uno y otro.

Lo que sigue es una síntesis de los casos, divididos en dos grupos, de acuerdo con la fase del proceso de psicoterapia en donde se encuentran.

Si algo queda claro en el tratamiento psicoterapéutico con un paciente adicto, es que es muy difícil establecer constantes. De ahí que lo que se presenta a continuación son microteorías, que responden a la sistematización de un limitado número de casos.

Análisis general de los casos de fase inicial (5 casos)

♦ Relación entre:

Intervención (terapeuta) - Impacto (Paciente) - Momento (Fase)

En esta fase, uno de los objetivos básicos es la motivación. Las intervenciones que resultaron ser más efectivas son aquellas en las que el consultante percibe que su postura acerca de su situación no solo es tenida en cuenta, sino que se trabaja a partir de ella.

El psicodiagnóstico interactivo, la pregunta escala con inclusión de los otros significativos, el balance de decisiones, la promoción de frases automotivadoras, la redefinición de estados de ánimos negativos, con una connotación positiva, la reformulación, la construcción personalizada de estrategias de afrontamiento de acuerdo con el paradigma particular del paciente, entre otras, resultaron ser eficaces en el aumento de la motivación.

La autopercepción de las soluciones inapropiadas debería ser elevada, si el sujeto siente que necesita tratamiento, pero -como ya se ha dicho- en el paciente adicto, por lo general, no sucede así, ya que, inicialmente no registran las conductas propias como inapropiadas. De hecho, en 4 de los 5 casos el nivel fue medio-bajo, y solo en un fue alto. Este valor (S.I.) podría ser, junto con la motivación, un predictor de adherencia, o no, al tratamiento.

El balance de decisiones y el autorregistro de conductas y sentimientos resultaron ser efectivos para que el paciente comience a visualizarse con un grado funcional de autocrítica.

En cuanto al malestar registrado hacia el entorno, suele ser alto o medio, ya que tienden a colocar el problema fuera de ellos. Lograr que disminuya, implica que pueda comenzar a mirarse a sí mismo como parte del problema. La prescripción de los conflictos familiares, la redefinición positiva del control familiar, la definición interactiva

de la conducta de los otros, y el establecimiento de alertas de consumo; disminuyen el malestar puesto afuera y el registro de conductas que mantienen el problema, aumentando a su vez, el registro de los recursos positivos.

Análisis general de los casos de fase media/avanzada (4 casos)

♦ Relación entre:

Intervención (terapeuta) - Impacto (Paciente) - Momento (Fase)

En esta etapa del tratamiento, el paciente está realmente implicado en el proceso de cambio, pero, como en todo el proceso de rehabilitación, las posibilidades de interrupción siempre son altas. Si tiene recaídas, el desaliento puede provocar que abandone; pero, si está bien y estable, puede llegar a creer que es suficiente e interrumpir prematuramente el tratamiento. Por eso es importante sostener un nivel de motivación y adherencia estable que posibilite continuar hasta el alta terapéutica.

Frente a una recaída, el malestar autoevaluado (interno) no debe estar en los extremos, debe tener un nivel medio que le posibilite registrar el problema sin subestimarlos, pero no tan alto que lo desaliente a continuar.

Las intervenciones: redefinición del cambio como proceso, identificación de factores protectores y de riesgo con la construcción de estrategias de afrontamiento, la revisión de argumentos de no consumo, la toma de decisiones, el reconocimiento de logros y proyecto de vida, entre otras, han demostrado ser eficaces en el mantenimiento de un nivel motivacional funcional y en el registro pertinente de malestar interno.

Si el registro de soluciones inapropiadas aumenta en esta fase, luego de una recaída, constituye un alerta para el terapeuta, ya que el paciente puede estar desilusionado de sí mismo y hay altas probabilidades de abandonar el tratamiento. El establecimiento de metas mínimas con evaluación periódica, ha demostrado que logra disminuir a un nivel funcional, el registro de Soluciones inapropiadas.

Ante una recaída, es importante trabajar tanto para comprender los procesos que llevaron a esa conducta, como seguir avanzando en los logros obtenidos hasta el momento. El trabajo con la excepción, la comparación de las recaídas con y sin tratamiento, la evaluación de los patrones post-recaídas a nivel de los otros significativos han funcionado favorablemente en el registro de las soluciones del entorno y la disminución del malestar del medio, lo cual permite que se sientan acompañados y comprendidos.

En aquellos pacientes, en los que la recaída deviene en retorno al consumo, suele surgir efecto trabajar con la intervención pronóstico futuro, y las intervenciones paradójicas.

Cuando el paciente no ha tenido recaídas y no puede imaginarse en esa situación, la intervención certeza de recaída posibilita, a partir de la imaginación, detectar situaciones de riesgo que podrían estar presentes sin que lo hubiera percibido.

El aumento de los recursos positivos y la disminución de las conductas inapropiadas (SMP), lo que ya estaría hablando del final del tratamiento, se va alcanzando con intervenciones como: evaluación de metas, detección de alertas futuros internos y externos, estrategias de afrontamiento adaptadas a una nueva forma de vida, resumen integrativo y autorregistro del proceso de cambio.

7. Conclusiones

En el tratamiento con un sujeto adicto no basta con conocer qué conductas lo ayudarán a sostener hábitos saludables, sino de qué manera se logra que el paciente quiera realizar esas conductas.

Se requiere una intervención estratégica para trabajar con pacientes que quieren cambiar, pero no quieren al mismo tiempo, que “están dispuestos a realizar lo que sea” pero tienden a interrumpir el tratamiento. Es que, el sujeto adicto, a pesar de que en algunos casos pueda registrar un malestar intenso (malestar autoevaluado), no siempre va acompañado de la motivación al cambio.

Es fundamental comprender que hay que incluir acciones de cambio específicos desde la primera entrevista, ya que la complejidad de los daños causados por la adicción, así lo requieren. Por ello se propone trabajar desde un nivel operativo y otro estructural que posibilite intervenir simultáneamente sobre lo urgente y lo importante.

Si bien no es posible establecer un manual de procedimientos para la psicoterapia, es imprescindible establecer cuáles estrategias son más adecuadas que otras, según la fase de la psicoterapia y la evolución del paciente durante las mismas.

Las intervenciones sistematizadas en el presente trabajo, pueden ser utilizadas en cualquier fase del tratamiento, lo que hay que tener en cuenta es la especificidad de la respuesta que se pretende, y la capacidad del sujeto para responder a la estrategia planteada. Igualmente, algunas intervenciones demuestran ser más eficaces que otras. De allí la importancia de sistematizar las intervenciones aplicadas en cada caso con el que se trabaja.

El nivel de Motivación medido a través del Cuestionario ILOP, posibilita predecir el nivel de adherencia al tratamiento, e inferir en qué etapa del Proceso de cambio se encuentra el consultante. Permite establecer un *feedback* directo del proceso con el paciente e ir rediseñando el tratamiento continuamente.

Una propuesta estratégica implica poder responder: **qué intervenciones, producen qué impacto, en qué momento particular** del proceso de cambio del paciente y de la psicoterapia.

Las Intervenciones han sido sistematizadas en este trabajo, y el ILOP ha demostrado ser un instrumento válido para evaluar la autopercepción del proceso de cambio del consultante. Esto permite ir diseñando y evaluando la efectividad de las estrategias, lo que aumenta las posibilidades de éxito.

La sistematización de intervenciones terapéuticas, especificadas según el momento particular del proceso de psicoterapia, constituye un aspecto fundamental para la eficacia de la psicoterapia.

Contar con el *feedback* del paciente, permite ir re direccionando las intervenciones, en función de ir cumpliendo con los objetivos del proceso terapéutico. Ya que el abordaje indicado para la drogadependencia es interdisciplinario, en próximos estudios sería valioso articular las Fases e Intervenciones de la psicoterapia con las otras áreas de tratamiento: psiquiátrica y Social; para poder construir una propuesta integrada.

Bibliografía

Agrelo, Andrea Mariana (1992). “Análisis de las pautas interaccionales que mantienen el síntoma adictivo”. Tesis de Licenciatura, Universidad del Aconcagua: Mendoza.

Beck, Aaron T.; Wright, Fred D.; Newman, Corey F. y Liese, Bruce S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós

Becoña Iglesias, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Berg, Insoo Kim y Miller, Scott D. (2002). Trabajando con el problema del alcohol. España: Gedisa.

Cable a Tierra (2001). *Manual para operadores terapéuticos en adicciones*. Mendoza: del Canto Rodado.

Feixas, Guillem y Miró, María Teresa (2006). *Aproximaciones a la psicoterapia*. España: Paidós Ibérica.

Fernández Álvarez, Héctor y Opazo, Roberto (2004). *La integración en psicoterapia*. España: Paidós Ibérica.

Haley, Jay (2003). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos y Baptista, Lucio Pilar (1998). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill: México.

Hirsch, Hugo y Casablanca, Ruth (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral: Gabas Editorial y Asociados.

O'Hanlon, William Hudson (2002). *Raíces profundas*. España: Paidós.

Miller, William R. y Rollnick, Stephen (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós.

Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. España: Paidós.

O'Hanlon, Bill (2001). *Desarrollar posibilidades*. España: Paidós.

Pacheco, Mario (1997, pp. 47-65). "La realidad de las realidades hipnóticas". *PS. Revista Terapia Psicológica*, XV, VI(4), Nº 28. Chile.

Szprachman de Hubscher, Regina (2005). *Terapia breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Watzlawick, Paul y Nardone Giorgio (1999). *Terapia breve estratégica*. España: Paidós.

Zeig, Jeffrey y Gilligan, Stephen (2004). *Terapia breve*. Buenos Aires: Amorrortu.

Páginas web visitadas (documentos en línea)

Cabrera, Gustavo. "El modelo transteórico del comportamiento en salud" (en línea). *Nac. Salud Pública* (en línea), 18(2), 129-138. (2000). Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/revista/vol_18-2/10182pdf

Grigoravicius, Marcelo (2006). "Una perspectiva histórico social para la comprensión del problema drogas" (en línea). Disponible en: <http://www.bvs-psi.org.br/bvsulapsi/argentina/tomo2.pdf> (2008, 22 de marzo).

Hermida, J.R.F.; Villa, R.S. "La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos" (en línea) *Papeles del psicólogo*. Noviembre, 77 (2000). Disponible en: <http://scholar.google.com/www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=845> (2007, 1º de Diciembre).

Naciones Unidas (2008). “Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007” (en línea). Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/coopera/pdf/jife2007.pdf> (2008, 24 de marzo).

NIDA. 1999. “Principios de tratamiento para la drogadicción” (en línea). Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODAT1.html> (2007, 1º de diciembre).

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y lucha contra el Narcotráfico. (SEDRONAR) 2007. “Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre el consumo de sustancias psicoactivas” (en línea). Argentina, Informe de resultados Año 2006. Disponible en: <http://www.sedronar.gov.ar/>

http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_en_Población_General_2006.pdf. (2008, 24 de marzo).

Fecha de recepción: 15/07/10

Fecha de aceptación: 16/08/10