

DROGAS

Interpretaciones y Abordajes
desde la Psicología



Claudio Rojas Jara
EDITOR

 UNIVERSIDAD
CATOLICA
DEL MAULE

DROGAS
Interpretaciones y Abordajes
desde la Psicología

Claudio Rojas Jara
EDITOR



DROGAS

Interpretaciones y Abordajes desde la Psicología

Editor:

Claudio Rojas Jara

Primera Edición: Marzo 2016

Para contactar a los autores:

crojasj@ucm.cl

ISBN 978-956-362-425-0

Diseño y diagramación:

Alejandro Abufom Heresi

abufom@gmail.com

Ilustración de portada:

Marcos Amador Rojas

Psicólogo

marcos.amador.rojas@gmail.com

Universidad Católica del Maule

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Psicología

Agradecimientos

A Héctor López por permitirme explorar amablemente, una y otra vez, en las profundidades del psicoanálisis y regocijarme con su aguda visión sobre los usos y usuarios de drogas.

A Lusmenia Garrido por creer en mis motivos, anhelos y “sublimación” con las drogas hace 10 años, y llevarme generosamente a la profesionalización de ésta.

A Sergio Chacón, Francisco Hernández, Carlos Vöhringer, y Pablo Egenau por empapararme del valor y el respeto hacia las personas que usan drogas y el reconocimiento inalienable de sus derechos humanos fundamentales.

A Gonzalo Salas y Claudia Cornejo por su cariño, apoyo e impulso para agregar tinta y papel a mis ideas.

A todos(as) los(as) colegas con los que he trabajado y que, directa e indirectamente, me instaron a mirar y abordar este fenómeno desde nuestra particular disciplina psicológica.

A aquellas personas, hombres y mujeres, niños y niñas, adolescentes y adultos con quienes he compartido un espacio psicoterapéutico y de quienes aprendí, en su experiencia y experticia, la realidad concreta de las drogas y su vínculo inextinguible con el ser humano.

A las drogas por ser, parafraseando a un grande, la causa y la solución de todos los problemas de la existencia.

A la vida, porque al igual que a Violeta, me ha dado tanto y entre ellas me ha dejado a las drogas.

A todos ustedes, infinitas gracias.



ÍNDICE

Prefacio	9
Dr. Gonzalo Salas Contreras	
Prólogo	15
Sergio Chacón Armijo	
Capítulo 1	
Psicología y drogas: alusiones históricas, teóricas y prácticas	
Claudio Rojas Jara & Enzo Muena San Martín	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	21
Capítulo 2	
Psicoanálisis y toxicomanías: sobre la causa y el objeto de las adicciones	
Héctor López	
<i>Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina</i>	45
Capítulo 3	
El elemento socio-histórico del individuo en la terapia cognitivo conductual de las adicciones	
Carlos Hernández Armas	
<i>Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo / Child Fund, México</i>	63
Capítulo 4	
Humanismo y drogas: desde la necesidad de desarrollo al vínculo terapéutico de apoyo	
Roberto Contreras Ramírez	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	79
Capítulo 5	
Aproximación a las adicciones desde el enfoque sistémico	
Cecilia Olivari Medina	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	93
Capítulo 6	
Una aproximación narrativa al consumo problemático de drogas	
Harún Oda Gallegos & Carlos Chico Ramos	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	107

Capítulo 7	
Aspectos a considerar desde la psicología positiva aplicada: cómo generar bienestar más allá de la remisión de síntomas en adicciones	
Andrés Cabezas Corcione.	
<i>Centro Latinoamericano de Psicología Positiva Aplicada</i>	121
Capítulo 8	
Estrategias para la prevención selectiva del consumo problemático de sustancias con niños pequeños expuestos a experiencias adversas	
Maribel Vega Arce & M ^a Ignacia Sepúlveda Ramírez	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	141
Capítulo 9	
¿Conceptos en diálogo o elementos en pugna? adolescencias y drogas	
Gerardo Chandía Garrido & Karen Vásquez Torres	
<i>Universidad Católica del Maule; Programa PRM Llequén</i>	155
Capítulo 10	
Consumo de cannabis en la edad adulta: perspectivas y propuestas terapéuticas desde el modelo postracionalista de Vittorio Guidano	
Jorge Barahona Moore	
<i>Universidad de La Serena</i>	171
Capítulo 11	
Drogas en la vejez: una realidad invisibilizada	
Ingrid Fergusson Cárdenas	
<i>Universidad Católica del Maule</i>	187
Epílogo	
Claudio Rojas Jara	203

PREFACIO

Los discursos, cursos y decursos sobre las drogas están resignificando su medida en tanto su dimensión adquiere diversos tonos según el lugar y *zeitgeist* (espíritu de los tiempos) donde se hable de ellas. Uno de estos andamiajes está situado desde cosmovisiones políticas, culturales, educativas, legislativas e incluso populares, que entregan ribetes postmodernos a las antiguas construcciones, plagadas de huellas decimonónicas, las cuales eran detrimento de análisis más críticos.

El discurso conservador va perdiendo voluntades, está cesando a sus líderes y hoy empuja un elástico que si bien sigue permeando y generando oclusión en el eslabón político, tiene su punto de culminación en el horizonte mediano. Cada vez son más quienes aceptan el uso del cannabis como tratamiento medicinal y existen voces fervorosas de aceptar su uso relajante o placentero como ocurre en Países Bajos. El uso medicinal de la marihuana en Estados Unidos, ya permea casi la mitad de sus estados y en Uruguay se creó el *Instituto de Regulación y Control del Cannabis* (IRCCA) que reconoce a todas las personas el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, como el disfrute de espacios públicos en condiciones de seguridad y su vínculo con la convivencia, lo cual se asume en la responsabilidad del Estado, de limitar los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico, buscando atacar las consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como reducir la incidencia del narcotráfico y el crimen organizado (IRCCA, 2015).

Desde el siglo II d.c. que Galeno, padre de la medicina, reconocía que la cannabis estaba en uso en la India y entre los mongoles, aunque también añadió que tiene la virtud de lesionar el cerebro si se consume demasiado (Brau, 1970).

El momento de apogeo de la morfina fue entre 1875 y 1900, donde las mujeres de la alta sociedad se reunían para

ponerse inyecciones. “La morfina es el ajenjo de las mujeres”, expresaba Alejandro Dumas (hijo), sin embargo, esta fue sustituida en seguida por la heroína y cocaína, más después de la primera guerra mundial, 1914-1918, se propiciaba un nuevo período de popularidad que llegó hasta los “años locos” de 1925; ya en los años 30’ apareció la fuerza de las drogas sintéticas que presentaban menos poderes toxicomanógenos (Petidina, Metadona). En los 50’ las drogas de la felicidad fueron los tranquilizantes y, posteriormente el cannabis, logra reaparecer en la escena en los años 60’ y 70’ con el paisaje hippie.

También a mediados del siglo XX, específicamente la década de los 50’ se generan avances importantes en torno a las drogas lícitas y su relación con problemáticas y trastornos psicológicos. En 1951, se admitió el primer medicamento para tratar la depresión. Los primeros informes declaraban que la Imipramina, era capaz de disminuir la depresión y ocho años más tarde, la FDA aprobaba su uso en los Estados Unidos bajo el nombre Tofranil. La Clorpromazina fármaco anti-psicótico (conocido como Thorazine) fue probada en un paciente del Hospital Militar de París y aprobada para su uso en 1954, convirtiéndose en un fármaco ampliamente prescrito. En los años 60’ se aprobaba el Litio y así sucesivamente se desplegaban avances importantes para la psicofarmacología.

Por cierto, estos datos son un atisbo, una mirada tenue de un tema atrayente de seguir indagando, por ejemplo, con las drogas en períodos indígenas, en las antiguas civilizaciones, o su impronta en los períodos de la conquista y la colonia, con anterioridad a la conformación de la República.

Claro está que los discursos sobre las drogas deben calibrarse en contexto. Por ejemplo, lo ocurrido en la localidad “El Placer” uno de los pueblos más estigmatizados del Bajo Putumayo, es sólo un ejemplo de la realidad colombiana, donde las drogas estuvieron (están, aunque menos) teñidas y relacionadas con los cultivos de coca, la guerrilla de las FARC, los paramilitares, la mafia, y en especial la violencia a las mujeres,

todo esto especialmente entre los años 1999 a 2006 (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2012), realidad que sembró combates que hicieron padecer a la localidad de un verdadero infierno.

En la historia de las drogas, la psicología ha adquirido un rol fundamental, por su nexo directo con la conciencia o el inconsciente, en lo que se ha denominado masivamente estados alterados de conciencia, a lo que Stanislav Grof, denominó Estados No Ordinarios de Conciencia (Grof, 1992) o Jiddu Krishnamurti, Estados de Atención con lo Superior (Krishnamurti, 1966). Ciertamente dichas psicologías han sido resistidas por los enfoques más tradicionales, sin embargo, una mirada más amplia de la historia de la psicología debe reconsiderar sus posiciones. Por su parte, el mismísimo Sigmund Freud, realizó una serie de trabajos publicados como *Über Coca*, (que describen con lucidez, Rojas y Muena en el capítulo 1), cuando el principal psicoanalista tenía 28 años y no ostentaba la fama que le otorgaron inicialmente sus estudios sobre histeria escritos con Josef Breuer. En sus trabajos sobre la coca, el promisorio médico, hizo referencias a una serie de datos sobre la utilización de esta planta en Sudamérica, sus efectos en los animales, humanos y sus múltiples usos en distintas terapias. El autor está a favor del uso de la coca y por momentos se muestra entusiasta, ya que conoce el trabajo de Köller, quien anestesió la córnea en sus operaciones oftalmológicas, práctica que posteriormente se hizo famosa, ya que suprimía los efectos incontrolados bajo el bisturí (Freud, 1884/1980). Además en *La Interpretación de los Sueños* (Freud, 1900/2001), los sueños relacionados con cocaína, se infiere que son autobiográficos. En el prefacio de su obra maestra, Freud admitió que no podía ser completamente franco con los lectores que lo llevarían a exponer ante la mirada pública sobre las intimidades de sus experiencias mentales y como hombre de ciencia no se podía ver tan expuesto, sin embargo, en algunos casos reconoce que aquello le fue inevitable y tuvo que conceder ex-

perencias personales, aunque espera que los lectores sean indulgentes ante algunos secretos (Cohen, 2014).

Por su parte, no puede estar ajeno a menciones sobre las drogas, el prestigioso Wilhelm Wundt, quien esgrimió que el cloroformo o los narcóticos, ayudarían en la *hipnosis y sugestión* a la aparición de la condición negativa relacionada con la menor sensibilidad de los individuos expuestos a dicha condición (Wundt, 1910).

La temática de las drogas (y no sólo desde la historia, sino también desde el presente) tiene muchas aristas, por lo que se hace necesario e indispensable analizar las condiciones por las cuales los sujetos, en ambas acepciones de esta palabra: como sujeto activo y como sujeto pasivo, sujetado, consumen drogas. La mirada clínica tradicional, con sus respectivos arraigos ha forzado constructos que generan una mirada unidimensional, juzgando tácita o explícitamente al sujeto por ejercer su consumo. La psicología desde su más clásico enfoque médico guiado por el DSM no titubea en definir los criterios para catalogar lo que se comprende como adicción. No quiero decir con esto, que los enfoques clásicos no ostenten relevancia al momento de comprender los diagnósticos, el curso y los pronósticos como sugerencia respecto a los tratamientos, sin embargo, es necesario otorgar fuerza a las nuevas perspectivas, muchas de las cuales se desenvuelven en este libro.

Tengo claridad que en el contexto nacional el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), desde tiempos de CONACE, ha abordado el tratamiento en planes comunitarios, en programas integrales, unidades de desintoxicación, residenciales o ambulatorios intensivos, que consideran enfoques comunitarios y programas con consideración de género, e incluso en contextos privados de libertad, todo lo cual habla del avance de esta materia. Sin embargo, falta lo esencial en el análisis de las políticas públicas, las modificaciones urgentes a la ley 20.000 y la despenalización del consumo de cannabis.

Por cierto, algunas de estas experiencias y otras que -por espacio de este prefacio- no me corresponde desarrollar, han propiciado diversas líneas de demarcación en el estudio de las drogas creando hibridaciones y sus consencuentes relatos en el desarrollo humano en etapas como la infancia y niñez, adolescencia o adultez mayor; lo mismo ocurre para efectos de los modelos psicológicos abordados en lo extenso de este libro.

En el cierre, sólo me queda felicitar y celebrar este nuevo libro editado por mi amigo y académico Mg. Claudio Rojas, por su trabajo, que honra por segunda vez en menos de un año al Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule, convocando tanto a expertos como incipientes investigadores. Todo este reconocimiento obtenido se reflejó en la oficialización de una invitación especial al Mg. Rojas a debatir y analizar estas temáticas al Hospital de Hanga Roa, en octubre del año 2015, en el Primer Seminario Sobre Tratamiento y Rehabilitación en Alcohol y Drogas en Isla de Pascua.

Finalmente, este libro, otorga más fuerza a su línea de investigación que de seguro tendrá nuevas voces y, lo mejor está por comenzar, la lectura de nuestros queridos/as estudiantes, académicos/as, profesionales y especialistas en la investigación en drogas.

Dr. Gonzalo Salas Contreras

Director de Departamento de Psicología

Universidad Católica del Maule

Talca, 1 de febrero, 2016.

Referencias bibliográficas

- Brau, J. L. (1970). *Historia de las drogas*. Barcelona: Bruguera.
- Cohen, D. (2014). *Freud e a cocaína*. Rio do Janeiro: Record.
- Consejo Nacional de Memoria Histórica. (2012). *El Placer. Mujeres, coca y guerra en el Bajo Putumayo*. Bogotá: Taurus.
- Freud, S. (1884/1980). *Escritos sobre la cocaína. Uber Coca*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Freud, S. (1900/2001). *La interpretación de los sueños*. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Grof, S. (1992). *La Mente holotrópica*. Barcelona: Kairós.
- IRCCA. (2016). *Misión y visión del Instituto de Regulación y Control del Cannabis*. Extraído de www.ircca.gob.uy, 02 de febrero 2016.
- Krishnamurti, J. (1966). *Comentarios sobre el vivir*. Buenos Aires: Kier.
- Wundt, W. (1910). *Hipnotismo y sugestión*. Barcelona: Antonio Roch Editor.

PRÓLOGO

Luego de su primer libro *Drogas: Conceptos, Miradas y Experiencias*, en el que se presenta una revisión profunda de diversos elementos referidos a la temática de drogas: las normas, el tratamiento, el estigma, emociones, género, perspectiva de derechos, entre otras, ahora Claudio Rojas nos propone otro interesante y necesario viaje por este vasto mundo de las drogas, específicamente por los caminos de su uso, comprensión y tratamiento.

Situados desde la psicología, los autores hacen de este libro un foro especializado donde confluyen en un diálogo tolerante e informado, diversas formas de abordaje de este fenómeno, desde el psicoanálisis a la psicología positiva, y en una perspectiva evolutiva, se aborda la complejidad del uso de sustancias en niños pequeños hasta la realidad invisibilizada de los adultos mayores que usan drogas. El lector podrá apreciar tanto la intención de integrar las distintas construcciones teórico-prácticas propuestas, como *“el tránsito y la deriva humana a través de las distintas etapas de la vida [y como estas] se ven acompañadas por el consumo de drogas, con funciones, objetivos, motivaciones, consecuencias e interpretaciones propias y únicas de estos periodos”* (Rojas, 2016).

El interesante diálogo que representan estas páginas, invita a seguir proponiendo matices y visiones alternativas, por lo que quisiera aprovechar las palabras del Editor, para, a partir de éstas, compartir brevemente algunas ideas que desde la perspectiva terapéutica de Reducción de Daños se vienen planteando hace ya un tiempo y que a mi juicio pueden aportar al trabajo con personas que presentan consumo problemático de alcohol. Rojas afirma en el epílogo de este libro que *“son los modelos y enfoques los que deben reconocer su capacidad para dar cuenta de la totalidad de características, recursos, fortalezas e infinita variabilidad de las personas, evaluando críticamente sus fundamentos y establecer si son o no apropiados para*

tal o cual consultante. Así, se ha de reconocer que son los modelos o enfoques los que están al servicio de la persona y nunca a la inversa". Siguiendo el mismo razonamiento, además de reconocer que son los modelos los que están al servicio de los/as consultantes, podemos ir un paso más allá y decir que además los modelos están al servicio de los terapeutas y no al revés. Tanto es así, que si integramos el concepto de "eclecticismo informado" planteado por Zucker (1995, en Denning & Little, 2011), el desafío adicional para los terapeutas es cómo lograr una adecuada mixtura de referentes teóricos, enfoques y repertorio técnico, que en forma flexible permitan al terapeuta trabajar con una amplia variedad de personas, comunicar su trabajo y evaluarlo, más que limitarse sólo a una perspectiva o escuela. Pero para hacer esto, hay un ejercicio previo, que según Denning & Little (2011)¹ es necesario realizar. Quien quiera trabajar desde el enfoque terapéutico de Reducción de Daños, debería hacerse una simple pregunta: ¿qué se requiere para practicar la terapia de reducción de daños?, pregunta que no admite una respuesta simple, pero que las autoras orientan en forma clara y precisa, indicando que son necesarias ciertas disposiciones y creencias, que los terapeutas deben sostener para este tipo de trabajo; de estas quiero destacar algunas que me parecen fundamentales.

Es necesario practicar la **neutralidad radical**, dicho en términos simples el terapeuta no impone su agenda, miradas, objetivos y metas a la persona, por el contrario se esfuerza en "estar ahí donde la persona está", acompañándole en lograr aquello que para el paciente es necesario, posible, tolerable y deseable, evitando hacer juicios morales con respecto al uso de drogas, siempre teniendo en cuenta que hay ciertos límites donde la neutralidad debe dar paso a la acción, particularmente en casos extremos donde puede estar en juego la vida de las

1. Denning, P., & Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: an alternative approach to addictions*. New York: Guilford Press.

personas en forma inmediata y directa. Lo que se vincula con la disposición a abordar **situaciones éticamente complejas y grises**, que requiere de un ejercicio permanente de discernimiento sobre qué hacer en cada caso, entendiendo que hay diversos puntos de vista éticos, aunque estén sustentados en los mismos principios éticos de autonomía, no hacer daño, beneficencia, entre otros.

Un tremendo desafío representa tener siempre la disposición a **tolerar, aceptar y comprender que las personas para quienes trabajamos presentan conductas que son consideradas “difíciles”**, lidiar con las actitudes agresivas, con las decisiones que ponen riesgo la vida de la persona, con aquellas conductas que ponen en riesgo la integridad de terceros, el esfuerzo está en entender que estas conductas se dan en un contexto histórico personal que seguramente incluye importantes traumas.

Pero sobre todo, trabajar desde el abordaje terapéutico de reducción de daños requiere **abrirnos a la posibilidad de que las personas que acompañamos nos enseñen y renunciar al rol de autoridad, juez o experto**, entendiendo que las personas son los verdaderos expertos en sus vidas. Esto permite establecer una **relación de colaboración y permite asociarse con la persona** en el proceso de tratamiento. Para lo anterior, es necesario realmente creer que las personas saben lo que necesitan, que dirán la verdad y no partir del prejuicio tan dañino, de que las personas con drogodependencias son mentirosos y manipuladores; se requiere por lo tanto valorar que cada paso, por pequeño que sea significa un avance; implica entender la riqueza de posibilidades que hay en la complejidad y abandonar las aparentes certezas clínicas, valorar la ambivalencia, la resistencia y aprender a usarlas en favor del proceso de cambio de la persona, siempre partiendo de la base de una valoración fundamental de la relación por sobre la técnica, especialmente en el trabajo con personas en situación de exclusión y pobreza, donde la acogida cálida, el

no juicio, la aceptación y el respeto, harán una diferencia en lo que a partir de ese encuentro humano se pueda construir.

Siguiendo con la analogía constructiva, la relación en tanto vínculo terapéutico, es el radier sobre el cual se erige, con la técnica, el proceso terapéutico, el cambio o como plantea Héctor López en su capítulo sobre toxicomanías y psicoanálisis, la “transformación del sujeto”. El terapeuta con sus herramientas, la persona con las propias, esculpen colaborativamente el futuro, ese futuro *arborescente* de Moffatt² (1982), en el que frente a cada presente, se despliegan múltiples posibilidades, que hacen posibles todos los futuros.

Sergio Chacón Armijo

Director Social

Fundación Paréntesis

Santiago, 8 de febrero, 2016.

2. Moffatt, A. (1982). *Terapia de crisis: teoría temporal del psiquismo*. Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.

PRIMERA PARTE:
PSICOLOGÍA, ENFOQUES Y DROGAS

Psicoanálisis
Cognitivo Conductual
Humanista
Sistémico
Narrativo
Psicología Positiva



CAPÍTULO 1

Psicología y drogas: alusiones históricas, teóricas y prácticas.

Claudio Rojas Jara¹
Enzo Muena San Martín²
Universidad Católica del Maule

Introducción

La psicología, como ciencia que se aboca al estudio del comportamiento humano, y las drogas, en cuanto sustancias de carácter natural o sintético, han adquirido enlaces y conexiones históricas en la medida que han avanzado paralelamente sus desarrollos hasta nuestra época. Sobre la psicología, valga acotar que la referiremos, en lo extensivo de este capítulo, como una construcción que consta al menos de cuatro partes reconocibles: disciplina, arte, pasión y dinamismo. Podemos mirar la psicología como una *disciplina*, en tanto científica, cuya pretensión es servirse del método científico en la construcción del saber mediante la elaboración y contrastación de hipótesis acerca del funcionamiento humano. Es un *arte*, dado que se apoya en una diversidad innumerable de técnicas, estrategias y procedimientos para desarrollar y llevar a cabo su accionar. La psicología involucra también la *pasión*, significada en este punto, como la vivencia y experiencia subjetiva de agrado y satisfacción en el ejercicio de la profesión. Y finalmente, es también *dinamismo*, toda vez que involucra el

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica del Maule. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Editor del libro *Drogas: Conceptos, Miradas y Experiencias* (UCM, 2015). Correspondencia dirigirla a: crojasj@ucm.cl

2. Licenciado en Psicología, Universidad Católica del Maule. Correspondencia dirigirla a: enzomuena@gmail.com

desafío de mirar la conducta humana no como un fenómeno homogéneo y estático, sino más bien como un asunto flexible, variable, diverso y dependiente de múltiples factores –como la historia, la cultura, los significados y las vivencias situadas de los sujetos– en un tiempo y espacio determinados. Sobre las drogas, tal vez sea más compleja la intención de darle un encuadre denominativo inicial, toda vez que las definiciones o intentos conceptuales existentes pueden ser tan variables como inespecíficos. Sin embargo, le apuntaremos propositivamente, como ya fuese referido en algunos trabajos previos (Rojas, 2015, 2016), como una sustancia de origen natural o químicamente elaborada, cuyo uso, determinado por una función subjetivamente atribuida, y nivel vinculación con el usuario establecen el carácter y calificación de la misma. Este intento definitorio, absolutamente parcial, pretende renovar los significados históricos atribuidos a las drogas como un elemento fatídico, esclavizante e intrínsecamente destructivo, avanzando al reconocimiento de las múltiples relaciones que las personas establecemos con estas, desde los usos enteógenos, ritualistas, farmacológicos, terapéuticos, recreativos, lúdicos y, por cierto, pero no única ni exclusivamente, los problemáticos. Teniendo como punto de inicio estos breves y parciales intentos conceptuales de la psicología y las drogas, veamos ahora cómo, cuándo y de qué manera ambos han dialogado en su recorrido por nuestra historia disciplinar con algunos puntuales ejemplos, para luego en una segunda parte ofrecer una propuesta, desde una visión psicológica, de cómo nosotros intentamos observar y pensar este fenómeno.

Primera parte. Alusiones históricas a las drogas en psicología: recapitulando nexos.

*“Pruébame y verás que todos somos adictos
a estos juegos de artificio”*

Gustavo Cerati

Distintos autores y referentes en psicología han cruzado sus caminos con las drogas a modo de descripciones teóricas explicativas o de orientación a la terapéutica, como también desde la perspectiva de los usos personales y la experimentación. Cada uno de estos cruces, se encuentran impregnados de los tintes históricos dentro de las cuales fueron desarrollados como de los paradigmas y enfoques desde el que se observaron. Una sucinta muestra de ello se ofrece a continuación.

Freud y su relación con la cocaína

En términos de uso e investigación con respecto a las drogas, la relación del mismísimo Sigmund Freud con la cocaína, que fuese aislada por primera vez en 1859, es ampliamente conocida. Como refiere Escotado (1994) el joven Freud inicia una investigación global con la coca, que incluiría la auto-experimentación, la revisión de literatura existente y múltiples propuestas prácticas de uso. Desarrolla un primer escrito relacionado con esta droga, “Sobre coca”, donde enuncia (Freud, 1884): a) la caracterización de la planta (*Erythroxylon Coca*) dando referencia de sus formas de cultivo, apariencia y zonas en Sudamérica de mayor prevalencia; b) las historias, leyendas y usos (religiosos, ceremoniales y otros) de la coca en sus países originarios, principalmente Perú y Bolivia; c) el uso de hojas de coca en Europa y la elaboración de cocaína (por Laboratorios Merck) y sus implicancias médicas; d) los efectos (tanto a nivel muscular como del sistema nervioso) de la coca en animales de sangre fría y caliente; e) los efectos de la

coca en el cuerpo humano sano, donde detalla la experimentación (tanto consigo mismo como con otros sujetos) usando diferentes cantidades de cocaína y describiendo los efectos inmediatos; f) los usos terapéuticos de la coca como un estimulante, para actuar sobre trastornos digestivos y estomacales, en la caquexia³, para tratar la adicción al alcohol y la morfina (aludiendo preliminarmente que no sería un cambio de un tipo de adicción por otra), para el asma, como un afrodisíaco, y finalmente, como un anestésico local. Este no sería el único escrito de Freud sobre la cocaína, ya que en 1885 presenta un segundo escrito denominado “Contribución al conocimiento de los efectos de la cocaína” donde examina los efectos objetivos de la droga bajo metodología experimental, luego publica “Sobre el efecto general de la cocaína”, en marzo del mismo año, donde propone una mayor experimentación con este fármaco en la psicoterapia, y en 1887 presenta un último escrito al respecto que llamó “Ansia y temor a la cocaína” donde sale al paso de múltiples críticas acumuladas principalmente del mundo médico que consideraba peligrosa la “apología” que Freud establecía de esta droga (Escohotado, 2008).

Pavlov, la experimentación animal y la morfina

En el plano de la experimentación, el ruso Iván Pavlov en su reconocido texto “Conditioned reflexes” (1927) alude a la experimentación que llevaron dos investigadores en sus laboratorios relacionándoles con sus descubrimientos sobre los reflejos condicionados y el uso de drogas. Señala puntualmente que el Dr. Podkopaev administraba a un perro una “pequeña dosis de apomorfina subcutánea y después de unos minutos se presenta un sonido por un tiempo definido. Mientras el sonido permanecía la droga comenzaba a hacer efecto sobre

3. Alteración del organismo que se observa en la fase final de algunas enfermedades y que se caracteriza por la desnutrición, el deterioro orgánico y el debilitamiento físico generalizado.

el perro: el animal se tornaba inquieto, comenzaban a humedecerse sus labios y la lengua, secretaban saliva y mostraban cierta disposición al vómito” (p.35). Agrega que la repetición sucesiva de este procedimiento implicaba *a posteriori* que el perro tan sólo con escuchar el sonido, ya condicionado, evidenciaba los síntomas activos de la droga (inquietud, salivación y vómito) pero en un menor grado. Seguidamente, menciona al Dr. Krylov quien también experimentó con perros administrándoles hipodérmicamente dosis de morfina, observando que los primeros efectos eran náuseas, profusa secreción salivar, seguido de vómitos y somnolencia. Notaron que si las inyecciones se repetían regularmente, por 5 o 6 días, bastaba sólo con la rutina preliminar a la inyección (abrir la caja que contenía la jeringa, limpiar con alcohol la zona a inyectar o administrar una pequeña cantidad de solución inocua) para provocar en el animal todos los síntomas previamente descritos (Pavlov, 1927).

Perls y White, drogas psicodélicas y lo ético en la intervención gestáltica

Fritz Perls, uno de los principales artífices de la teoría gestáltica, en su particular autobiografía escrita en 1975, “Dentro y fuera del tarro de la basura” (Perls, 2006), da luces de su personal relación con las drogas, principalmente con LSD⁴ y psilocibina⁵ y los efectos que obtenía de su consumo. Refiere episodios paranoides que fueron muy marcados y exagerados luego de sus primeras experiencias con LSD, que se habrían incrementado durante su permanencia en el Mendocino State Hospital de California en los 60’, señalando que en ese lugar se familiarizó con el LSD y tomaba esta droga sin darse cuenta “que lentamente me ponía irritable y paranoide” (p.128). Sin

4. Dietilamida de ácido lisérgico.

5. Alcaloide de potente acción psicodélica que se encuentra presente en hongos de América del sur en ambientes más bien tropicales y subtropicales.

embargo, no todas sus alusiones al uso de LSD son negativas y en la descripción de un viaje a Hawai señala que adora profundamente el fulgor plateado del cielo y sentía curiosidad por saber si podía adorarle aún más y luego de una dosis de LSD comenta: “indescriptible es decir poco. No habían distancias, no habían dimensiones. Cada estrella estaba o más cerca o más lejos, cada una jugaba una danza de color como el planeta Venus antes de sumergirse en el océano. El universo, el vacío de todos los vacíos, estaba por una vez completamente lleno. ¡Fantástico!” (p.99). Sobre la psicibina, refiere su uso en al menos doce ocasiones con finalidades retrospectivas e integrativas, aunque estas miradas al pasado no siempre eran gratificantes: “el tarro de la basura se convierte en una pesadilla de carrusel. Los vuelos con silocybina, su contenido: casi muriéndome, casi muriéndome, dándome por vencido. ¡No! vuelve a la vida, vuelve” (p.139).

Desde la Psicoterapia Gestáltica, y especialmente centrada en su posición ética de percibir al que requiere apoyo y quien lo ofrece, Richard White (1995) señala en total honestidad que a pesar de que la Gestalt no tiene muchas referencias teóricas sobre las adicciones, contiene un espíritu procedimental fundado en la ética y aparece, en términos de su carácter creativo y abierto, como “una aproximación ideal para el ético tratamiento de la conducta adictiva” (p.40). White (1995 citado en Clemmens, 2014) describe además la adicción de manera dual, por un parte, como un intento de supervivencia (específicamente como un intento espiritual de supervivencia), y por otra, como el anhelo de una vida significativa. Refiere además, que desde la perspectiva Gestáltica realmente no importa si los clientes quieren estar en tratamiento, siempre y cuando, él o ella, mantengan el poder de decidir su permanencia en el mismo. Su justificación recae en que la figura del terapeuta no tiene ningún imperativo para trabajar en contra de los deseos del cliente, sino sólo una responsabilidad para determinar si las interacciones de este con el terapeuta resultan en algún

tipo de crecimiento (White, 1995). Con esta alusión White (1995) apunta a lo que denomina como “la tiranía del modelo médico en las adicciones” que anula la voluntad individual y la heterogeneidad humana, restándole responsabilidad a la persona ya sea por la causa o la solución de sus propias cuestiones y ubicándole en espacios coercitivos de tratamiento. Propone agudamente los riesgos del etiquetado en sujetos con problemas por el uso de drogas y de la atribución de características “simplemente porque las conductas adictivas son acompañadas de otros comportamientos como la indiferencia a la autoridad, dificultades para aprender de los errores y la tendencia a manipular a otros” (p.44). Acota que la vinculación con las drogas es desarrollada en base a motivaciones personales, relacionadas directamente con la búsqueda humana de otorgarle un significado a la vida. En este sentido, la persona que ha generado un vínculo adictivo con drogas no es menos noble, en términos de la urgencia de sus necesidades, que un escolar o un sacerdote. En el espacio de consulta, señala White (1995) “el tratamiento ético del vínculo adictivo está basado en este principio humano” (p.51).

Grof, la psicología transpersonal y el LSD

El checo Stanislav Grof, de formación psicoanalítica originariamente, aparece como uno de los precursores y fundadores de la psicología transpersonal. Es reconocido (y también criticado) como uno de los pioneros en el uso del LSD para fines terapéuticos (Grof, 1994) y en el desarrollo de la técnica de respiración holotrópica (Grof, 1999). En su libro “LSD psychotherapy” propone esta metodología psicodélica de intervención psicológica como una alternativa terapéutica y a la vez como un llamado de atención, cuestionamiento y de revisión de algunos de los conceptos teóricos predominantes⁶ e

6. “...en 1956 me convertí en uno de los primeros sujetos experimentales de

incluso de ciertos paradigmas científicos básicos (Grof, 1994). Según refiere en el mismo texto, esto implica reconocer las conexiones que pareciera existir entre el material psicodélico y la física moderna⁷, ya que “en vista de la rápida y reciente convergencia entre el misticismo, la física y la consciencia, los datos del LSD pueden contribuir significativamente a nuestro entendimiento de la naturaleza de la realidad” (p.11). Grof establece toda una serie de variables críticas (como los efectos farmacológicos del LSD, la personalidad del sujeto, la personalidad del terapeuta o guía, el ajuste y encuadre de las sesiones) y de principios básicos sistemáticamente establecidos (el periodo de preparación, la sesión psicodélica o de consumo de LSD y la integración de los contenidos de la experiencia psicodélica en la vida cotidiana) para lo que refiere como un método terapéutico que reconoce que “el LSD no tiene intrínsecamente propiedades terapéuticas relacionadas, simplemente efectos farmacológicos” (p.275), pero que bajo una estructura y aproximación a la experiencia permite la emergencia de material terapéutico inconsciente sobre el cual trabajar. De este modo, las formulaciones teóricas y principios básicos que la psicoterapia con LSD a descubierto, comenta Grof (1994), incluirían “una nueva y extensa cartografía de la mente humana⁸, nuevos y efectivos mecanismos terapéuticos, una nueva estrategia de psicoterapia y una síntesis de la espiritualidad

esta droga. Mi primera sesión con LSD-25 cambió completamente el rumbo de mi vida personal y profesional. Esa experiencia, durante la cual tropecé directamente con mi inconsciente, eclipsó de inmediato todo mi interés previo por el psicoanálisis freudiano. Ante mí se desplegó un fantástico desfile de coloridas visiones, unas abstractas y geométricas y otras plenas de significado simbólico. En esa ocasión experimenté tantas emociones y con tal intensidad que jamás antes hubiera soñado que fuese posible” (Grof, 1999, pp.31-32).

7. En este punto se refiere a la física cuántica.

8. Desarrolla posteriormente esta idea refiriendo el concepto de “mente holotrópica” que cuenta con diversos niveles y una re-significación del inconsciente freudiano.

y la ciencia en el contexto de la aproximación transpersonal” (p.297).

Stanton & Todd, y la terapia familiar sistémica en adicciones

En términos teóricos y de intervención en el campo de las drogas, el modelo sistémico ofrece diversas alternativas de acción derivadas de las principales escuelas y sus singularidades en la comprensión y tratamiento de los diversos fenómenos que se suceden en el seno familiar. Minuchin (citado en Stanton & Todd, 1985) señala que en un campo como las drogas, donde la mayoría de los programas se concentran en la responsabilidad individual, los sistémicos han de enfatizar la mutua responsabilidad de los miembros de la familia en su propio funcionamiento. Agrega además como requisitos esenciales para quienes deseen trabajar con personas que abusan de drogas: “una terca negativa a aceptar la derrota, una libertad para usar la autoridad y el liderazgo, cierta flexibilidad ante la crisis y una capacidad para la furia y la compasión” (p.15). Otros grandes y clásicos referentes en el área como Bateson, Bertalanffy o Haley no hacen referencias directas y específicas sobre los usos de drogas, sino más bien generalizaciones que le ubican como situaciones que surgen dentro del sistema familiar y que ponen en riesgo su estabilidad (Marcos & Garrido, 2009). Sin embargo, sus postulados son tomados posteriormente por diversos autores (Cancrini, 1982; Cirillo, Berrini, Cambiaso & Mazza, 1999; Stanton & Todd, 1985) que, bajo la misma línea sistémica, han efectuado desarrollos teórico-prácticos que apuntan intencionada y directamente sobre el ámbito del consumo problemático de drogas. En 1985, M. Duncan Stanton y Thomas Todd editan su libro “The family therapy of drug abuse and addiction” cuya revisión del fenómeno decanta en una serie de herramientas terapéuticas dirigidas al trabajo con aquellas familias donde existe una persona (o personas) con

consumo problemático de drogas, basándoles en los principios sistémicos. Su propuesta involucra desde la construcción de un modelo conceptual hasta un modelo de tratamiento con directrices específicas sobre, por ejemplo, cómo persuadir al adicto a que involucre a su familia en la intervención, bajo la premisa de que el problema de consumo de drogas del sujeto es a la vez un problema familiar.

Beck y la terapia cognitiva de las drogodependencias

También en el ámbito de la teoría y la intervención, Aaron Beck establece un marco referencial importante para la comprensión de los fenómenos relacionados con el consumo problemático de drogas que trasunta en un modelo terapéutico específico para tratarle. Para Beck, y de acuerdo con la perspectiva cognitiva, la forma en que los sujetos interpretan ciertas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Estas interpretaciones se modelan de diferentes maneras por las creencias que se activan en estas situaciones (Beck, Wright, Newman & Liese, 1999). Ejemplifica que una situación social puede activar ciertas creencias idiosincráticas como “la cocaína me vuelve sociable” o “una cigarrillo (o una cerveza) me relaja” y que esto finalmente “producirá el *craving*⁹ de utilizar droga, beber o fumar” (p.71). De este modo, la intervención terapéutica consiste en ir progresivamente quebrantando los impulsos “mediante la debilitación de las creencias que la fortalecen y al mismo tiempo, demostrarle al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta” (p.69). En ese sentido, la premisa básica de esta metodología de acción sobre el consumo de drogas implica reducir los impulsos e incrementar el control. Beck justifica además la preponderancia de las variables cognitivas sobre las conductuales

9. Urgencia, querencia, deseo, anhelo o impulso irrefrenable por consumir la droga.

en el uso problemático de drogas cuando refiere que las personas que sólo alcanzan un manejo comportamental del impulso de consumo recaen porque “pueden haber adquirido una serie de estrategias para controlar la conducta de tomar drogas, pero *no han modificado significativamente sus actitudes*, que son las que alimentan el *craving*” (p.55). Así, la terapia cognitiva de las drogodependencias de Beck establece un modelo no sólo de formulación del caso (desde el modelo cognitivo) sino que ofrece un método sistemático de análisis e interpretación de las creencias relacionadas con el consumo de drogas, en sus distintos niveles y secuencias, para cuestionarles empíricamente e intentar contemplar la situación con la droga como un “problema técnico” que tiene una solución concreta.

Foucault, el placer y las drogas en la cultura

Desde otro nivel de análisis, quien sino el francés Michel Foucault, quien probablemente sea el último gran pensador de nuestra época, en sus diversas facetas como psicólogo, filósofo y profundo teórico-crítico social, puede también ofrecer su particular y aguda visión sobre las drogas dando énfasis en su devenir en nuestra sociedad. Foucault (1977), en una crítica a la hegemonía del modelo médico en la determinación y acción sobre problemas culturales, apunta lucidamente a la medicalización que viven progresivamente los problemas sociales, como podría ser el consumo de drogas y la inminente farmacologización de éstos como oferta de “mejora y recuperación” para estas “enfermedades y males culturales” (Rojas, 2016). En una entrevista ofrecida en Toronto en el año 1982, Foucault siendo consultado sobre el sexo y los diferentes goces señala que si nos atenemos a la más pura construcción tradicional de placer, comprobamos que los placeres físicos o carnales tienen su origen siempre en las drogas, la comida y el sexo. A juicio de Foucault, ahí se limita nuestra comprensión del cuerpo y de los placeres. Refiere como desesperante “que

no consideremos el problema de las drogas más que desde el punto de vista de la libertad o de la prohibición. Las drogas deben convertirse en un elemento cultural”. Señala que las drogas deben aparecer socialmente como legítimas fuentes de placer, y por tanto debemos conocer y estudiar las drogas, probar y experimentar con ellas, y además “debemos producir buenas drogas” capaces de entregar placeres intensos. Menciona también en esta entrevista como el “puritarismo” que reina en relación con las drogas (que obliga estar a favor o en contra) es un tremendo error, recalcando nuevamente que estas son parte integrante de nuestra cultura. Añade que “en la misma forma que existe buena y mala música, hay buenas y malas drogas. Es, entonces, del mismo modo que no podemos decir que estamos contra la música que no podemos decir que estamos contra las drogas”. Estas referencias, sin lugar a dudas, revelan la perspectiva que Foucault le imprime a las drogas en tanto les considera un fenómeno cultural donde su consumo formaría parte de las imágenes estructurales que determinan, naturalmente, la edificación de las sociedades.

Segunda parte. Alusiones actuales a las drogas en psicología: replanteando nexos.

*“Yo no saldré ahí afuera,
tu tendrás que entrar dentro de mí”*
Jim Morrison

En este apartado pretendemos ofrecer y dar cuenta de nuestra personal visión (alimentada desde la psicología) sobre el fenómeno del uso de drogas, desde el análisis de ciertos “efectos particulares” que consideramos son claves a la hora de observarle y comprenderle. Esta propuesta referencial no busca ir en contra o en línea con otras miradas sino entregar una reflexión, general y más bien inicial, de algunos elementos que son parte del uso de drogas en el ser humano.

La acción de las drogas en la psique: desde el libre ejercicio del auto daño a la búsqueda del sentido.

El estado psicológicamente alterado producto del consumo de drogas, legales o ilegales, podemos significarlo de modo propositivo como una negación, temporal, de la realidad subjetivamente aceptada y culturalmente construida, o una fuga instrumental hacia un estado menos agobiante, aunque también temporal. En este punto, se aprecia la funcionalidad de la droga como una llave de acceso o un pasaporte a estados de consciencia diferentes que favorecen un distanciamiento del *statuo quo* que supone la existencia regular de la sobriedad. Aquí se asienta la base para diversos comportamientos propios de las sociedades actuales donde los usos de drogas están emparejados a momentos y espacios de “distensión y relajación” (como la cultura del *happy hours*, el *tercer tiempo*, los *after office*, los *autocuidados* y muchos otros), en donde las personas buscan salir o escapar de las fronteras de la rutina y abrirse paso “merecido” a otras zonas y estados. Esto resulta clave al momento de comprender la repetición de la conducta del uso de drogas y la persecución de sus efectos placenteros, tanto en sujetos que hacen consumos ocasionales y esporádicos de drogas como en aquellos que mantienen usos problemáticos. Este rechazo a lo cotidiano, o evasión momentánea a la naturaleza humana (sobriedad), durante el periodo inmediato en que la droga toma el control, es en esencia un escape de la vida regular o un pseudosuicidio, en el cual el sujeto se resta de la existencia ordinaria, desaparece y se sobrepone al duelo de una muerte simbólica, para dar paso al resurgimiento del yo en una existencia alterna creada por el efecto psicoactivo de las drogas.

Entendemos, por una parte, que este pseudosuicidio implica que el consumidor de drogas, sin importar el tipo, puede clara y conscientemente no desear la muerte, y por otra, que en el caso de los usos perjudiciales y dependientes, donde apa-

rece más evidente, este pseudosuicidio se torna “*pagadero en tiempo futuro*” ya que el sujeto también asumiría que este hábito le acerca progresiva e inexorablemente a ella (la muerte) pero no en lo inmediato. Sin embargo, este “*pago*” se hace a gusto en el autocomplaciente entendido que lo que importa es el goce actual (hoy) sin importar los costes a largo plazo (mañana).

Esta noción del uso de drogas como un pseudosuicidio, es decir, de abandono intencionado de la naturaleza propia del ser humano bajo sus efectos, que no implica necesariamente anhelos de muerte, nos lleva de modo romántico a los cantos alegóricos en la “*Divina Comedia*” del poeta italiano Dante Alighieri (2002), cuando en su referencia al *settimo cerchio dell’inferno*, o círculo séptimo del infierno¹⁰, menciona que ahí purgan todos quienes se han dañado a sí mismos y que ahora alcanzan, en este lugar del inframundo, la figura de árboles oscuros, retorcidos y sangrantes que han abandonado (por propia voluntad y en un ejercicio del derecho al autodaño) su imagen humana, agregando que “como las almas iremos a recoger nuestros despojos; pero sin que ninguna de nosotras pueda revestirse de ellos, porque no sería justo volver a tener lo que uno se ha quitado voluntariamente” (p.57). Como vemos, existiría una noción de castigo o penitencia asociada al ejercicio libre del autodaño o *pseudocide*¹¹ dantesco, subrayada en la imposibilidad de retomar su forma e imagen humana. Probablemente, de alusiones como estas se alimentan los modelos moralistas que consignan el uso de drogas como algo pecaminoso, en el entendido que por este medio se traiciona y agrede la pureza del cuerpo, en tanto templo concedido por Dios. Sin embargo, no es nuestra pretensión revestir este *pseudocide*

10. Dante alude en su poema que el infierno estaría compuesto de un ante-infierno y nueve círculos en donde los seres humanos han de purgar sus pecados, diferenciando cada uno de estos círculos, que desciende hasta el centro de la tierra, según la trasgresión a expiar.

11. Del vocablo italiano que significa “pseudosuicidio”.

asociado al efecto de las drogas de un manto religioso y moral, sino como una alegoría también al abandono libertario de un estado psicológico regular (estado de sobriedad) por otro que se encuentra lubricado por las sensaciones del efecto psicoactivo de las drogas (estado de alteración), que puede efectuarse voluntariamente en los consumos no problemáticos como compulsivamente en la dependencia. Sobre cómo representar los efectos de la drogas en la psique no sólo podemos aludir, en búsqueda de un ejercicio analógico, al *pseudocide*.

La otra cara de la misma moneda la puede constituir la ordalía. Las conductas ordálicas (Bravo, 2012), observan y comprenden los comportamientos de riesgo, como el uso de drogas, a modo de un juego o un flirteo con la muerte mas no existe en ellos su búsqueda intencionada. Aquí la idea pasaría de reconocer los estados de alteración de consciencia perseguidos con la droga de un *pseudocide* a una *ordalie*¹², donde los sujetos se encuentran en la confluencia de “la búsqueda de sentido a sus vidas como interrogación y los comportamientos ordálicos como la respuesta” (p.24). En esta línea, se reconoce el uso positivo del término como un juego donde existe un riesgo vital pero se establece que este riesgo esta “relacionado con el azar, con el destino, con la fortuna, con la providencia, o con el juicio de una divinidad tutelar” (p.33). En términos prácticos, desde la ordalía, la persona que consume drogas establece un comportamiento que entiende riesgoso en el cual se confronta a su destino, se libera de sus dudas y aprehensiones, desinteresándose en si vive o muere. Si el sujeto supera el estado alterado, lo vence y retorna, implicaría que una fuerza superior, sea cual fuere, le refiere que su existencia tiene sentido (Bravo, 2012). Entonces, la noción de comportamiento riesgoso (como el consumo de drogas) se comprende como un juego simbólico con la muerte que implica el choque de la conducta de riesgo con el mundo propiamente tal, donde

12. Del vocablo francés que significa “ordalía”.

lo relevante es vivir y no morir (Le Breton, 2011). Integradamente, podemos observar desde estas reflexiones como ambos efectos se ubican disposicionalmente para comprender los consumo de drogas y su acción sobre el yo desde el plano analógico de la *muerte* (pseudosuicidio) hacia la noción del valor y significado de la *vida* (ordalía).

Las drogas y su devenir en el comportamiento y experiencia humana: el efecto amortiguado.

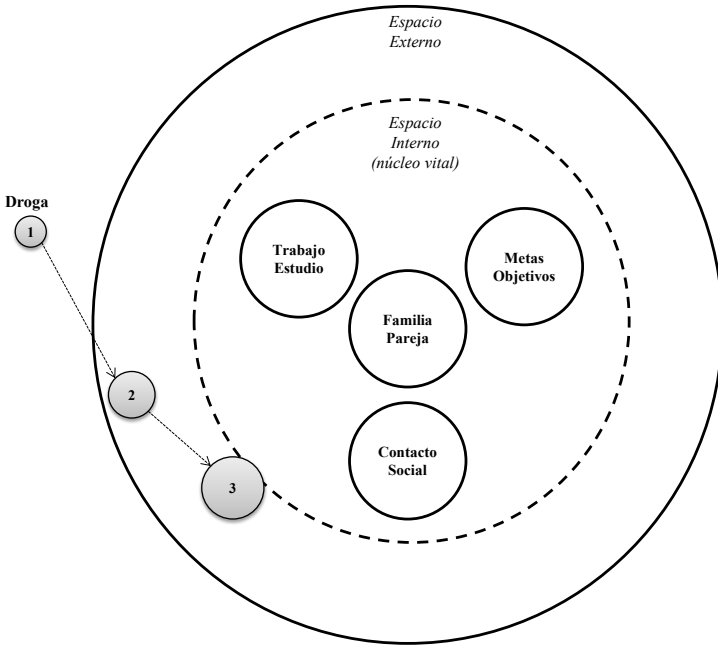
Generalmente la determinación de la severidad que puede tomar el uso de drogas en una persona se mide en términos de la aparición y manifestación de tres factores: *tolerancia*, *dependencia*¹³ y *síndrome de abstinencia*. El primero, relacionado con la necesidad de consumir mayor cantidad de droga para sentir idénticos efectos a los inicialmente obtenidos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Lorenzo, Ladero, Leza & Lizasoain, 2003). El segundo, referido al deseo compulsivo a repetir el consumo, pese a tener noción de sus consecuencias, y la imposibilidad de abandonar esta conducta por la pérdida de control (Organización Mundial de la Salud, 1992). Y el tercero, entendido como el conjunto de síntomas físicos y/o psicológicos que surgen cuando el sujeto se encuentra en ausencia de la droga (Caballero, 2006). En consideración de estos factores, creemos interesante adicionar el análisis de un cuarto elemento que estaría relacionado con la *posición que alcanza la droga (independiente del tipo) en la experiencia vital del sujeto*. Es importante reconocer que existen notorias di-

13. *Dependencia física*: se produce cuando el uso recurrente de una droga genera una adaptación fisiológica por la cual el funcionamiento orgánico del sujeto se ve alterado si no se administra la sustancia o si la dosis consumida se reduce por debajo de cierto umbral. *Dependencia psicológica*: es el vínculo que se tiene con una droga caracterizado por el deseo o impulso apremiante de experimentar sus efectos, sea porque favorece experiencias positivas o porque permite rehuir reacciones negativas (Caballero, 2006).

ferencias de la posición que tiene el objeto-droga en la vida de los sujetos dependiendo del tipo de relación que se establece con el mismo. Una persona con consumo experimental, ocasional, habitual, perjudicial o dependiente desarrolla una vinculación única y particular con la droga que ha de ser considerada tanto para el análisis, como el diagnóstico y la propia intervención. En la medida que los consumos se tornan más habituales y problemáticos la droga, en un *efecto amortiguado o de bola seca*¹⁴, se va incorporando y apropiando de espacios que anteriormente ocupaban otras esferas (personales, familiares y sociales) desplazándoles progresivamente a la periferia y reclamando para sí el centro y valor neurálgico de la vida del sujeto. La familia, la pareja, los hijos, el trabajo, el estudio, las relaciones sociales, las metas personales son, en general, elementos constitutivos de la vida de las personas y toman posición en su centro. Sin embargo, cuando el uso de drogas comienza a volverse problemático estos elementos que previamente gozaban de protagonismo se ven amenazados en cuanto a su cuantía y preponderancia para el sujeto y pueden, en paralelo al incremento de la severidad, ir siendo relegados a posiciones más externas en la medida que la droga comienza a usurpar y hacer suyo estos niveles centrales.

De este modo, podemos reconocer que en el **consumo experimental**, la droga se ubica tangencialmente en la periferia, lejana del núcleo proximal del sujeto, dejando inalterado sus elementos constitutivos de significancia (ver Fig.1). En el **consumo ocasional, social o recreativo**, la droga si bien aparece más frecuente en la vida de la persona sigue siendo de modo tan esporádico que no existe un desplazamiento alguno de sus motivaciones primarias.

14. Término utilizado en las mesas de billar o de pool que también es conocido como el “efecto de lleno” en el cual la bola blanca desplaza a la bola objetivo de su lugar debido a que ha transferido a ésta toda su energía.

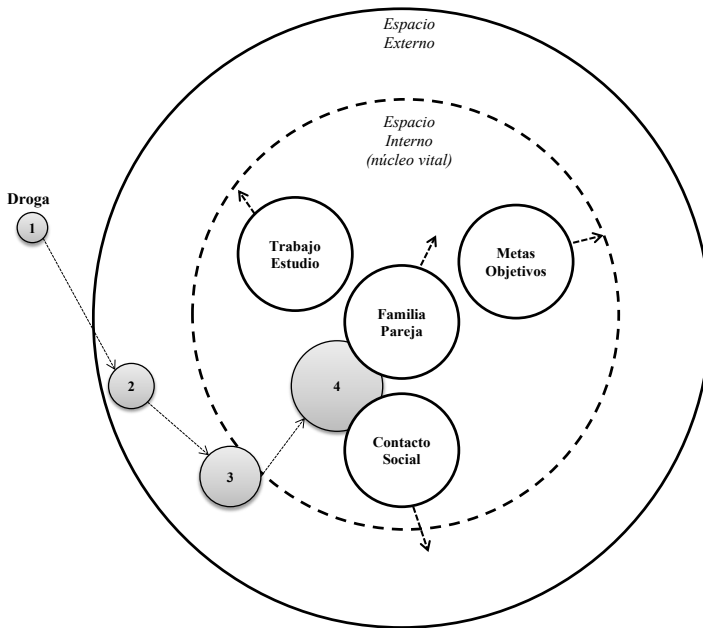


1= Consumo experimental
2= Consumo ocasional
3= Consumo habitual

Fig. 1:
Desplazamiento de la droga
en usos no problemáticos

Cuando el consumo se vuelve **habitual**, la droga comienza a hacer algunos reclamos de atención, leves aún, sobre algunos elementos propios del sujeto, principalmente sobre el tiempo que dedica a su ejercicio, lo que ya podría implicar algunos conflictos con estos elementos significativos (Ver Fig.2). En el **consumo perjudicial**, la droga se encuentra haciendo suyos espacios y prioridades que antes ostentaban otros elementos vitales en la persona generando conflictos cada vez más regulares y la aparición de consecuencias objetivas que amenazan su estabilidad.

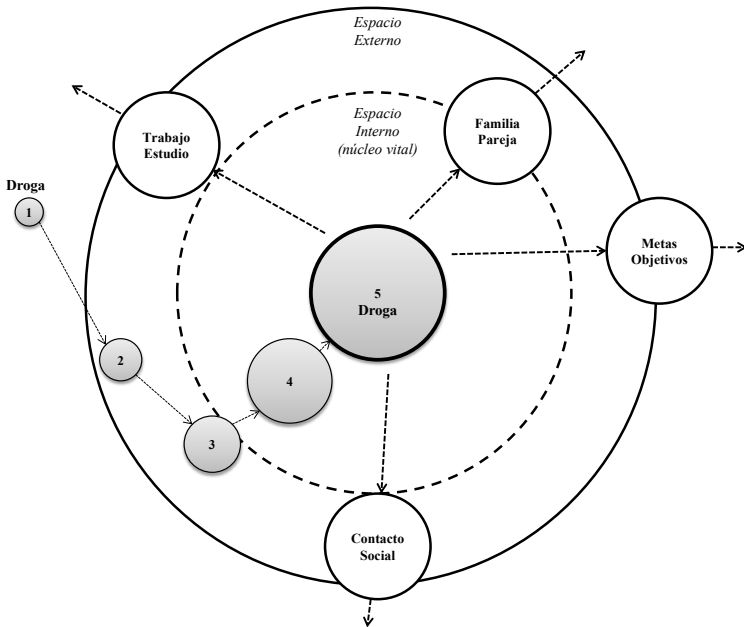
Finalmente, cuando hablamos de un **consumo dependiente**, la droga se ha transformado en *el imperativo exclusi-*



- 1= Consumo experimental
- 2= Consumo ocasional
- 3= Consumo habitual
- 4= Consumo perjudicial

Fig. 2:
Desplazamiento de la droga en
consumo perjudicial

vo de la vida del sujeto, adquiriendo y reclamando para sí la total atención de este, enviando a la periferia todos aquellos elementos significativos que anteriormente ostentaban esta posición (Ver Fig.3). Como puede observarse a este nivel, la incorporación progresiva de la droga como objeto en la vida particular de la persona (cuando existe esta progresión desde un consumo experimental hasta un consumo dependiente) tiene un símil al proceso en que los virus hacen suya la matriz nuclear, apoderándose de todos los mecanismos y funciona-



- 1= Consumo experimental
- 2= Consumo ocasional
- 3= Consumo habitual
- 4= Consumo perjudicial
- 5= Consumo dependiente

Fig. 3:
Desplazamiento o “efecto amortiguado” de la droga en consumo dependiente

mientos propios de la célula¹⁵. Sin embargo, es importante recordar que no todas las personas que usan drogas han de transitar por esta progresión¹⁶ ni han de vivir este *efecto amortiguado*, dado que no todos los consumidores de drogas son arrastrados irrefrenablemente por una pendiente que les deja

15. Esta alusión no pretende igualar los fenómenos de consumo de drogas a las descripción que de ellos se efectúan desde el modelo biomédico sino utilizarle como una analogía.

16. Es importante considerar esta aclaración para evitar conceptos errados y poco precisos en el ámbito de las drogas como es la “escalada” o aseverar taxativamente que una persona por usar drogas menos dañinas terminará inevitablemente usando otras más dañinas, o que pasará de un uso experimental a un consumo sin control.

en condición de dependencia. Por esto, es necesario evaluar exhaustivamente cada caso en términos duales: a) una *evaluación del **sujeto** y su implicancia con la droga* (función y vínculo), y b) una *evaluación de la posición que el **objeto** (droga) tiene en la vida y experiencia del sujeto*.

Comentarios finales

Ha sido interés de este capítulo poner de manifiesto importantes antecedentes histórico-teóricos de la vinculación, directa o indirecta, de las drogas y la psicología. De esta forma, es posible comprender cómo ambos (concepto y disciplina) han alcanzado puntos de encuentro que resultan valiosos de analizar. Otro interés que radica en el desarrollo de este capítulo apunta a mirar comprensivamente el fenómeno de los consumos de drogas desde la psicología, con los diversos matices y niveles de profundidad que esta disciplina permite, reflejada en los efectos propuestos en las líneas anteriores. Sin embargo, no es pretensión nuestra hacer una cosificación reduccionista del uso de drogas en términos de darle una explicación a través de interpretaciones puramente psicológicas. Al hablar del uso de drogas lo hacemos bajo la premisa y entendimiento cabal de que es un fenómeno multifactorial donde no existe una mirada única que deleve todas las aristas del mismo. Reconocemos que la psicología ofrece claridad a ciertas esferas relacionadas con el uso de drogas, como así otras disciplinas pueden hacer lo suyo con otras, de manera diferenciada o complementaria, en una era donde las miradas biopsicosociales han cobrado particular apogeo en el conocimiento y acción sobre diversos fenómenos de la conducta humana.

Bajo esta lógica, resulta interesante ahora, a partir de los conceptos históricos, teóricos y también propositivos que hemos ofrecido a lo largo de este capítulo, comprender el valor intrínseco de mirar las drogas y sus efectos en la experien-

cia humana desde una ciencia psicológica, que dispone de un arte, una pasión, un peso disciplinar y un dinamismo que le caracteriza. Estos mismos elementos permiten a la psicología una apertura significativa para la intervención y terapéutica con personas que han forjado una vinculación problemática con las drogas ofreciendo información, orientación y apoyo (en lo individual, familiar y social), con el fin de contribuir a su calidad de vida y bienestar, como también al desarrollo de conductas preventivas y de promoción de estilos de vida saludables, con o sin la presencia de drogas.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Alighieri, D. (2002). *Divina comedia*. Barcelona: Editorial Sol.
- Bravo, D. (2012). *Los comportamientos ordálicos: entre el juego la muerte y la búsqueda del sentido*. Olmué: Ediciones Lapala.
- Caballero, F. (2006). *Las drogas: educación y prevención*. Madrid: Editorial Cultural.
- Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras: estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., & Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Clemmens, M. (2014). *Getting beyond sobriety: clinical approaches to long-term recovery*. New York: Routledge.
- Escotado, A. (1994). *Las drogas: de los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1984). An interview: sex, power and the politics

- of identity. *The advocate*, 400, 26-30 y 58.
- Freud, S. (1884). Über coca. En R. Byck (Ed.) *Cocaine papers* (pp.49-73). New York: Stonehill.
- Grof, S. (1994). *LSD psychotherapy: exploring the frontiers of the hidden mind*. Alameda, CA: Hunter House.
- Grof, S. (1999). *La mente holotrópica: los niveles de la conciencia humana*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Le Breton, D. (2011). *Conductas de riesgo: de los juegos de la muerte a los juegos del vivir*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., & Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Marcos, J. & Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pavlov, I. (1927). *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press.
- Perls, F. (2006). *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Rojas, C. (2015). Tratamiento para el uso problemático de drogas: conceptos y pilares fundamentales de una intervención terapéutica. En C. Rojas (Ed.). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp.25-40). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas, C. (2016). Drogas: repensando el uso, el usuario y el tratamiento psicológico. En J. Penagos, (Ed.). *75 ideas sobre creatividad y psicología para el siglo XXI* (en prensa). Puebla: Universidad De Las Américas.
- White, R. (1995). A special case for gestalt ethics: working with the addict. *The Gestalt Journal*, 18(2), 35-53.



CAPÍTULO 2

Psicoanálisis y toxicomanía: sobre la causa y el objeto de las adicciones.

Héctor López¹

Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Introducción

Las drogas han cumplido siempre un papel en la cultura, interviniendo en ritos y ceremonias. El uso abusivo del alcohol, por ejemplo, se conoce desde las fiestas dionisiacas (Baco para los romanos). Lo que es típico de nuestra época es el sin-sentido de la intoxicación y la compulsividad que adquiere, de la cual cada individuo no puede dar razón alguna. Porque ya no se trata del placer a obtener, ni del sentido de la situación, sino de la angustia o el dolor a calmar. La sociedad y el discurso de la cultura, todo lo que hace al “medio”, determinan los modos del consumo, pero no la adicción, que responde a fallas en la estructuración del sujeto. Quien deviene esclavo de las drogas ha padecido la misma experiencia traumática de todo ser humano en su proceso constitutivo, como todos ha sufrido la privación estructural del objeto de satisfacción. Esta es la condición misma de la “antropogénesis” en términos de Hegel: la acción negatriz que implica la pérdida de la relación connatural entre el hombre y el objeto, a punto tal que “la naturaleza deviene pecado en el hombre”.

1. Psicólogo, Doctor en Psicología y Psicoanalista. Es miembro de los grupos de investigación “Teorías y prácticas psicoanalíticas” y “El lugar del analista en el tratamiento de las adicciones” (Universidad Nacional de La Plata). Autor de los libros *Psicoanálisis, un discurso en movimiento: derivas del descubrimiento Freudiano* (Editorial Biblos, 1994), *Las Adicciones: sus fundamentos clínicos* (Editorial Lazos, 2003), *Lo fundamental de Heidegger en Lacan* (Editorial Letra Viva, 2005) y *La instancia de Lacan* (Editorial Eudem, 2009). Correspondencia dirigirla a: hectorlopezvd@gmail.com

Lo particular del adicto reside en la pobreza de recursos simbólicos para resolver esa falta estructural mediante un trabajo de desplazamiento y sustitución que le permita alcanzar por ese desvío -donde el lenguaje es el recurso por excelencia- una solución a la carencia de objeto natural, única vía para la obtención de una satisfacción, sustitutiva por cierto, como lo enseñó Freud, pero no por eso menos valiosa. El “dolor de existir” del que habla Freud en *El malestar en la cultura* (1968a) consiste en la experiencia de aquella privación irreductible de la felicidad soñada como paraíso. Por eso el hombre reduce sus aspiraciones de felicidad a la más real de evitar el dolor. Y es aquí donde para algunos sujetos que no encuentran la vía para realizar este proceso, se impone el recurso a la droga como la técnica más rápida, eficaz y poderosa para evitar el dolor de ese trauma. De acuerdo a Freud, el mecanismo fundamental de la “represión” no es eficaz contra el dolor. Nos dice: “este es además imperativo, solo sucumbe por el efecto de una supresión tóxica o por el influjo de una distracción psíquica. Por lo tanto el caso de la represión, con certeza no está dado cuando la tensión a consecuencia de la insatisfacción de un movimiento pulsional se torna intolerablemente grande. Lo que le es dado al sujeto como medio de defensa contra esta situación debe ser debatido en otro contexto”. Por “distracción psíquica” debemos entender el hallazgo de modos de goce sustitutivos que atemperen la compulsión al goce descarnado de la droga. Podemos referirnos al poeta en su intuición: “ya no seré feliz, pero qué importa, hay tantas otras cosas en la vida”².

Las drogas fueron definidas desde Platón como “*pharmakon*”, es decir, remedio y veneno al mismo tiempo. Es dable considerar así que todo elemento químico extraño al organismo produce daño. No obstante, en cuanto a las drogas ilícitas, las hay muy dañinas y adictivas como la heroína hasta las menos dañinas como la marihuana, e inocuas y escasamente

2. Extracto del poema “1964” de Jorge Luis Borges (1899-1986).

adictivas como los alucinógenos vegetales (peyote, etcétera) consumidas originalmente por los indígenas de América. En este sentido, hay que diferenciar también las “hijas de la coca” como los estimulantes, de la cocaína como clorhidrato (polvo blanco) y actualmente el “paco”³, que sí son dañinas para la salud física. En cuanto al daño psíquico, no es tanto el que la droga produce, sino que el adicto las consume como solución de un daño instalado por otros factores que ya están dados en la estructura de cada uno, a los que se suman los psicológicos y familiares “desencadenantes”.

Hoy por hoy, las personas no han notado que todos nos hemos convertido en adictos y que vivimos en una sociedad que por un lado combate la droga, pero por otro estimula a las soluciones rápidas, inmediatas, sin espera, sin deseo, todo reducido al cortocircuito: necesidad-satisfacción. Hasta en la publicidad se trata a la gente como si fuera adicta. Un banco ofrece un préstamo y dice *“lo obtienes tan rápido, que no tendrás tiempo de deseerlo”*. Esta máxima es justamente la que resuena en la cabeza de todo adicto: no dejar tiempo a que el deseo haga su circuito hasta lograr satisfacciones más humanizadas, la inmediatez del efecto químico aborta un proceso necesario que todos recorreremos pero que el adicto no puede soportar.

Los fundamentos clínicos de las adicciones desde el psicoanálisis

El psicoanálisis es el único método que puede dar cuenta de los fundamentos de sus procedimientos clínicos, es decir explicar por qué hace cada cosa que hace con un adicto. Los demás métodos no es que no puedan dar cuenta de sus fundamentos, sino sencillamente no los tienen. Son prácticas conductistas que ponen en el centro del problema al objeto, como

3. Denominación usada en Argentina para la pasta base de cocaína. En Chile se le conoce como “pasta” y en otros países como Venezuela y Colombia se le llama “bazuco”.

si éste fuera la causa de la adicción. La propiedad química de la sustancia es a veces tan determinante, tan poderosa, que engaña a quienes tienen que pensar el problema de la adicción. Se genera una especie de “animismo de la sustancia” atribuyéndole propiedades morales de maldad. Freud dijo en cambio que el mal habita en el hombre, y que es el hombre quien puede volver “mala” cualquier cosa que toque.

Es esta la verdad que aparece renegada en las curas de supresión y por eso cuesta tanto incluir al sujeto como objetivo y razón de la cura. La idea generalizada es que la droga es un “paraíso artificial”, como dijo Baudelaire, y que una vez conocido, el sujeto es presa de un deseo incoercible de volver a visitarlo. Es una explicación demasiado literal y engañosa. Nadie se vuelve adicto si en su estructura psíquica no hay ya una tendencia a la satisfacción “por cortocircuito”, esto es la evitación de la castración y el rechazo a la función del significante falo.

Hay corrientes, siempre adversas al psicoanálisis, que se precian de resultados rápidos y eficaces. No obstante, los psicoanalistas no deberíamos tomar posición irreflexivamente contra todo tratamiento que no sea psicoanalítico. Cambiar la droga por la religión o la heroína por la metadona son a veces los máximos logros a alcanzar y lo único posible para ciertos sujetos. Son técnicas llamadas de “reducción de daños”. Por eso todo debe ser considerado y evaluado en la particularidad del caso, es decir teniendo en cuenta más las posibilidades de cada uno y no tanto las propiedades de las sustancias. Porque como decíamos, cualquier tratamiento debería tener como eje al sujeto y no al objeto. Es decir, deberíamos apuntar a la sustitución, sólo en los casos más irreductibles a través de sustancias como la metadona, y siempre intentando amplificar el espectro de las satisfacciones del sujeto, donde cada uno pueda metaforizar en un objeto simbólico la falta que aparece taponada con la droga.

Esa falta que es estructural, que afecta a todos, afecta de un modo particular a quien se intoxica con sustancias hasta

llegar a “ser” adicto, y esa falta, se manifiesta en el habla del paciente, siempre que haya allí un analista para escucharla y descifrarla. Por lo tanto, un paso esencial en el tratamiento es estar atento a pequeñas manifestaciones, poder interpretarlas y arrancar al sujeto de la repetición compulsiva para, entonces sí, poder encaminar las cosas a otro modo y otros tipos de satisfacción. Esto es esencial pues nadie abandona el goce por nada, siempre el analista debe tener en cuenta que en su lugar se debe auspiciar un nuevo camino para el deseo, mejor puesto en relación a lo simbólico y no tanto a lo real como es una sustancia química.

Mencionaré brevemente de que modo apareció ya desde la primera entrevista con un paciente la dimensión de la falta, y allí la función de la droga como *suplencia*⁴, es decir como objeto que suple al objeto que falta. Se trata de un paciente de 24 años que en la primera entrevista y como presentación dice “*vengo a dejarla*” (en referencia a la droga). Teniendo 20 años había convivido con una mujer de 35 y su pequeña hija por más de dos años. La mujer era (y es) adicta a la cocaína desde hace muchos años. Nuestro paciente comienza a consumir en compañía de esta mujer pero nunca solo. Luego la relación se rompe, y ahí sí comienza a consumir solo, y cada vez hasta este momento en que la compulsión se le vuelve inmanejable. Comenta que cuando decidió convivir con esa mujer había asumido “*compromisos*” que no pensaba, refiriéndose a la pareja, a la hija de ella, a las exigencias de mantener el hogar

4. La “operación *pharmakon* como suplencia” se diferencia de la “operación *pharmakon* como suplemento” donde la primera implica la función de la droga como un elemento real que viene a suplir la carencia de un elemento simbólico (el reemplazo de un algo), mientras que la segunda, se aplica a sostener alguna función yoica narcisística que no se sostiene por sí misma (el agregado o adición de un algo), es decir, suplementar al yo ahí donde aparecen inhibiciones y límites a sus funciones (por ejemplo, beber alcohol o aspirar cocaína para ser más atrevido en la búsqueda de contacto social o consumir éxtasis para sostenerse en pie toda la noche bailando música electrónica).

y prácticamente convertirse en marido y padre de la noche a la mañana. Desde que se separó de esta mujer, o mejor dicho desde que ella lo abandonó hace dos años, no ha salido con otras mujeres. Dice además “*ahora no puedo salir con otras chicas por mi compromiso con la cocaína*”. Con “*compromisos que no pensaba*” se refiere tanto a las exigencias familiares como a su dependencia de la cocaína. El modo que había encontrado de seguir unido a esta mujer a la que aún ama, era seguir “comprometido” con ella a través del objeto que compartían, la droga. Y no salir con otras chicas era un testimonio de fidelidad al objeto de su compromiso. De esto deducimos que su adicción es secundaria a un duelo taponado por la droga: teniendo droga aún tiene a esa mujer, y por lo tanto no hay duelo alguno a realizar. Siendo la adicción “secundaria” el diagnóstico y el pronóstico resultan más favorables, más aún cuando en su presentación había dicho “*vengo a dejarla*”, donde leemos una voluntad inconsciente de dejar (hacer el duelo) por esa mujer cuyo resultado conllevaría seguramente el abandono de la droga que sólo cumplía la función de reemplazar al objeto perdido. Por la forma de comienzo, vemos que su adicción no pertenece a la estructura profunda de este sujeto, comienza siendo un factor de unión a la mujer, de identificación, y luego de la separación del objeto, le permite ilusoriamente sostener esa unión perdida por el rechazo de ella. Que la droga sea la *suplencia* de la ausencia de su amada, es fácilmente interpretable en frases como la siguiente: “la felicidad que tenía con ella, sólo la siento cuando consumo”. En realidad, explorando más, no es “felicidad” sino el alivio de la añoranza. No dejar la cocaína es seguir teniendo a su disposición a esa mujer. Por eso tampoco puede salir con “otras” mujeres, pues consumiendo sigue saliendo con aquella, consumir cocaína es lo que hacía cuando estaban juntos. “No puedo salir con otras por mi compromiso con la cocaína”, es una racionalización inconsciente, una forma de explicarse a sí mismo por qué no puede. Consumir cumple dos funciones: mantener la no pérdida del ob-

jeto y tener a mano una explicación para su imposibilidad en cuanto a salir con otras. Pero en verdad, no sale con otras por su fidelidad hacia aquella cuyo significante es la cocaína. Es racionalización y verdad al mismo tiempo: No hay otras mujeres porque está consagrado a la anterior. El mismo paciente lo dice textualmente: “no puedo dejarla”, y aunque él se refiera a la droga, esto significa que no puede hacer el duelo por la mujer amada que le dio la ilusión no sólo de una pareja sino que le restituyó toda una familia. Esto arroja claridad haciendo evidente que la propiedad química no es lo esencial. Se trata del lugar que ocupa la droga en la economía psíquica, tal como lo propone Le Poulichet (2012) en su importante libro *Toxicomanías y psicoanálisis*. De hecho este sujeto no es un adicto por estructura, disposición psíquica. Podemos ubicar su adicción dentro de una estructura neurótica y a su síntoma como un símbolo.

Motivos y causas en las adicciones desde el psicoanálisis

A nivel de los “motivos” cabe referir que estos pueden ser infinitos. Cada persona tiene sus propios motivos, y uno se asombra de no poder unificarlos debido a que cada vez se encuentra con otros nuevos. Son particulares como en el caso clínico recién comentado. Otra cosa es hablar de la “causa”, y esto no puede ser respondido por la investigación estadística de los motivos individuales, familiares, sociales que llevan a la droga, sino apelando a la estructura del sujeto que no tiene una realidad clínica como los motivos, sino inconsciente. En 2003 propuse la noción de “abstinencia estructural” y esa idea fue rápidamente aceptada. Se refiere a una condición esencial del ser humano: habitar en un mundo que, como dice Freud en *El malestar en la cultura* (1968a), no tiene nada, ni en el microcosmos ni en el macrocosmos, preparado para la felicidad del hombre. El hombre vive desde que es arrojado al mundo, al decir de Heidegger, en una situación de carencia con respec-

to al objeto de satisfacción. El hombre vive muy por encima de sus medios (Freud, 1915/1968b) pues resulta una empresa desmesurada –y sólo lograda a medias– la represión de sus tendencias naturales sacrificadas a la cultura. A eso llamo abstinencia estructural⁵. Todo lo que puede hacer es encontrar recursos contra ese agujero del objeto, que se puede volver insoportable, según los recursos simbólicos que tenga cada sujeto para producir sustituciones (metáforas) satisfactorias. Con estos objetos Freud construye una serie que va desde la intoxicación, la religión, la ciencia, la neurosis, el arte, hasta la sublimación. Digamos entonces que los “motivos” no interesan al psicoanalista por ser accidentales, y porque cambiándolos, nada cambia, si los tomamos en su aspecto fenoménico. En cambio, repetimos, la causa es estructural: el dolor con que se experimenta la falta de objeto. Y ya sabemos que a grandes males, grandes remedios. La droga es el remedio para aquellos que no saben de otro remedio que exigiría un recorrido por los sinuosos caminos de la realidad, o sea del deseo. Aquí ya no hablamos de “motivos”, que es un concepto psicológico, sino de “causa”, y llegamos hasta el descubrimiento de una relación particular con el dolor del trauma de la castración, pero no más allá, la causa última permanece en la sombra. En palabras de Lacan, la verdad sólo se dice a medias. Esta lógica nos conduce a una nueva relación de las adicciones con la psicopatología: existe en el sujeto adicto una fuerte impronta perversa en la medida que la adicción consiste en *la fijación a un objeto real de satisfacción como rechazo, tapón inmediato, del objeto que falta en la estructura*. Pero más allá de esa presentación la adicción encubre una estructura melancólica pues implica la imposibilidad de desprender de sí al objeto perdido (y por ende la imposibilidad de tramitar un proceso de duelo), pero recuperado en la unidad narcisística con la droga (y sus efectos), unidad

5. La abstinencia aquí no es la falta de la droga sino la falta estructural del objeto que produce la adicción a un objeto, real o imaginario, como suplemento (López, 2003).

que a veces culmina en la muerte, como lo ilustra el mito de Narciso. Deberíamos reflexionar entonces en la relación de las drogas y la depresión.

La cancelación toxica del dolor y la restitución funcional

El concepto de “cancelación” está extraído del descubrimiento freudiano de la cocaína como analgésico. Si Köller⁶ se le adelantó a Freud en descubrir las funciones de la cocaína como anestésico, es porque a Freud no le interesaba su uso en la cirugía médica, sino como remedio para el dolor, es decir como “analgésico”. En la medida que la droga “cancela el dolor” (recordemos que para Freud el dolor físico y el psíquico tienen la misma estructura) ella misma se constituye en un tratamiento sintomático de gran efecto, en el sentido del *pharmakon* platónico (remedio y veneno al mismo tiempo) trabajado por Derrida en *La farmacia de Platón* (1975), pero no va más allá del síntoma. El dolor es producido por una inundación de masas de cantidad que el aparato psíquico no encuentra como tramitar. A ese exceso Freud denomina “trauma”. Por eso es tan difícil resolver el problema de la droga, mientras el trauma no haya entrado en la vía de la palabra como resolución simbólica. Ante el dolor crudo, no hay sino la cancelación, se trata de una acción directa, sin recorrido psíquico, sin esfuerzo de tramitación. En este sentido, lo que falla como mediación es la función del fantasma. El dolor no se puede imaginarizar, ni engañar en una satisfacción fantasmática. En este sentido es como la angustia. Por eso planteo que la droga como “solución”, cosa muy diferente a “satisfacción”, es un intento fallido de recrear la función del fantasma. Cosa lograda a veces en la intoxicación alucinógena de las drogas vegetales empleadas por los escritores del siglo XIX para abrir “las puertas de la per-

6. Karl Köller (1857-1944), colega y contemporáneo de Freud, probó la posibilidad de practicar intervenciones quirúrgicas oftalmológicas sin dolor utilizando la cocaína como anestésico local.

cepción” y encontrar experiencias inefables que sirvieran de inspiración. Cuando Freud dice en 1897 que la masturbación es la primera gran adicción (1968c), esto significa que el goce de la intoxicación es autoerótico, sin Otro, y que, sin embargo, es un intento de construir la actividad fantasmática, pero falla “la soldadura”, es decir la ligadura entre pulsión y lenguaje. Lo que se llama “el mal viaje” es justamente lo que llamé en su momento el “retorno a la pesadilla”, es decir, el fracaso de la fantasía placentera y la aparición en un real terrorífico, “desabonado” de todo símbolo o fantasía. Pero también es cierto que el “flash” es la explosión orgásmica que reemplaza al acto sexual, mediante el rechazo “a la cosita de hacer pipí”, según la figura de Lacan para aludir al rechazo de la función del falo y a la ilusión de un goce que pretende burlar ese obstáculo estructural, pero que a la larga fracasa.

Hay autores que han hecho un oportuno hincapié, a mi entender, en la función negativa de la cancelación. Por ejemplo, Giulia Sissa en su extraordinario libro *El placer y el mal: filosofía de la droga* (2000) dice que el goce de la droga sólo consiste en un “placer negativo”, el placer del alivio que implica la ingesta ante el estado de angustia e inquietud previa, y que en verdad la positividad de goce soñado no es más que una ilusión nostálgica, donde la experiencia placentera sólo consiste en verse liberado del dolor. He hablado incluso del “mito individual del adicto” que describo como la creencia mítica en una primera experiencia absolutamente satisfactoria en el flash tóxico, que el adicto pretende reencontrar en las sucesivas, sin jamás alcanzarla por la sencilla razón de que nunca existió tal como el mito la recuerda. Sissa (2000) lo ilustra mediante citas de grandes toxicómanos que han dejado sus testimonios en diarios personales y novelas más o menos autobiográficas tales como Thomas De Quincey, William Burroughs, Christianne F., Charles Baudelaire, etc. Por mi parte, entiendo que esa función negativa no es la única en la intoxicación, existe también una función positiva a la que llamé “restitución fun-

cional”. En la droga se busca algo positivamente, no sólo cancelar el dolor, también se busca activar, restituir la fantasía, es decir gozar de algo más ligado al significante como es la fantasía, no sólo un goce del cuerpo por la modificación que produce la sustancia química en las sensaciones psicofísicas. A tal punto creo que es así, que muchas veces las drogas han sido ingeridas por la actividad fantasiosa que ayudan a producir. Muchos escritores del campo de lo fantástico recurrían a la mezcalina con la ilusión de atravesar los límites de la conciencia. Es suficiente con recorrer el reconocido libro *El texto drogado* de Alberto Castoldi (1997) para comprobar cómo la intoxicación está relacionada con la fantasía. Pero este es un campo privilegiado, casi de lujo en el mundo de los toxicómanos ya que se refiere a los creadores de ficciones fantásticas. El toxicómano común está mucho más presionado por el dolor y la necesidad negativa de cancelarlo, busca más el embotamiento que la experiencia. Volviendo entonces a ese mundo cotidiano donde el toxicómano está atrapado, activar la fantasía es una manera de transponer el goce pulsional a lo placentero del fantasma, cosa que pueden hacer nuestros autores del “texto drogado” pero que no es accesible a todos. Pero ahí están ciertas drogas para remediar esa situación en tanto producen una actividad placentera de un fantasear inmediato, automático, casi sin sujeto ni trabajo psíquico. A esto llamo “restitución funcional de la fantasía”. La fantasía realiza una separación parcial del objeto real que sin embargo reaparece recuperado en el fantasma. Es a lo que se ve arrastrado el adicto, a introducir la función imaginaria del fantasma como recurso frente al trauma del dolor, y de paso, gozar de las satisfacciones que de él pueda extraer. Lo que propongo es que esta restitución funcional está destinada al fracaso ya que no hay verdadero fantasear sin trabajo psíquico. He llamado “giro a la pesadilla” al punto final del proceso que preanuncia la repetición de todo el ciclo en aquellos casos donde la fantasía producida por el efecto químico no logra velar la angustia ante la invasión

pulsional, haciendo inevitable su repetición. El toxicómano es un moderno Sísifo⁷ que en vez de cargar con una piedra, carga con la droga.

Lacan y la adicción en el campo del lenguaje

Pensar la adicción por fuera del campo del lenguaje es concebir al cuerpo como un organismo que responde sólo a leyes de la materia, y al hombre como un animal, aunque pudorosamente se le agregue racional. Cuestión ya desmentida por la histeria en el psicoanálisis, por la “eficacia simbólica” en la antropología levistraussiana, y hasta por Jakobson en lo que se refiere al deterioro afásico, que como lo enunciase él mismo y fuese retomado por Lacan, no sigue las leyes de los procesos neurológicos sino la organización binaria de los mecanismos del lenguaje, como polos metafórico y metonímico de la producción simbólica. El rechazo del inconsciente y de la dependencia del cuerpo con respecto al significante no deja otra salida que la ilusión imposible de la adecuación *epistemo-somática*, es decir, el forzamiento para hacer entrar al cuerpo humano en las leyes de la biología, desconociendo la función del goce en el cuerpo. De esto se ocupó Lacan en *Psicoanálisis y medicina* (1999). Es impresionante escuchar como el complejo adictivo muchas veces está determinado por la letra, “material sutil” de eficacia psíquica, y no por la sustancia, materia en bruto de eficacia neurofisiológica, y más sorprendente aún es ver las transformaciones que produce en sujetos adictos una interpretación psicoanalítica en su momento justo. Un hombre

7. En la mitología griega Sísifo es referido como rey fundador de Éfira, promotor de la navegación y el comercio, pero también era reconocido por su inagotable avaricia y el uso de diversos medios ilícitos para aumentar sus riquezas. Sísifo fue confinado al inframundo donde recibió como castigo el empujar un gran roca circular por una cuesta empinada hacia la cúspide de una montaña, pero antes de llegar la roca siempre volvía a descender por lo que debía repetir este frustrante acto, desde el principio, una y otra vez.

adicto a la cocaína llegó diciendo “me suplemento con blanca”, y a poco andar el análisis descubre que siendo muy niño su madre fue abandonada por su marido, obligándola a estar fuera de casa todo el día para trabajar. El paciente y sus pequeños hermanos quedaban solos, a la buena de Dios, hasta que una vecina se apiadó de ellos y les brindaba cuidados, un poco de amor, y hasta algo de comer. Casi por casualidad el paciente luego menciona que esta vecina se llamaba Blanca, un detalle que no pasó inadvertido al terapeuta. Lo que el sujeto encontraba en el polvo de cocaína (“la blanca” en el argot marginal) era aquella relación con la Blanca, su vecina de infancia, suplencia de la madre ausente. Y ese reencuentro, no por imposible menos vigente en su historia, es lo que hacía su adicción tan compulsiva. Su adicción repetía y actualizaba sin cesar una profunda necesidad de “Blanca” ante el desamparo.

Elementos e indicaciones generales en la dirección a la cura

En términos simples, la diferencia entre los tratamientos médicos y el psicoanálisis, consiste en que los primeros son en general coercitivos (obligados por la familia o la justicia sin participación activa del paciente) y, en un principio, represivos (se basan en la prohibición de la droga)⁸, mientras que

8. No considero importante, ni siquiera benéfico, que el tratamiento esté enfocado a la supresión de la droga, que es sólo un efecto de un problema más complejo. Apuntar a la abstinencia es algo artificial mientras esa solución no sea revista y sustituida por otras soluciones. El adicto no es una maquinaria descompuesta porque se llenó de un “combustible” equivocado; es un sujeto que ha encontrado una solución a un intenso malestar, creyendo haber encontrado la llave de la felicidad (ilusión que dura muy poco). Los tratamientos por la supresión fracasan por sólo apuntar mecánicamente a los efectos, si bien es cierto que hay sujetos que llegan a tal estado de desorganización que a veces es necesario internarlos y comenzar por una cura de desintoxicación pero sólo como una puerta de entrada a la posibilidad de un tratamiento psíquico.

el psicoanálisis se aplica únicamente con consentimiento del paciente y *su objeto y finalidad no es la droga sino el lugar que la droga ocupa en la realidad psíquica del sujeto*. Hay que evaluar muy bien aquellos casos en que el paciente llega a la consulta obligado, para ver si será posible generar algo de la transferencia positiva, pues el tratamiento no podría instalarse sin esa condición⁹. La participación del paciente es bienvenida pero secundaria en una comunidad terapéutica por ejemplo. Mientras que el psicoanálisis que no apunta a quitar la droga, sino que espera que ello suceda “por añadidura”, enfoca las cosas como en cualquier otro caso no adicto, a un cambio de posición subjetiva. Se trata de un simple pero profundo cambio de enfoque: de la idea de “recuperación” (de la drogadicción) a esta otra de “transformación” (del sujeto).

Otro elemento a considerar es que no sea posible ofrecer una “mejor alternativa” a la supresión de la droga, el caso particular debe ser evaluado profesionalmente. Lo primero a tener en cuenta no es de qué sustancia se trata ni cuán nociva es para la salud. Lo primero es evaluar el grado de compulsión que sufre el adicto, es decir hasta qué punto está sujeto a la repetición del acto adictivo sin tener dominio sobre él. Nuestro criterio para determinar la gravedad es dónde situar a cada uno en la escala de la conducta compulsiva. Desde este punto de vista puede ser más grave una adicción compulsiva e inmanejable al tabaco (droga lícita, pero no menos droga) que un consumo festivo y ocasional de marihuana o incluso co-

9. Un tratamiento psicoanalítico debe empezar por favorecer que la transferencia psicoanalítica se instale (que va más allá de una buena relación persona a persona) para poder hacer eficaz el instrumento fundamental del analista que es y será la interpretación. Lo digo tan enfáticamente porque se escuchan voces que hablan de una era post-interpretativa en el análisis, que no deja de ser una infiltración de una ideología cultural, donde todo ha ido perdiendo sentido, y aquello que Víctor Frankl llamó “en busca del sentido”, (que no es lo mismo que la curación de los síntomas o la modificación de la conducta) hoy resulta una banalidad para todas las técnicas, salvo para el psicoanálisis cuando se refiere al tratamiento de un adicto.

caína. De todos modos, siempre es preferible un tratamiento ambulatorio (cuando sea posible) a una internación o “recuperación” en granjas¹⁰ o institutos similares. Es el adicto quien debe trabajar en su problema, no los demás en su lugar. Ahora, en casos graves, se recurre al método de “reducción de daños”: ofrecer un fármaco más o menos inocuo que tenga propiedades similares a las de la droga que se quiere dejar. Se practica con adictos a la heroína administrándoles metadona o algún similar. Las comunidades terapéuticas están indicadas en casos extremos y sólo como el comienzo del tratamiento. Aunque el adicto en el tiempo de la comunidad deje la droga, no hay que ilusionarse con ello, porque volverá a consumir o la reemplazará por alguna otra forma de compulsión.

Los psicoanalistas no somos de ninguna manera especialistas en esto o aquello, tampoco especialistas en adicciones, somos simplemente psicoanalistas y trabajamos con la producción inconsciente, donde la palabra droga, o la posición subjetiva “soy adicto”, son un significante entre otros. Identificar al paciente por su adicción, limitándolo en su ser a la calificación “es adicto”, nos conduce al “*furor curandi*”, y como necesario corolario a la impotencia. Trabajamos con la imposibilidad, no con la impotencia. Por lo cual, y para no pecar de ingenuos, diremos que no todo caso de adicción es propicio al psicoanálisis. Los psicoanalistas no debemos despreciar o rechazar métodos alternativos, sólo diremos que ése no es nuestro campo y que ciertos métodos coercitivos están fuera de nuestra ética y por lo tanto de nuestra práctica. No todos los toxicómanos pueden decidir su deseo por el psicoanálisis, es el momento de “retirarse en silencio” como decía Freud.

En cuanto a indicaciones generales, creo que lo primero es *no desresponsabilizar al sujeto*, buscando culpables tanto en la sustancia química, como en la familia¹¹ o en el medio, pues

10. Comunidades terapéuticas.

11. La familia tiene un lugar importante en cuanto le toca advertir el problema, orientar al hijo/consorte/padre y estar dispuesta a modificar modos de

aunque todos esos factores operan como condiciones, la causa, como dijo Freud “está en la vida sexual del sujeto”. Se trata más bien de los recursos defensivos del sujeto con respecto a lo imposible de un goce sexual absoluto, y un intento vano por hacerlo posible en su desplazamiento al acto tóxico. Es la función que cumplen las drogas “sexolíticas” como las denominó el psicoanalista francés Charles Melman (1988). Segundo, *despertar el sufrimiento que lo ha llevado a consumir*, atravesando los fantasmas del goce, o según expresión de Calligaris (1987), del *espejismo de goce*. Tercero, *apostar a la función del significante*. No suponer que porque la droga sea una sustancia y su efecto sea químico sobre el cerebro, deja de ser, al mismo tiempo un “valor” como dijo Freud del objeto fetiche, es decir, un símbolo interpretable. Cuarto, *sostener por sobre todas las cosas la relación transferencial*, si es que mínimamente hemos logrado establecerla. Con mucha frecuencia ese hilo delgado de la transferencia es malogrado pues el analista no sostiene su apuesta, y en momentos de apuro, apela a resortes exteriores al análisis. Si la transferencia se ha establecido, muy pocas veces es necesario desplazarse a otros recursos.

Si algo resulta fácil de arruinar es la transferencia, sobre todo cuando el analista comienza a obsesionarse en la cura por “abstinencia”, (estar esperando ansiosamente que el paciente deje de consumir) dándole cada vez más lugar al objeto y menos al sujeto. El psicoanálisis sostiene que lo que cura en verdad es la transferencia, sin dejar de lado el recurso al significante, y también, por qué no, a la curación espontánea debido a ciertos cambios introducidos en la vida o las relaciones del paciente, o debido a que el sólo hecho de comenzar un tratamiento donde es escuchado y reconocido en su sufrimiento, favorece que se produzca un punto de abrochamiento de un proceso espontáneo ya en marcha y que requería de un acto

relación, sobre todo con respecto al que tiene problemas de drogas, pero el tratamiento estrictamente hablando es individual y privado.

del sujeto, como el de entrar en análisis. Son esos “milagros” que encontramos a veces muy rápidamente, y que no necesariamente son falaces. Lo que pasa es que a los analistas nos cuesta aceptar que el paciente se cura por lo que él hace, no por lo que nosotros hacemos. Nosotros “soportamos” en el sentido de ser soporte, mientras que su inconsciente trabaja. Creo que es importante también intervenir para que el paciente pueda construir un relato, o quizá reconstruir su propia historia. Entre el “cortocircuito” de la droga que es pura inmediatez sin recorrido, la “reconstrucción de la historia” como propone Lacan en el Seminario 1, funciona ya como una “realidad”, es decir como una espera, como una demora, como un recorrido metonímico del deseo en la palabra.

Nunca la droga se abandona de verdad por un esfuerzo de la voluntad, destinado al fracaso las más de las veces. Es necesario producir un cambio en la economía psíquica, es decir en la orientación de la libido, de tal modo que la intoxicación no sea ya necesaria como única satisfacción libidinal. En cuanto a la adicción, la curación deviene cuando la droga se deja como si fuera una muleta que ya no es necesaria, cuando deja de producir atracción irresistible, y que incluso comienza a molestar, a distraer de lo que ahora interesa al sujeto realizar. Pero siempre, el principio básico que dirige la acción del psicoanalista es pasar de la idea de “recuperación de la adicción” a la propuesta de “transformación del sujeto.” Estos logros son de por sí accesibles cuando nos encontramos con ciertos pacientes neuróticos, que aunque adictos a las drogas, no limitan sus modos de satisfacción al consumo de sustancias tóxicas, su deseo no está monopolizado por la droga sino que tienen además otros caminos por donde encauzar los intereses de su vida. Son sujetos que traen sus conflictos, y entre ellos, a modo de síntoma, el problema del consumo. En casos más terminales, donde “el tiempo de la droga” ha invadido todo el tiempo del sujeto, las cosas son más difíciles y el analista debe apelar a su capacidad de creación de recursos, pero siempre dentro de

estos principios básicos que hemos tratado de delinear en este capítulo.

Referencias bibliográficas

- Calligaris, C. (1987). La seducción totalitaria. *Psyché*, 30, 5-7.
- Castodi, A. (1997). *El texto drogado: dos siglos de drogas y literatura*. Madrid: Editorial Anaya.
- Derrida, J. (1975). La farmacia de Platón. En *La diseminación* (pp.93-261). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Freud, S. (1930/1968a). El malestar en la cultura. En *Obras Completas*, Tomo III (pp.1-66). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915/1968b). Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte. En *Obras Completas*, Tomo II (p.5). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1897/1968c). Orígenes del psicoanálisis (cartas, manuscritos, notas, 1897-1902). En *Obras Completas*, Tomo III (p.798). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Le Poulichet, S. (2012). *Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1999). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- López, H. (2003). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Melman, C. (1988). Du sexolitiques. En J. L., Chassaing, *Écrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies* (p.665). Paris: Editions de l'Association Freudienne Internationale.
- Sissa, G. (2000). *El placer y el mal: filosofía de la droga*. Barcelona: Editorial Península.

CAPÍTULO 3

El elemento socio-histórico del individuo en la terapia cognitivo conductual de las adicciones

Carlos Hernández Armas¹⁻²

Universidad Autónoma del Estado Hidalgo/Child Fund, México

Introducción

Las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) han sido una de las corrientes psicológicas más estudiadas y utilizadas en el tratamiento de las adicciones y han sido también unas de las de mayor desarrollo en los últimos años en el campo clínico, avalando su éxito en un gran número de publicaciones, adeptos y eventos que la potencian.

Sus logros radican principalmente en la practicidad: el mundo actual nos pide resultados evidentes y objetivos. La medida son los productos tangibles que nos pueda ofrecer ante la demanda inmediata de las instituciones. Las Terapias Cognitivo Conductuales respondieron a las necesidades de este contexto histórico y le brindaron a la psicología el factor práctico que había estado ausente en las corrientes subjetivas como el psicoanálisis y el existencialismo. El conductismo y las técnicas basadas en el aprendizaje lograron que la conducta fuera un objeto de estudio real, compartido y aceptado por las demás áreas del conocimiento, alcanzando una científicidad sin precedentes que se permeó en el ámbito educativo, social,

1. Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma del Estado Hidalgo. Maestro en Procesos Cognitivos, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey. Académico de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado Hidalgo, México. Coordinador de Programas en Child Fund México. Correspondencia dirigirla a: carlosaugustoarmas@hotmail.com

2. Colaborador en campo: Alejandra Ochoa Rodríguez.

industrial y de la salud. Las Terapias Cognitivo Conductuales han abierto más posibilidades en la mejora de la salud de las personas, en sus dificultades de aprendizaje y en la productividad de las empresas que ninguna otra.

Sin embargo, a la par de este desarrollo han surgido los debates respecto a las implicaciones que ha tenido su abordaje. Las Técnicas Cognitivo Conductuales le han restado preponderancia a los elementos históricos y culturales del individuo, debido a que éstos son difíciles de registrar y medir objetivamente. Para equilibrar el panorama, las corrientes sociales e incluso las filosóficas le han contrapuesto sus conceptos para hacer evidente el valor subjetivo. Para no olvidarlo. Esto no quiere decir que los teóricos cognitivo conductuales no hayan considerado estos elementos, simplemente que la demanda del momento no los valoriza tanto como a una conducta que desemboque en productos que respondan a las necesidades institucionales.

Tal es el caso de la intervención cognitivo conductual en los casos de adicción: son indudables sus resultados; su efectividad se refleja objetivamente en el comportamiento de quienes las padecen. Pero, ¿qué tanto la preponderancia a la funcionalidad social del adicto ha restado importancia a sus capacidades de elección, a sus dilemas filosóficos, a su papel que juega como elemento socio-histórico? ¿Qué es lo que pasa en el mundo subjetivo del adicto mientras regresa a cumplir con sus funciones institucionales? ¿Qué tanto se sacrifica al ser humano, al condicionarlo o educarlo según las normas o las expectativas de las instituciones (e incluso las de los terapeutas)?

Esas son las preguntas que se intentarán debatir en el presente texto, con la intención de hacer visibles estos elementos que no han sido olvidados, pero sí disminuidos y que posiblemente enriquecerían aún más el importante papel que juegan las Terapias Cognitivo Conductuales en el tratamiento de las adicciones en nuestro mundo contemporáneo.

El momento de las terapias cognitivo conductuales

Sin el afán de hacer un resumen académico de los modelos y teorías más importantes de esta corriente, haré un repaso breve del porqué de su importancia, basándome en paráfrasis de sus mismos estudiosos.

Las Terapias Cognitivas se basan en el supuesto de que la percepción y la forma en que se estructura la experiencia son lo que determina los sentimientos y las conductas de los individuos. Esta estructura de la experiencia también recibe los nombres de *constructos cognitivos*, *esquemas mentales* o *supuestos personales* y se refiere a una organización abstracta de conceptos, ideas y valores que pueden ser o no conscientes. Estos esquemas pueden permanecer inactivos durante largo tiempo y desencadenarse ante situaciones concretas ocasionando distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas (Be-coña & Cortés, 2008).

El objeto de estudio de la TCC es la conducta, la cual es susceptible al registro y la medición en sus diferentes niveles (comportamentales, fisiológicos, emocionales y cognitivos) y en sus diferentes expresiones (encubiertas y manifiestas). La conducta se aborda como un fenómeno aprendido a partir de lo histórico y biológico del individuo y al ser aprendida puede ser modificada con un programa de intervención (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

La TCC pone énfasis en los determinantes actuales de la conducta, en lugar de sus determinantes históricos, esto con la finalidad de estudiarla y tratarla en términos objetivos (Kazdin citado en Caballo, 1998). Las técnicas que utiliza han derivado de la psicología experimental y buscan la disminución del sufrimiento emocional y el progreso de su funcionamiento (Caballo, 1998).

El término *funcionamiento* nos remite a que debe existir un parámetro de funcionalidad, es decir, una línea que nos permita discernir con exactitud *lo que funciona* de *lo que no funciona*

y, en base a esto, intervenir. Sin embargo, no es esta una tarea simple si intentamos conceptualizar el parámetro más allá de una moralidad obvia. La *funcionalidad* siempre implica la calificación de un agente externo (individuo o institución) que indique lo esperado, para saber cuándo no se cumple con ello. Y aún con esas categorizaciones, en la vida cotidiana siempre hay ambigüedades que restan lo obvio a los diagnósticos. Por ejemplo, un individuo que tiene una familia estructurada, que trabaja todos los días y da los resultados productivos esperados, que se lleva bien con sus vecinos, pero que todos los días consume una línea de cocaína, ¿es funcional o no? Un camionero que para poder manejar durante la noche y así cumplir en tiempo y forma con sus entregas de comestibles, ingiere con frecuencia metanfetaminas ¿es funcional o no?

Lo que se ha buscado en psicología, es que en base a las esferas psico-sociales se distinga lo psicopatológico de lo que no lo es; pero cada vez es más notorio que los parámetros funcionales se estipulen en base a la productividad y estabilidad de los individuos, mas no de los fenómenos que acontezcan en su mundo interno (ya que estos no son proclives a ser registrados y medidos).

A pesar de estas dificultades, la TCC ha logrado construir una metodología consistente que se basa en un enfoque empírico que da cuenta de sus alcances; ha estandarizado sus intervenciones y ha puesto especial atención a los procesos de evaluación de resultados y con esto ha conseguido evidenciar la eficacia de la psicología, cuando anteriormente las hipótesis y tratamientos se quedaban en el mero ámbito abstracto y discursivo.

En su *parte conductista*, la TCC busca aplicar los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente para modificar las conductas desadaptativas (Lazarus, 1980); en su *parte cognitiva* utiliza como estrategias fundamentales el pensamiento deductivo y la comprobación de hipótesis para que el individuo identifique sus pensamientos disfuncionales

(Ruiz, et al. 2012) y las principales fuentes para conocer estos pensamientos son la expresión oral, los pensamientos y sentimientos que se experimenten en terapia y el autorregistro. Después se conceptualizan los problemas del paciente para poder hacer un plan de intervención con el objetivo de modificar las distorsiones cognitivas y finalmente este cambio se refleje en la conducta del individuo (Becoña & Cortés, 2008).

Terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la drogadicción

La psicología aborda al consumo de drogas como un acto voluntario que busca alterar el estado fisiológico y por ende, el estado mental de quien las consume, en ocasiones para conseguir la paz, la energía o la expansión de la conciencia (Morgado, 2005).

Las TCC postulan que el consumo de drogas se aprende y más allá del poder neuroactivo que contienen, también funcionan como reforzadores de conducta al ser asociados con frecuencia a pensamientos de jerarquía social, de aceptación, de diversión, entre otras. Es decir, las drogas sirven para conseguir algo a nivel biológico, psicológico o social. Por ello, el proceso terapéutico se encamina a que el paciente identifique las situaciones de riesgo y aprenda métodos alternativos en lugar de tomar alcohol o consumir drogas (Zweben citado en Esmorto, 2010). Algunas técnicas, como el Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento, buscan que el sujeto aprenda a resolver sus conflictos por medio del desarrollo de algunas habilidades como el autocontrol, la capacidad de rechazar el consumo, la habilidad de conversación y escucha, entre otras (Becoña & Cortés, 2010). Algunos otros programas de la TCC, se basan en el Aprendizaje Social, por ejemplo, el Programa de Intervención Breve para Adolescentes, desarrollado en la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como objetivo identificar los patrones de consumo, para que el adolescente

pueda hacerlos conscientes y posteriormente pueda cambiarlos (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2009).

Los anteriores modelos son sólo un ejemplo de las intervenciones exitosas que han tenido las TCC en el tratamiento de las adicciones; sin embargo, a continuación se analizará la contraparte de estos resultados. Ya que, como se mencionaba al inicio, hay aún contradicciones que, al ser tratadas, posiblemente abrirán nuevas zonas de sentido que permitan potenciar aún más la eficacia de este modelo.

Omisión del factor histórico-social y subjetivo en las terapias cognitivo conductuales

Las Terapias Cognitivo Conductuales restan importancia a los eventos que acontecen en el mundo interno del individuo para centrarse en su conducta (Lazarus, 1980); y varios de los postulados, principalmente los relacionados con los procesos de condicionamiento fueron derivados de experimentos de laboratorio. No prestan atención a los fenómenos catalogados como *inconscientes* ya que se enfocan a modificar pensamientos y conductas del presente en su funcionamiento actual, sin investigar en el pasado (Rozados citado en Esmorto, 2010).

Como se abordó en la introducción, la intervención se dirige a la adaptación del individuo a su contexto o, dicho más a detalle, a la adaptación de sus pensamientos y su conducta a las demandas de las instituciones y las personas. La terapia va encaminada a que sea un individuo funcional en el entorno social y económico. Como ejemplo revisemos la lista de características de los patrones desadaptativos de un drogadicto según Cano y Berjano (1988):

1. Fracaso en actividades laborales y escolares.
2. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso (conducir un auto, realizar actividades bajo los efectos de la sustancia, etc.)
3. Problemas legales recurrentes como consecuencia del

uso de sustancias (arrestos, denuncias judiciales, policiales, etc.)

4. Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia (violencia física, verbal, discusiones con la familia o pareja a consecuencia de la intoxicación, homicidio) (p.13).

Como se puede observar, la *funcionalidad* del individuo está regida por las normatividades que provienen del exterior, de la otredad. Según este parámetro, si un sujeto trabaja, va a la escuela, no pone en riesgo a las demás personas, no tiene problemas legales o personales, entonces no necesita acudir a terapia, aunque lo aquejen sufrimientos emocionales. Por otro lado, si un individuo no trabaja ni va a la escuela está desadaptado y por lo tanto requiere ser atendido, aún en el caso de que la persona manifestara sentirse en paz. Es por ello que las TCC han sido tan bien recibidas en el ámbito empresarial, el cual ve con buenos ojos el contar con profesionales en psicología que ayuden a la empresa a mantener más adaptados a los empleados y así asegurar su producción.

Ahora bien, la historia no sólo abarca el periodo de vida del individuo, sino que se remonta hasta los momentos sociogenéticos que se extienden generacionalmente. Corrientes como la Vigotskiana han explicado la conducta a través de la interacción social y la cultura y han logrado también una fuerza conceptual y epistemológica de bastante bagaje y prestigio que las han situado también en la vanguardia del avance de la psicología actual. Opciones como la Psicoterapia Social y la Psicoterapia Construccionista han logrado aterrizar la amplia teoría social en técnicas aplicables dentro del consultorio en un esfuerzo por desindividualizar a los pacientes y tomar en cuenta su historicidad y su cultura en los procesos psicológicos. La preocupación que ha aquejado a múltiples autores como Martín Baró es la renuencia de las diferentes corrientes psicológicas a unirse y reforzarse mutuamente, lo que trae como consecuencia que los procesos que se viven al interior de

los consultorios y las escuelas quedan al margen de las necesidades y problemáticas de los pueblos latinoamericanos (Baró, 1986).

La propuesta del presente texto es enlazar ambas posturas, la Terapia Cognitivo Conductual y las Teorías Sociales, a fin de encontrar coincidencias que puedan salir a la luz y se practiquen, en un intento de ampliar nuestra visión como teóricos y practicantes de la psicología.

Sociedad e historia en las técnicas cognitivo conductuales

Ya se ha abordado que las TCC se centran en los procesos presentes del individuo, más que en sus elementos históricos y culturales. Sin embargo, a continuación se expondrán algunos ejemplos de cómo estas técnicas en realidad sí contemplan este elemento abriendo la posibilidad de que se potencie aún más su estudio y utilización.

1. Hipótesis de conceptualización. Walter Riso (2006) menciona que el trabajo terapéutico comienza con una *hipótesis de conceptualización*, la cual orientará una búsqueda de lo relevante a partir de lo que sucede en el presente. “La tradición conductual es reacia a incorporar elementos del pasado, ya que sus estrategias de intervención están dirigidas al aquí y ahora. Lo que ya ocurrió no tiene cómo modificarse o solucionarse” (p.122). Sin embargo, en la misma tecnificación de este concepto, se acude a menudo al pasado como un factor fundamental para la comprensión del acontecer psicológico: “(...) de manera distorsionada, la información almacenada sigue actuando como un conjunto significativo de decisiones y comportamientos. El pasado no desaparece, queda depositado en distintos esquemas y sigue transformándose” (p.123). Se concluye que el núcleo central de los constructos cognitivos a menudo se encuentra en hechos pasados que se mantienen latentes y que son desencadenados por situaciones actuales.

Ahora bien, si los procedimientos se encaminaran a la resolución de las situaciones actuales sin estudiar el evento nuclear ¿qué avala que no volverá a desencadenarse el síntoma en situaciones estresantes en el futuro?

2. Análisis e identificación de los esquemas constructivos del paciente. En esta fase el terapeuta estudia los factores de autoactualización y los estilos de vida constructivos con los que cuenta el paciente. Se basa en las teorías de Kobasa y Ellis (Riso, 2006). Para explorar las potencialidades del paciente, se revisa su historia con el objetivo de activar su memoria autobiográfica sobre los éxitos o logros personales. Nuevamente vemos la recurrencia a los elementos del pasado.

3. Técnicas para las habilidades de autocontrol. Los problemas de autocontrol se refieren a la incapacidad de reducir los comportamientos excesivos que son inmediatamente gratificantes, como lo son comer o consumir drogas (Martin & Pear, 2008). El tratamiento en los casos de problemas de autocontrol giran en torno a la idea de que el individuo se encuentra en medio de una oposición entre los reforzadores inmediatos (como el estado de relajación tras fumar cannabis) y los castigos menores con efecto acumulativo (como el daño en los pulmones). Con las técnicas de autocontrol la persona ajusta su propio entorno para controlar su conducta (Skinner, 1953 citado en Martin & Pear, 2008); es decir, emite una conducta controladora (por ejemplo, escuchar música relajante) para cambiar una conducta a controlar (por ejemplo, el fumar un cigarro de cannabis). Esta técnica y sus similares consideran que un elemento imprescindible para su éxito es que el paciente haga público su compromiso con sus propias acciones de cambio, ya que se asume la importancia de la interacción positiva que el individuo mantenga con su contexto social. Esto nos revela la idea de que el sentido de la terapia radica en que el sujeto sea capaz de responder a la conciencia social primigenia que existe aún antes de que aparezca la problemática individual. Lo social le antecede. Por lo tanto, si se estudiara a

fondo el marco cultural que establece las categorías de lo que debe ser *regulable*, se comprendería no solo la dificultad del paciente de mantener su propia regulación, sino que se tendría una visión más amplia del papel que él está jugando en un dinámica cultural, la cual, al mismo tiempo que recrimina su actuar, por otro lado refuerza el mantenimiento de la misma conducta. El acto de autorregulación para el consumo de cannabis es distinto en Ámsterdam que en Washington debido a que los lineamientos de regulación social son distintos en ambas culturas. Como conclusión: la regulación nunca es *auto*, ya que forma parte de un sistema normativo que proviene del exterior, es decir, de la cultura y, dicho sea de paso, del mismo terapeuta como representante de esta cultura.

4. Manejo de contingencias. Este programa aplicado con los adictos a sustancias consiste en que los pacientes reciben bienes y servicios contingentes a la abstinencia. En algunos casos se les entregan vales canjeables cada vez que cumplen con un objetivo o asisten a terapia. Esto en teoría mantiene la conducta esperada, reforzándola con estímulos placenteros (Becoña & Cortés, 2008). El cuestionamiento que surge con la aplicación de estos métodos es si en verdad el sujeto tiene la voluntad de modificar su conducta o en realidad lo hace por el placer del beneficio. Una de las implicaciones sociales que más han sido criticadas al conductismo es la experimentación psicológica centrada en las expectativas del experimentador o del contexto circundante y no en las necesidades del mismo individuo. La aplicación de reforzadores mantiene la conducta como una reacción mecanizada que depende completamente del beneficio recibido. Esto puede acarrear una doble posibilidad: la completa inconsciencia del sujeto respecto a su propio condicionamiento o la manipulación consciente de la situación a fin de recibir los beneficios. En el primer caso, el sujeto no sabría a ciencia cierta las razones para su cambio de conducta o bien puede explicar el cambio bajo las mismas justificaciones sociales que han motivado su tratamiento, por

ejemplo: “dejo de consumir drogas por el bien de mi salud”, sin que se tenga una certeza de qué es lo que eso significa. En el segundo caso, podemos encontrar a individuos con una *pseudocuración* que se sustenta en la disimulación de síntomas o en un control aparente de su consumo, a fin de continuar disfrutando los efectos de las drogas, a la par del goce de los reforzadores sociales. Algunas corrientes filosóficas como el Voluntarismo consideran a la voluntad como un don superior al entendimiento, en psicología social se concibe como un instrumento desalienante con implicaciones políticas. Desde ambas perspectivas se consideraría a un Programa de Contingencias como un proceso en el que el sujeto es únicamente un invitado en su propia transformación. Una propuesta conciliadora entre ambas posturas en apariencia tan lejanas, es que previo a la ejecución de un programa condicionante se revise la naturaleza del fenómeno de consumo, abordándolo más allá de las expectativas sociales o las implicaciones sanitarias, yendo más allá de los constructos personales, hacia la interpretación social que se le ha dado al consumo, concibiendo al pensamiento individual como un eslabón más dentro del sentido común primigenio que es la cultura. Y sólo tras ese proceso, y en pleno uso de sus capacidades de decisión, el individuo podría apoyarse de procedimientos como éste que le faciliten la ejecución de su propia voluntad. Los alcances podrían ser mayores, ya que en lugar de aplicar diques conductuales como “no tener disponible la droga” o “mantenerse alejado del ambiente de drogas” (Martínez et al., 2009), el sujeto sería capaz de decidir si se consumen o no, incluso en un ambiente en donde existan. Y si decidiera no hacerlo no sería por un premio o una sanción, ni siquiera por una razón específica, sino simplemente por su innegable derecho de ejercer la voluntad.

5. Teoría del apego. Son varias las técnicas y los autores (como Guidano y Liotti) que utilizan esta teoría de Bowlby para explicar el importante papel que las interrelaciones juegan en la organización y estructuración del pensamiento (Ca-

ballo, 1998). En la práctica se busca encontrar los orígenes de la conducta en los patrones de apego entre el niño y sus cuidadores. Este es un claro ejemplo de la valorización que las TCC le otorgan al factor histórico. Sin embargo, la limitante del estudio radica en considerar únicamente a la historia de vida del sujeto, a su pasado inmediato; es decir, el tiempo que ha transcurrido desde el momento de su nacimiento biológico hasta el presente (centrándose en éste último). El enfoque social propone que lo cultural ha antecedido a lo biológico comenzando la construcción psicológica en una pre-existencia que ya dota de significados al individuo. El construccionismo menciona que el *mundo social* contiene ya las pautas que va a seguir cada individuo que va naciendo; que su identidad está dada desde antes y al nacer interioriza los significados que van a regir su vida, incluyendo sus problemáticas, sus roles, sus carencias y logros (Berger & Luckman, 2001). Si seguimos esta idea, se puede hipotetizar que la drogadicción de una persona comienza incluso desde antes de que nazca, ya que sus antecedentes histórico-culturales van a delimitar su margen de pensamientos que posteriormente se verán reflejados en una conducta. La resistencia a aceptar estos preceptos radica en que éstos atentan contra la idea de que el sujeto es dueño de su destino y que puede decidir sobre su comportamiento; sin embargo, la negación del antecedente cultural, condena a que las intervenciones moldeen la forma, mas no comprendan el trasfondo de la conducta, y esto sea posiblemente una de las razones por las que se dificulta que los comportamientos deseados se mantengan una vez que se han eliminado los reforzadores.

Conclusiones: a la caza de la mente

Una de las tareas que ha ocupado a los psicólogos durante muchos años ha sido el encontrar la ubicación real o simbólica de la mente. Al ser una noción abstracta, se ha buscado echar

mano de las herramientas científicas que permitan comprobar su existencia. Uno de los mayores logros en el tema han sido los estudios neurocientíficos comenzados por científicos como Broca y Flourens, quienes descubrieron que las funciones conductuales y de pensamiento pueden ser ubicadas geográficamente en ciertas zonas del cerebro (Gardner, 2005). Sin embargo, con el paso del tiempo, se cayó en cuenta de que el cerebro funciona por la interrelación que existe entre las diferentes áreas del cerebro y ninguna función es exclusiva de alguna zona en particular. Investigaciones como la *neurociencia cognitiva social* que está teniendo auge en Argentina (Zaballetta, Lopez & Aguilar, 2014), rompen con el modelo genético sensible al proponer que en *la mente* se integra todo lo social y lo neuronal para posteriormente verse reflejado en la conducta.

Algo similar está pasando en la discusión entre los cognitivistas y los sociales, ya que los primeros han ubicado a *la mente* en los constructos del pensamiento y la conducta, mientras que los segundos están proponiendo actualmente que en realidad *la mente* no puede ser ubicada con seguridad en el plano de lo objetivo, sino que deambula entre las conversaciones humanas; de esta forma se ha “extraído” a la mente del individuo situándola “afuera”, en los significados que fluyen en las interrelaciones que se dan entre el individuo, su cultura y su historia.

Martín Baró (1986) mencionaba que los esfuerzos no se deben encaminar a identificar las carencias o virtudes de corrientes como la Cognitiva Conductual, sino a evitar una importación ahistórica y acrítica de esquemas que conduzcan a una ideologización teórica que no responda a las necesidades de nuestros pueblos.

La intención del presente texto es proponer la apertura entre ambos enfoques para que combinados logren complementarse y trascender más allá de los problemas individuales, para concebir al sujeto como un elemento que ha sido conse-

cuencia de su historia, pero que a la vez tiene la capacidad de influir en su entorno para mejorarlo.

Referencias bibliográficas

- Baró, I. (1986). Hacia una psicología de la liberación. *Boletín de Psicología Universidad Centroamericana*, 22, 219-231.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, J., Fernández, R., Casete, L., Bermejo, P., & Gradoli, T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica de adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgui, I., Llorente, J., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, A., & Villanueva, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Berger, P., & Luckman, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amarrortu.
- Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo veintiuno.
- Esmorto, H. (2010). *Terapia cognitivo conductual en la prevención y tratamiento temprano de las adicciones en adolescentes en riesgo*. Tesis para optar al grado de Maestro en Orientación y Consejo Educativo, Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida de Yucatán, México.
- Gardner. H. (2005). *Estructuras de la mente: la teoría de las inteligencias múltiples*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia conductista: técnicas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Martín, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson.
- Martínez, I. K., Salazar, M. L., Ruiz, G. M., Barrientos, V., & Ayala, H. E. (2009). *Programa de intervención breve para adolescentes que inicial el*

- consumo de alcohol y otras drogas*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morgado, I. (2005). *Psicología: de los genes a la cognición y el comportamiento*. Barcelona: Ariel.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Madrid: Urduliz.
- Zabaletta, V., Aguilar, M. J., & López, Z. (2014). Aportes a la investigación en neurociencia cognitivo-social. En E. Benito (Presidencia). Primer Congreso Latinoamericano Para el Avance de la Ciencia Psicológica. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.



CAPÍTULO 4

Humanismo y drogas: desde la necesidad de desarrollo al vínculo terapéutico de apoyo

Roberto Contreras Ramírez¹
Universidad Católica del Maule

Introducción. La droga como problema

Históricamente las drogas, en sí mismas, lejos de ser un problema, han acompañado armónicamente el desarrollo de la humanidad en una gran diversidad de usos y significados. Es así como sabemos que ha sido utilizada para diversos fines: como sedantes; como estimulantes; como un medio de propenderse o potenciar el placer o con propósitos ceremoniales y místicos.

Incluso hoy en día, pese a la suerte de demonización de la cual ha sido objeto, existe un uso cotidiano y naturalizado no sólo en las tendencias culturales de consumo de té, café, alcohol, tabaco, ciertos fármacos –medianamente reglados– entre otras menos reconocidas; sino que también evidenciado en una suerte de tolerancia e integración en determinados usos de drogas ilegales en circunstancias específicas. Por ejemplo, en el mundo de algunos artistas y profesionales, lo que parece estar condicionado, sin embargo, a partir de su utilización dentro de un escenario restringido, y en tanto es también comprendido como inocuo para el resto de las personas.

La perspectiva humanista existencial, desde un plan-

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología Universidad de Chile. Magíster en Educación, Mención Currículum y Administración, Universidad Católica del Maule (Chile)-Universidad Pontificia de Comillas (España). Doctor (c) en Ciencias Humanas Aplicadas, Universidad de Montreal (Canadá). Académico del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule. Correspondencia dirigirla a: rcontrer@ucm.cl

teamiento que no presupone cualidades de los objetos en sí mismos y menos aún en términos patologizantes de cualquier tipo, no va a centrar su atención en la droga sino en la persona que la utiliza. Esto tampoco será visto necesariamente de modo peyorativo o negativo, incluso llegando a plantearse favorablemente en algunos casos, particularmente asociados a perspectivas transpersonales.

El fenómeno de la droga como problema, parece relacionarse más con las expectativas de daño que esta pueda implicar para el sujeto mismo que la consume o para su entorno mediato o inmediato; lo que a partir del siglo XIX adquiere dimensiones fuertemente distintas al asociarse a procesos productivos y comerciales en abierto detrimento de algunos grupos humanos.

Desde este análisis, podemos reconocer la existencia de diversos motivos y propósitos para el uso o abuso de drogas, lo que dependerá no sólo de la voluntad o disposición psicológica del sujeto que las consume, sino que también de las condicionantes estructurales que regulan o favorecen su disponibilidad y que eventualmente llega a fomentar o forzar a su utilización y abuso.

Es posible destacar una dificultad adicional a lo anteriormente planteado, que complejiza de manera importante el acercamiento al consumo abusivo de drogas, y es que existe una variedad de marcada diferencia tanto en los efectos directos e indirectos provocados por las drogas como en los procesos relativos al consumo y características del consumidor. Si bien se ha intentado clasificar los distintos tipos de drogas entre cuyas definiciones se ha destacado la noción de drogas “duras” y “blandas”, estas diferenciaciones han respondido a concepciones más bien asociadas al impacto y valoración sociocultural de los grupos que la realizan, más que a las características mismas de los efectos que producen o inducen.

Desde la perspectiva humanista existencial es posible plantear la posibilidad de utilizar las drogas con propósitos

positivos o de desarrollo sólo en la medida que se diferencie claramente tanto los motivos e integración de sentido para las personas, como también relativa a las características de éstas en su efecto inmediato y en las consecuencias de su consumo.

Breve historia del acceso a una experiencia especial

Sin pretender abordar exhaustivamente una dimensión histórica, sabemos que desde los albores de la humanidad, las experiencias de exaltación del ánimo o de alteración de estados de conciencia a las que contribuye el uso de alcohol u otras drogas han sido significadas como atractivas y relevantes, llegando incluso a caracterizárseles como poderosas, peligrosas, secretas y trascendentes. Comprendido muchas veces como un privilegio para los grupos en el poder, en diversos contextos culturales también ha desempeñado funciones que con frecuencia los ligan al mundo oculto de los curanderos y hechiceros. En ambos casos se significará como una experiencia singular y exclusiva, dependiendo en gran medida de su disponibilidad como recurso y su utilización específica dentro de los márgenes definidos por una determinada sociedad.

Además de estar transversalmente asociadas al conocimiento de plantas medicinales en diversas culturas, existen rastros que también la reconocen en masivas producciones y consumo, con propósitos festivos muchas veces relacionados con eventos ceremoniales y religiosos. Desde la masificación de la producción de la cerveza en el antiguo Egipto, hasta la producción y distribución de importantes cantidades de vino en la Europa Medieval, entre otras múltiples fiestas, ritos y efemérides de diversas civilizaciones y grupos humanos; las drogas se teñían del efecto ceremonial orientado a un sentido social y espiritual también frecuentemente relacionado con los ciclos de la tierra y su producción.

No será sino hasta el período de la Colonia en América Latina, cuando comenzará a masificarse la producción de ho-

jas de coca, en virtud del reconocimiento que hacen de sus propiedades para favorecer la producción de las *encomiendas* características de la colonia española en los pueblos andinos. Tras esta experiencia, todavía vista dentro de los rangos de aceptación social, no va a ser sino hasta la llamada “Guerra del Opio”, en el siglo XIX, originada en los propósitos expansionistas británicos en Oriente, cuando se comercializará masivamente esta droga con un propósito estrictamente comercial asociado a su alto poder adictivo; sin tomar en cuenta el sufrimiento o daño generado en las personas. Parece ser desde aquí que comienza a transformarse en un “problema social”, junto con el desarrollo de una modernidad industrializada, urbana, obrera y mercantil, cuando comienzan a emerger necesidades diversas, tal como la aplicación del láudano ante algunas enfermedades, el *hashish* y *Las Flores del Mal* de una Europa existencial e identitariamente conflictuada, los “poetas malditos” y su uso de la absenta o “hada verde”, entre otros. En contraposición a un modelo virtuoso, no será sólo el alcohol el que devenga en condiciones de indignidad y vicio, sino que se integrará a la noción de lastre social este nuevo modo de utilización de estos antiguos brebajes.

Emergencia de la droga como problema social

Más allá de su utilización en el ámbito de la medicina, que se posiciona favorablemente acompañando el desarrollo de la modernidad y la ciencia en los siglos XIX y XX, el uso de las drogas como medio de satisfacción de necesidades se plantea cada vez más masivamente en este mismo período. Al expansionismo europeo le sigue una serie de conflictos y guerras, lo que define un nuevo escenario mundial global, centrado fuertemente en el desarrollo económico y el consumo de bienes y servicios como ejes de la actividad humana. En atención a todo lo involucrado en estos procesos, se acudirá crecientemente al apoyo de las drogas, legales e ilegales, para

mejorar condiciones o paliar las consecuencias adversas de los mismos.

La dimensión social de la experiencia se debate, además, desde la primera mitad del siglo XX, en torno a nuevas influencias de los medios de comunicación masivos que favorecerán intensamente los procesos publicitarios y la socialización de construcciones de significado social, definidos por los grupos de poder que detentan el control de dichos medios. En estas instancias se polarizarán mensajes desde aquellos que promueven el consumo de bebidas estimulantes, fármacos y tabaco, hasta prohibiciones y demonizaciones del alcohol y otros tipos de drogas, de sus productores y de sus consumidores.

Sin embargo, además del uso tradicional que mantienen ciertos grupos menos influidos por esta presión, no desaparece la búsqueda de referentes identitarios y motivacionales que buscan expandir las propias fronteras del ser y propenderse experiencias que amplíen o potencien sus facultades o les signifique aproximarse a alguna forma de trascendencia. En este sentido, la perspectiva humanista existencial y particularmente el enfoque transpersonal, comparte plenamente este aspecto del desarrollo y sentido vital humano. Para ello, tradicionalmente se ha acudido a una serie de prácticas disciplinares y rituales para las cuales muchas veces se echa mano a estimulantes o alucinógenos. En la búsqueda de experiencias cumbre, la exhaltación del ánimo y la alteración de los estados de conciencia, parecen ser efectos de propiedades de ciertas drogas que se ligan estrechamente a la vivencia subjetiva de lo especial, trascendente o sublime; y será particularmente significativo cuando además permite sintonizar con un Otro o un grupo que sea valorado como importante para el sujeto.

A partir de los fenómenos personales y sociales anteriormente descritos es que se va generando una actitud ambivalente, contradictoria o polar desde la sociedad ante el “problema de la droga”. Emergen modelos e iniciativas que intentan controlar y otros teorizar al respecto, entre los cuales se pre-

sentan muy diversas propuestas: desde modelos permisivos y promotores de experiencias especiales, como los observados en alguna propuesta de la antipsiquiatría –especialmente en los años 60’–, hasta la creación de organismos especiales de control internacional como la DEA (*Drug Enforcement Administration*) en los Estados Unidos. De aquella casi inconmesurable diversidad, es posible identificar algunos grupos humanos distinguibles por su participación dentro de los procesos asociados al fenómeno complejo de la droga y la drogadicción, principalmente: sus usuarios o consumidores, con diversos motivos y prácticas de uso; sus productores y comercializadores, en toda la extensa y diversa gama asociada a estos procesos; los organismos y agentes encargados de su control; y los organismos y agentes encargados del tratamiento de las personas que se definen afligidas por su abuso, entre otros.

Asociado a esta última categoría, el grupo de consumidores signados como usuarios, pacientes o beneficiarios de los programas o centros de tratamiento y/o rehabilitación, corresponderán con frecuencia a personas que acuden al uso y abuso de drogas como un mecanismo muchas veces compensatorio a alguna necesidad pobremente satisfecha. Muy probablemente, tal cual lo plantea Max-Neef en su noción de *Desarrollo a Escala Humana* (Max-Neef, Elizalde & Hopenhayn, 1994), el acceso a algunos bienes o recursos definidos como satisfactores, en este caso no sólo no logran satisfacer alguna de sus necesidades sino que tienden a dañar al sujeto mismo en otras o la misma dimensión al hacer uso de dicho satisfactor. Socialmente, en el devenir de la instalación del actual modelo de vida, más característico en la postmodernidad, centrado en el consumo y la autoexigencia para responder a las exacciones del mercado (Lipovetsky & Charles, 2008), hacen patente y modal aquella aseveración cuasi profética de los *Rolling Stones* cuando cantan *Satisfaction*². La insatisfacción bá-

2. La canción de un famoso grupo de Rock Británico que ya en el año 1965,

sica y existencial de un gran grupo de personas en Occidente, hacen eco de uno de los principales ejes de las propuestas de pioneros de la perspectiva humanista. Tanto Maslow (1982), como Perls (1976), destacarán la importancia de atender pertinente y oportunamente las necesidades no sólo básicas sino que también actualicen y potencien las posibilidades de desarrollo humano, en una búsqueda de sentido que Frankl (1984) vinculará al estar atento para escuchar y responder lo propiamente importante y trascendente.

Sin embargo, las personas que acuden a pedir ayuda presentan con mayor frecuencia un grado de vulnerabilidad e insatisfacción de sus necesidades que los distancia considerablemente a las posibilidades de acceder al nivel de autoactualización. En cambio, es más probable que utilicen las drogas como mecanismo evitativo o compensatorio asociado a los recursos a los cuales tuvo acceso para afrontar demandas personales, sociales y psicosociales para adaptarse a su entorno. El curso de esa dependencia, sin embargo, incluirá una compleja configuración asociada al tipo de drogas consumidas y las condiciones de posibilidad y apoyo existentes en su nicho de desarrollo.

Las trayectorias como diálogo entre opciones y posibilidades de desarrollo

La multidimensionalidad de fenómenos como el consumo abusivo de drogas en la sociedad hoy en día, involucra procesos que responden de manera cualitativamente distinta tanto en su proceso de génesis, mantenimiento y en los esfuerzos por revertirlo, como de acuerdo a las configuraciones de elementos o factores que caracterizan cada expresión de éste.

La unidireccionalidad de los procesos de daño consecuentes al impacto social de aquellos fenómenos nombrados como

insiste en la dificultad de obtener satisfacción en una abierta crítica social.

problemas psicosociales o patología social, implica un proceso o efecto explosivo que desde el elemento de origen impacta sistémicamente a todos aquellos otros elementos interconectados o dependientes. El transcurso de la recuperación o reparación, en cambio, no presenta las mismas características.

Si bien la propuesta humanista hace una propuesta a un metanivel, donde apuesta por una intervención en los procesos particularmente asociados a la satisfacción de necesidades a la base en cada persona y reconoce dentro de sus fundamentos la perspectiva holística e integrada de los fenómenos; no presupone un efecto sistémico de alto impacto, en términos de extensión de su efecto, sino que asume un punto de partida de un proceso focalizado en la persona y jerarquizado a partir de las urgencias detectadas por ésta; desde los recursos que vaya actualizando de modo que le permitan percibir el problema y hacerle frente. Esto implica acompañar procesos ineludiblemente personalizados y llevados paso a paso, pero siempre asumidos desde una visión integral e integrada de la existencia, donde el “problema” mismo se hace parte de una gama de alternativas reconocidas y desplegadas por el sujeto mismo en sus esfuerzos de adaptación y satisfacción de necesidades. En este sentido, en consecuencia, el uso de las drogas, incluso ilegales, será comprendido como un mecanismo adaptativo del sujeto, en tanto corresponde al acceso que posee a alternativas de recursos disponibles para intentar satisfacer sus necesidades.

Dejando en paréntesis las características de las drogas mismas, las cuales, de acuerdo a sus propiedades y características, pueden generar cursos de manifestación muy diversos respecto tanto a sus efectos específicos de daño fisiológico o disposición a la neuroadaptación como en relación a sus repercusiones en la vida del sujeto; las motivaciones que éste tenga pueden hacer una inmensa diferencia de acuerdo a cómo se integre en el sentido de vida del mismo.

Los cursos del consumo adquieren diversas derivas de-

pendiendo de variables como la edad de inicio, los motivos intrínsecos o extrínsecos a su base, la aproximación a la experiencia sea por déficit o motivación por desarrollo, la integración a un mundo de sentidos congruentemente asumidos y diversificados en el sujeto, así como su propia integración plena a los diversos procesos de convivencia y desarrollo humanos. Vale decir, existe también la posibilidad de ser comprendido como un ejercicio de búsqueda de sentido tendiente al desarrollo de potencialidades de la persona, o como un mecanismo compensatorio, evasivo, disociado o activamente autodestructivo en los casos que –sea como fuere referido en las narraciones eventualmente idealizadas por la persona– no se evidencie en congruencia con otros aspectos armónicos del ser o en congruencia a la propia regulación organísmica.

Si bien, a la base de la aproximación humanista a la persona en su rol de cliente consultante, se respetará siempre las propias construcciones y procesos de darse cuenta, para los cuales es valorado como protagonista y propietario empoderado; el curso de apoyo se sostendrá siempre hacia el acompañamiento hacia un mayor contacto congruente con sus necesidades. Si diferenciamos los tipos de motivadores en los diversos casos asociados a lo que pudiera plantearse como diversos estilos de consumo, parecen relacionarse con procesos condicionados por la historia de posibilidades de desarrollo, de satisfacción de necesidades y actualización de potencial, sufrido o gozado por el sujeto. Sobre la base de otro de los supuestos fundamentales de la perspectiva, que dice relación con comprender al individuo como una persona capaz de optar y actualizar sus opciones de vida en cada momento de ella, es posible comprender que el curso de las trayectorias existenciales, condicionadas estructuralmente y definidas subjetiva e intersubjetivamente por los sentidos y significados compartidos y apropiados, dependen en gran medida del equilibrio o resolución lograda entre las condiciones de posibilidad existentes en el propio entorno y las opciones realizadas de

acuerdo a la disponibilidad de recursos de respuesta que tenga cada persona. Esto se traduce concretamente en que las personas con mayores recursos personales y/o de apoyo desde su entorno, tendrán mayores opciones y probablemente mejores alternativas al tomar sus decisiones cotidianas para satisfacer sus necesidades; pero quien se encuentre en circunstancias desfavorecidas deberá también optar de acuerdo a los recursos existentes a su disposición.

Como parte de las características alcanzadas por las configuraciones de recursos personales o del entorno del individuo; aquellas relativas a la disposición interna del sujeto tendrán relación con la claridad de elementos presentes en su conciencia para dar respuesta pertinente y oportuna a sus necesidades, aparece como uno de los ejes fundamentales en los procesos de adaptación satisfactoria. La capacidad efectiva de darse cuenta tanto de los elementos internos como externos que debe tener en consideración para cualquier resolución de problemas, será fundamental a la hora de tomar las decisiones pertinentes para ello. En este proceso, las condiciones de “ruido” interno, relativos a cualquier distractor de carácter fantástico, ideacional, orgánico o afectivo; vale decir, cualquier preocupación o malestar, desviará la atención y conciencia del sujeto y lo predispondrá desfavorablemente ante las circunstancias a evaluar y decidir.

Entre los diversos grupos humanos, existen algunos que –dada la estructura ideológica cultural de los mismos– serán particularmente vulnerables de acuerdo a sus posibilidades y capacidades de acción. De los mismos, los jóvenes como grupo vulnerable en virtud de su estatus intermedio asociado a la crisis relativa a la adquisición de autonomía e inserción social, presentan una particular disposición a atender los elementos relacionados a su proceso de definición interno y externo. Esta gran fuente de ruido, les predispondrá a confusiones en la búsqueda de referentes, e influencias no siempre nutritivas respecto de sus opciones vitales y de construcción de identi-

dad. Las drogas y los diversos mecanismos de presión social que promueven su consumo, tendrán un particular eco en estas necesidades de este grupo humano.

Del mismo modo, otros grupos vulnerables como los ancianos y las mujeres, ante la congoja relativa a condiciones precarias de satisfacción vital, acudirán también a fármacos y alcohol como un modo de paliar las dificultades y vivencias internas. Fenómeno que paulatina pero muy crecientemente se va instalando en un gran grupo de población de todo tipo en occidente, en respuesta a un modelo social que ha tendido más hacia la desconexión, disociación, estrés y trastornos de carácter afectivo, asumido desde una fuerte presión de responsabilidad personal ante las exigencias de exitismo y consumo (Ehrenberg, 2000; Lipovesky & Charles, 2008).

En cualquiera de estos casos se hace necesario un trabajo de apoyo emocional que involucre la creación de condiciones de estabilidad y seguridad que le permitan al sujeto comenzar a acallar sus ruidos internos y consecutivamente a recontactarse consigo mismo y con sus genuinas necesidades. Ello involucrará un proceder que no deja de ser extenso y complejo; que deberá acompañar tanto las etapas precontemplativas para hacer conciencia de la necesidad, como los procesos de duelo y reparación que deberá emprender paulatinamente la persona hacia un mayor bienestar.

Acompañamiento y apoyo de las personas sufrientes

Los requerimientos para un encuadre terapéutico planteados por la perspectiva humanista se hacen mucho más exigentes cuando se trata de acoger a una persona con dificultades consecuentes al consumo abusivo de alcohol u otras drogas. Las condiciones de estabilidad del vínculo deberán ser particular e intencionadamente relevadas de modo que junto a la percepción de condiciones de aceptación incondicional, la persona perciba un “ancla” estable ante el vertiginoso revol-

tear de sensaciones y angustias a las que somete la experiencia de la adicción. Para hacerse efectivamente disponible en la conciencia del paciente es importante aparecer recursivamente en un marco de estabilidad y confianza que lo asegure. Estas condiciones de seguridad se afianzarán en un vínculo que le comprometa, cuando se hayan generado relaciones de aceptación basadas, consistente y congruentemente, en no juzgar, es decir, en que el cliente no se sienta juzgado o evaluado negativamente.

Por sobre estas condiciones de relación, vínculo y encuadre que permitirán al sujeto disponerse a comenzar un proceso de cambio, el acompañamiento que seguirá en este proceso, debe orientarse consistentemente en dos direcciones fundamentales: el establecer nuevas confianzas y proyectos de sentido para el mismo; y orientar a la recuperación de sus propios referentes personales, en la resonancia congruente que le permita reconocer una “salida” de sus problemas y el establecimiento de nuevos lazos y proyecciones.

En consideración de los principales ejes del enfoque, es relevante destacar aquellos que contextualizan y connotan las acciones y acompañamientos realizados en las eventuales intervenciones. En primer lugar, se propenderá a favorecer congruencia del cliente respecto de sus propias vivencias, tendiendo a recuperar su capacidad de regulación orgánica; esto modelando una necesaria congruencia y genuinidad por parte del terapeuta y revisando los referentes asociados a las condiciones de valía del propio sujeto, que probablemente, al ser condicionadas, han contribuido a llevarle al abuso de drogas. Esta misma orientación de acompañamiento, supone y refuerza las condiciones que favorecen las tendencias actualizantes de desarrollo de cada persona; desde la apreciación congruente de sí mismo, libre de presiones y fantasías que desconectan y generan insatisfacción; proyectando en cambio, acciones que atiendan efectivamente sus necesidades.

Para esto, el terapeuta debe lograr lo que Rogers (Rogers

& Stevens, 2003) llama el respeto positivo incondicional, que involucra la aceptación total del individuo, sin importar las condiciones de valía; apreciando al cliente de una manera plena, sin juzgar, de modo que la persona evolucione psicológicamente de manera constructiva. Sin embargo, en el ejercicio de acompañamiento mismo, es posible también utilizar –tal como lo incorpora el modelo de la Entrevista Motivacional en tratamiento de drogas– el respeto positivo condicional, consistente en aceptar y brindarle interés a un individuo sólo si cumple con algunas condiciones de valía; dado el mayor impacto que esta estrategia posee en la medida que genera mayor congruencia.

La propuesta se centra, en cualquier caso, en el acompañamiento de un proceso de desarrollo personal. En el planteamiento a la base, en el cual supone que un individuo con libertad psicológica se orienta organísmicamente hacia su vida plena, se facilita el tránsito por experiencias que otorguen protagonismo al sujeto, experimentando abiertamente sentimientos y disposiciones a la experiencia opuestas a las actitudes defensivas; que favorezca la adquisición de confianzas y el fortalecimiento de sí mismo como referente de valoración, como medio para alcanzar la conducta más satisfactoria en cada situación existencial. A través de este marco de apoyo, la aproximación a la experiencia global permite dejar de centrar la atención en el síntoma o mecanismo adaptativo del sujeto, para ofrecer una propuesta que le permita recuperar condiciones de posibilidad, desarrollo y sentido integrales que favorezcan la satisfacción de una mayor realización y bienestar personal.

Referencias bibliográficas

- Eherenberg, A. (2000) *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frankl, V. (1984). *Psicoterapia y humanismo: tiene un sentido la*

- vida?* México: Fondo de Cultura Económica.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2008). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México: Trillas.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1994). *Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Barcelona: Icaria.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico: testimonios de terapia*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Rogers, C., & Stevens, B. (2003). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu.

CAPÍTULO 5

Aproximación a las adicciones desde el enfoque sistémico

Cecilia Olivari Medina¹
Universidad Católica del Maule, Chile

Introducción

La conducta adictiva es un comportamiento que puede estar determinado por múltiples factores, tanto individuales como del contexto (DiClemente, Santelli & Crosby, 2009; Nation & Helfinger, 2006). Para su comprensión y abordaje se han planteado diferentes perspectivas que pueden hacer énfasis a algunos de estos aspectos en este comportamiento. Uno de los factores, que distinta evidencia ha considerado relevante en el inicio, mantención y luego en el proceso de detener el consumo, es la familia (Hidalgo Vicario & Júdez Gutiérrez, 2007; López Larrosa & Rodríguez Arias, 2010; Stanton & Heath, 2005 citado en Roizblatt, 2009). La familia es la principal instancia encargada del proceso de humanización de las personas, en ella se construyen las bases de la personalidad y de las modalidades de interacción social (Sáenz Rojas, 2009).

En el presente capítulo, focalizaremos nuestra atención en la familia, o más bien en el sistema familiar, en sus características y dinámica de funcionamiento cuando hay un integrante con dependencia a drogas, abordando los aportes que hace el enfoque sistémico familiar a la comprensión e intervención de la conducta adictiva.

1. Psicóloga, Universidad de Concepción. Doctora en Psicología, Universidad de Toulouse II. Magíster en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad de Concepción. Terapeuta de Familias y Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Académica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule. Correspondencia dirígela a: colivari@ucm.cl

El enfoque sistémico familiar y adicciones

El enfoque sistémico tiene entre sus bases epistemológicas los planteamientos de la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1992), quién plantea que todo organismo vivo es un sistema, es decir un conjunto dinámico de partes y procesos que interactúan recíprocamente entre sí y con el contexto donde se halla inmerso. Como ha planteado Ochoa de Alda, (1995) desde este enfoque se debe considerar que la familia es un sistema. Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo e incluye límites familiares y extra-familiares. Se puede señalar que la familia es un sistema dinámico, viviente, que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y búsqueda de acuerdos a ellas (Bouche, 2003 citado en Puello Scarpanti, Silva Pertuz & Silva Silva, 2014). En un sistema familiar se pueden observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, reglas de relación, ordenación jerárquica y teleología (Ochoa de Alda, 1995). La *totalidad*, hace referencia a que la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto que incluye además las relaciones existentes entre ellos. La *causalidad circular*, describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencias de conductas. Con la *equifinalidad*, se entiende que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema. La *equicausalidad* explica cómo la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos, lo que conlleva que para ayudar a la familia habría que centrarse fundamentalmente en el momento presente. La *limitación*, se refiere a que cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita una respuesta

distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Las *reglas de relación*, indican que en todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes. Por *ordenación jerárquica*, se entiende que en toda organización hay una jerarquía en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar que se va a hacer. La *organización jerárquica*, además de incluir el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, incorpora también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que se brinda a los demás. La propiedad de *teleología*, alude que el sistema familiar debe adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a todos sus miembros. Este proceso de continuidad y crecimiento, ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: morfostasis y morfogénesis. La *morfostasis*, es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio; la *morfogénesis* es la tendencia a cambiar y crecer, comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia (Ochoa de Alda, 1995).

En el ámbito de las adicciones, el enfoque sistémico familiar surge en parte debido a las limitaciones de los tratamientos individuales, y de observar que por ejemplo el paciente podía tener una recaída tanto cuando regresaba con su familia y/o si el paciente presentaba “una mejoría” (Marcos & Garrido, 2009). Además, se advertía un entorno inestable y problemático, en una gran mayoría de pacientes, y se constató que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente índice (Droguett, 2014). En base a estas observaciones, se asume que “el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que

la familia colabore y se implique en el tratamiento” (Marcos & Garrido, 2009).

En este contexto, se desarrollan tratamientos en base a lo que se conoce como el paradigma de la terapia familiar sistémica, que presentaría los siguientes principios en su abordaje (Ochoa de Alda, 1995): a) en este enfoque no se presta atención a los fenómenos aislados sino a las interrelaciones. Los procesos ya no son descritos en cadenas de causa-efecto sino que se intenta describir de qué modo las formas de conducta se condicionan recíprocamente; b) la conducta está influida no sólo por la conducta de los demás sino también por las ideas y procesos significativos que orientan y coordinan las acciones de los miembros de un sistema; c) un sistema es cualquier cosa definida por un observador como un “todo ordenado”; y d) no existe una realidad independiente del observador.

El enfoque sistémico-familiar se interesa principalmente en las interacciones entre la conducta adictiva y su ambiente, especialmente la familia. Como señalan Hernández, Vöhringer & Espinoza (2004) las funciones centrales que cumplen las familias en el transcurso de su desarrollo y ciclo vital, en el aspecto psicológico, aluden a dos dimensiones: la individuación y pertenencia por un lado, y el control y apoyo emocional por el otro. Cuando las familias tienen dificultades para cumplir con estas funciones y éstas son desarrolladas de manera insatisfactoria o deficiente para sus miembros, se puede hablar de un estado de disfunción familiar. Cuando existen estos estados de disfuncionalidad, los integrantes de la familia pueden presentar algún síntoma, entre los cuales está el consumo de drogas. Por esto, no es casual que el consumo de sustancias se inicie generalmente en la adolescencia, donde se ensayan nuevos comportamientos y nuevos límites a los mismos (Ramírez Villaseñor, 2001).

Para Minuchin, una familia es funcional o disfuncional por la capacidad de adaptación a variables como exigencias sociales y evolutivas de sus integrantes, valores individuales

y formas de enfrentar los dilemas de la vida cotidiana (Minuchin, 1994 citado en Puello Scarpartí, Silva Pertuz & Silva Silva, 2014). Es importante tener claro que para que una familia sea funcional no implica la ausencia de conflicto y estrés, sino que sería una familia que maneja de manera efectiva estas exigencias de manera de no interferir en el bienestar y desarrollo de sus integrantes (Roizblatt, 2006).

Para este enfoque el sujeto que presenta la conducta adictiva, se denomina “paciente índice” y con su adicción estaría representando el síntoma familiar. La función del síntoma es que la droga baja la angustia que acompaña a la separación y proceso de individuación propio de la adolescencia (Stanton, Todd et al. 1988). La droga da al adicto, una sensación de poder y omnipotencia. La droga funciona como un problema que mantiene unida a la familia, como símbolo de incompetencia del adicto (Stanton, Todd et al., 1988). Se ha planteado que el síntoma surge porque es “útil” para la familia y puede serlo de distintas maneras, y define la situación en familias donde el panorama es confuso o difuso (Puello Scarpartí, Silva Pertuz & Silva Silva, 2014).

Características de la familia con un miembro adicto

A partir de distintos estudios y experiencias (Barilari, Mazieres & Ravazzola, 2004; Saénz Rojas, 2003) se ha logrado identificar algunas características que se destacan en las familias con un miembro adicto. Entre estas, se tiene: a) *debilitamiento en roles materno y paterno, confusiones en la jerarquía*. Por ejemplo: un padre que se coloca en la posición de desvalido o una hija de 12 años que se comporta como una madre responsable. A esta característica también se le ha denominado incongruencia jerárquica, que deriva en gran parte por falta de límites o fronteras claramente establecidas; b) *carencia de fronteras claramente delimitadas*. Entre los distintos subsistemas, no habría claridad de las fronteras o estas no son respetadas;

c) *alianza particular del hijo paciente índice con uno de los progenitores*, en la que puede observarse a un padre sobreinvolucrado con el hijo(a) que consume drogas, mientras el otro progenitor aparece más bien periférico; d) *parentalización de alguno de los otros hijos*; y e) *mala alianza marital*, la que implica la existencia de una pareja disfuncional. Esta, por ejemplo, puede tomar forma de evidente hostilidad entre los miembros de la pareja y tender a incluir a algunos de sus hijos en sus conflictos.

Uno de los modelos específicos que ha explicado la dinámica familiar cuando hay un miembro que presenta conducta adictiva es el modelo clínico sistémico de Stanton y Todd (1988). Los conceptos centrales de este modelo son: a) estancamiento en una etapa del ciclo vital de la familia. El paciente índice, en este caso habitualmente un adolescente y/o adulto joven que consume, entra en un proceso que lo conduce a la dependencia; no logra cumplir con las tareas de desarrollo que se esperarían para esta etapa, por ejemplo: persona autosuficiente, que trabaje, asuma responsabilidades, forme familia; b) un ciclo adictivo homeostático del equilibrio familiar (proceso homeostático). Se plantea que en la adicción a sustancias psicoactivas existiría un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos. En la dinámica se presentaría una fuerte tensión entre ambos padres que amenaza con desestabilizar el sistema familiar. Esta tensión se regularía mediante la aparición de una acción dramática del adicto (por ejemplo, el paciente índice llega intoxicado a casa). Luego de esta acción dramática, baja la tensión entre los padres, el paciente índice se comporta cada vez más “normal”, por ejemplo: mejora su rendimiento académico, deja de consumir. Luego, sube la tensión, nuevamente el paciente índice hace una acción dramática, y así va repitiéndose este ciclo de regulación de la homeostasis familiar; c) una tríada patológica: alude a que el ciclo adictivo descrito se basa en al menos tres personas. Según Stanton et al. (1988), para dependientes masculinos habitualmente la tríada está conformada por el padre, la madre y el hijo de-

pendiente. A partir de una mala alianza parental el hijo es incluido como un tercero en el conflicto parental; d) proceso de pseudo-individuación y función del síntoma. La drogadicción sirve al paciente que consume drogas, para resolver el dilema de ser o no independiente de su familia de origen. Al consumir drogas, el dependiente no está del todo dentro ni del todo fuera de la familia. El estar bajo los efectos de las drogas, puede “irse”, separarse de la familia, sin realmente separarse físicamente. Como señala Stanton, se le cuida y nutre cuando esta “dentro”, y se culpa a la droga cuando está “fuera” (Stanton, et al., 1988).

Codependencia

Una característica que se ha descrito en la dinámica de familias con un integrante adicto, es lo que se conoce como codependencia. Desde la terapia sistémica, se considera como una característica relevante de identificar y luego poder intervenir para aumentar la posibilidad de éxito en el tratamiento.

El término codependencia comenzó a utilizarse en la década del 70' en grupos de autoayuda para familiares de personas con dependencia al alcohol, para describir ciertos comportamientos que presentaban la mayoría de estos familiares, y que contribuían a la negación del problema, al boicot del tratamiento, la recaída del paciente, y por tanto perpetuaban el problema (Biscarra et al., 2013). Cuando un miembro de la familia presenta la conducta adictiva, hay posibilidades de que otro miembro presente codependencia. El familiar codependiente tiende primero a negar el problema adictivo, que cuando ya es evidente tiende a encubrirlo y protegerlo. Por ejemplo, si un hijo adolescente llega bajo los efectos de las drogas, una madre codependiente tiende a esconder este hecho a los otros integrantes de la familia. Posterior a esto, este familiar codependiente posibilita conductas cómplices, por ejemplo: tener un hijo con síntomas de abstinencia por alcohol, y acudir a

comprar y darle alcohol, para ayudarlo a disminuir su malestar, luego lo permite y alienta con conductas de complicidad y por último, considera que sólo él puede cuidarlo y ayudarlo. Según Black (1982 citado en Biscarra et al., 2013), estas conductas facilitadoras serían consideradas por los codependientes como necesarias para preservar el vínculo afectivo con el dependiente.

Por su parte, los síntomas que manifestaría el codependiente serían: la necesidad de tener el control sobre el otro, presentar una baja autoestima, presencia de un autoconcepto negativo, dificultad para establecer límites, tendencia a la represión de sus emociones por hacer propios los problemas del otro, tendencia a la negación del problema, presentar ideas obsesivas y conductas compulsivas por miedo a ser abandonado, a la soledad o al rechazo, o por su extremismo (o son hiper-responsables o demasiado irresponsables). Además, tienden a victimizarse por sacrificar su propia felicidad, con dificultad para divertirse y a juzgarse de manera estricta (Mansilla Izquierdo, 2002).

En síntesis, la codependencia se caracteriza por que existen una serie de dificultades que experimenta una persona en su relación con otro. Estas dificultades derivarían de la excesiva atención en el otro, por parte del codependiente, en que impresiona que su vida giraría en torno al paciente índice adicto.

Intervenciones desde terapia familiar sistémica con familias con miembro adicto

Frente a la conducta adictiva como síntoma la familia tiene 2 alternativas generales, la primera es generar respuestas alternativas que sean funcionales, y la segunda es operar en la disfuncionalidad, con rigidez, manteniendo o cronificando el síntoma (Coddou & Chadwick, 1994 citado en Hernández, Vöhringer & Espinoza, 2004).

En términos generales, desde la aproximación sistémico

familiar, será importante considerar los siguientes elementos para la intervención: a) *identificar la etapa de ciclo vital que atraviesa la familia*. Evaluando, además, el logro de tareas de desarrollo, según cada integrante de la familia. Considerar aquí la función teleológica de un sistema familiar, que debe permitir el adecuado desarrollo psicosocial y diferenciación de todos sus miembros; b) *identificar las pautas o secuencias interaccionales que contribuyen a mantener el síntoma del paciente índice*, en este caso la conducta adictiva; y c) *intervenir para modificar las pautas interaccionales que perpetúan el síntoma*, contribuyendo a que el sistema genere nuevas pautas de interacción.

Desde la terapia familiar sistémica existen distintas escuelas y modelos, por lo tanto hay diferentes énfasis en la intervención. Según Marcos y Garrido (2009) dentro de los modelos más utilizados para el abordaje en adicciones están el enfoque estructural de Minuchin (1984), y la terapia estratégica (Haley, 1980 citado en Ochoa de Alda, 1995).

En el *modelo estructural* la intervención terapéutica está en el fortalecimiento de la estructura. Este enfoque, centra sus intervenciones en la estructura que permite el funcionamiento familiar, es decir el lograr una jerarquía generacional adecuada, en donde los padres mantienen una sólida unidad de liderazgo, y se tienen fronteras o límites claros. En el ámbito de las adicciones, este modelo ha resultado útil dado que el tratamiento no se basa en explorar los orígenes del problema, sino de reestructurar el orden jerárquico familiar, para que los síntomas no sigan siendo reforzados (Marcos & Garrido, 2009).

El *enfoque estratégico* se centra en modificar el síntoma. La terapia familiar breve estratégica ha sido una de las terapias más utilizadas para el abordaje de familias con un adolescente que consume drogas. El tratamiento es breve (de 8 a 22 sesiones en promedio), y estratégica, ya que es pragmática y focalizada en el problema (Marcos & Garrido, 2009). Algunas características comunes de la terapia breve son: a) tienden a

centrarse en el problema o la solución, se dirige al síntoma, no busca centrarse en la etiología de este; b) se definen con claridad los objetivos del tratamiento y están relacionados con un cambio en comportamientos específicos; c) la responsabilidad para el cambio se coloca claramente en el consultante; d) al principio del proceso, el enfoque es ayudar al consultante a mejorar su autoeficacia y entender que el cambio es posible; e) el término del proceso se discute desde el principio; f) los resultados son medibles; y g) la unidad terapéutica incluye a la familia, sus pares, los profesionales que están en contacto con el paciente índice, y se debe considerar el contexto social en que se desenvuelve el mismo. Según Earhart (2009, citado en Droguett, 2014) el objetivo básico de la terapia breve es reducir el riesgo de daño que pudiera resultar del uso continuo de sustancias; esto incluye el daño al individuo, a su familia y a la comunidad. Para Marcos y Garrido (2009) los objetivos centrales que persigue la terapia sistémica estratégica breve son principalmente dos: primero, que la persona detenga el consumo de drogas y cesen las conductas problemáticas, y en segundo término, se propone el modificar los patrones de interacción familiar que mantienen el síntoma.

Por su parte, Stanton, Todd et al. (1988) desarrollan un modelo de intervención que definen como estructural-estratégico. Ellos aplican la terapia estructural como paradigma orientador, utilizan sus técnicas, pero además aplican al mismo tiempo el modelo estratégico ya que enfatizan el establecimiento de un plan específico, se focalizan en el cambio en el síntoma y buscan la colaboración de los sistemas que intervienen en el tratamiento. Para estos autores también será importante implicar activamente a la familia de origen del paciente índice que presenta el consumo de drogas, a fin de trabajar la individuación del mismo.

En base a estos modelos de tratamiento, se han planteado algunas técnicas que serían recomendables a utilizar en el caso de familias con pacientes drogodependientes desde la terapia

familiar sistémica. Algunas técnicas utilizadas son (Ochoa de Alda, 1995; Sáenz Rojas, 2003): a) identificación de paradojas comunicacionales; a través de esto, se discute, reflexiona respecto a los mensajes contradictorios que están presentes en la dinámica; b) prescripción del síntoma la que buscaría el control del síntoma al solicitarle al paciente simular una conducta determinada; c) modificación o corrección de roles, buscando una congruencia en la jerarquía del sistema familiar y una clara delimitación de fronteras entre los subsistemas; d) detección de alianzas y luchas por el poder; y e) moldeado familiar, en el cual se escenifican los conflictos a fin de corregirlos. En la representación van a surgir los patrones disfuncionales de la familia, a fin de explicitarlos y cuestionarlos.

Para Stanton et al. (1988), los objetivos terapéuticos que deberían orientar la intervención con familias con un paciente índice que consume drogas son: a) lograr la abstinencia de drogas; b) usar de manera productiva el tiempo de parte de la persona dependiente a drogas; y c) lograr que el adicto consiga una situación estable y autónoma con respecto a la familia de origen.

Por último, cabe preguntarse por la efectividad de la utilización de la terapia familiar en el ámbito de las adicciones. Al respecto, según Droguett (2014), quien hace una revisión reciente, sobre la efectividad de la utilización de la terapia familiar breve estratégica en las adicciones, esta ha sido evaluada durante más de 25 años y cuenta con evidencia empírica sobre su eficacia en el tratamiento con adolescentes con consumo perjudicial de drogas. En base a esta evidencia empírica se puede concluir que la terapia familiar breve estratégica: a) favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el tratamiento; b) mejora la dinámica de funcionamiento familiar; c) permite que los cambios perduren en el tiempo al incluir el entorno del adolescente en tratamiento; y d) al ser breve es considerada como una alternativa de menor costo.

Reflexión final

En base a lo expuesto, es evidente el aporte que significa para el tratamiento del consumo problemático de drogas intervenir con la familia. No obstante, pueden presentarse muchas veces, como señala Zapata Vanegas (2009), ciertas barreras para su implementación como lo es el no contar con la red de apoyo familiar para el paciente índice. Esto ya sea porque la familia tiene una actitud negativa al tratamiento o simplemente no quiere involucrarse, entre otros motivos, porque percibe que el “problema de consumo” es sólo del paciente índice. También puede ocurrir que hayan problemas de adicción en la misma familia o que “no exista” familia. En estos casos, y siguiendo los lineamientos del modelo estratégico, sería importante considerar otros miembros del sistema en que se desenvuelve el paciente índice. Además, es importante tener siempre presente que el tratamiento de los problemas de adicción es complejo y requiere una mirada biopsicosocial en su comprensión y abordaje, con intervenciones médicas, psicológicas y sociales.

Referencias bibliográficas

- Barilari, S., Mazieres, G., & Ravazzola, M. (2004). Terapia familiar en un programa de rehabilitación ambulatoria de la drogadicción. *Sistemas Familiares*, 20, 25-35.
- Biscarra, M., Brandariz, R., Lichtenberger, A., Peltzer, R., & Cremonte, M. (2013).
- Construcción de una escala de codependencia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1, 42-51.
- DiClemente, R., Santelli, J., & Crosby, R. (2009). *Adolescent health understanding and preventing risk behaviors*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Droguett, V. (2014). Terapia familiar breve estratégica en el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial de

- drogas. *Revista Psiquiatría Universitaria*, 1, 64-70.
- Hernández, F., Vöhringer, C., & Espinoza, M. (2004). *Trabajo con familias en dependencias a drogas y vulnerabilidad social desde el modelo de comunidad terapéutica: orientaciones teórico-técnicas*. Santiago: CONACE-Credho.
- Hidalgo Vicario, M., & Júdez Gutiérrez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo: consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 10, 895-910.
- López Larrosa, S., & Rodríguez Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Mansilla Izquierdo, F. (2002). Codependencia y psicoterapia Interpersonal. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 81, 9-19.
- Marcos, J., & Garrido, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27, 339-362.
- Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz-Rivas, M., & Graña López, J. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Nation, M., & Helfinger, C. (2006). Risk factors for serious alcohol and drug use: the role of psychosocial variables in predicting the frequency of substance use among adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ramírez Villaseñor, M. (2001). Terapia familiar y adicciones: un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de Psicología*, 2, 1-9.
- Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., & Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental

- con hijos adolescentes. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 10, 225-246.
- Ramírez Villaseñor, M. A. (2001). Terapia Familiar y Adicciones. Un enfoque práctico con resultados prácticos. *Revista Internacional de psicología*, 2, 1-9.
- Roibzblatt, A. (2009). *Terapia Familiar y de pareja*. Santiago: Mediterráneo.
- Sáenz Rojas, M. (2003). Aportes sobre la familia farmacodependiente. *Ciencias Sociales*, 99, 25-44.
- Stanton, M., Todd, T. et al. (1988). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1992). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza editorial.
- Zapata Vanegas, M. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 86-94.

CAPÍTULO 6

Una aproximación narrativa al consumo problemático de drogas

Harún Oda Gallegos¹

Carlos Chico Ramos²

Universidad Católica del Maule

*“No cargar la vida bajo el peso de los valores superiores,
incluso los heroicos,
sino crear valores nuevos que sean los de la vida”*

Gilles Deleuze

Introducción

Parte de las críticas frecuentes que, con justa razón, se hace a los abordajes terapéuticos en drogodependencias dice relación con una mirada patologizante, circunscrita a estructuras nosológicas que provienen del modelo biomédico, que ha constituido la mirada predominante respecto de los abordajes terapéuticos.

Por una parte abundan aproximaciones criminalizadoras del consumo de sustancias y por otra vertiente emergen abor-

1. Psicólogo. Terapeuta Narrativo. Magíster en Antropología y Desarrollo. Diplomado en DDHH, Pedagogía de la Memoria y Políticas Culturales. Académico Departamento de Psicología UC del Maule. Coordinador del Programa de DDHH-UCM y del Diplomado en Salud Mental Comunitaria UCM. Correspondencia dirigirla a: harunoda@yahoo.com

2. Psicólogo. Magíster en Ontoepistemología de la Praxis Clínica. Diplomado en Terapia Narrativa. Diplomado en DDHH, Pedagogía de la Memoria y Políticas Culturales. Postulado en Psicodrama. Docente part-time Departamento de Psicología UC del Maule.

Correspondencia dirigirla a: carloschico@gmail.com

dajes patologizantes, fundados en una construcción ontológica del sujeto intervenido como ente pasivo, individual, carente de capacidad de juicio, tan desprovisto de recursos personales y colectivos como de poder sobre su propia vida, su tratamiento y recuperación, vulnerando incluso su estatus de titular de derechos (Oda, 2015). Desde esta perspectiva el diagnóstico tradicional de drogodependencia tiene significativos componentes iatrogénicos fundado en configuraciones semánticas que implican fuertes connotaciones sociales, que promueven la estigmatización, la exclusión y el ejercicio de poder sobre los *cuerpos dóciles* de las personas intervenidas (Foucault, 1991).

Existen sin embargo aproximaciones respetuosas, como el enfoque narrativo, de fundamentación socioconstruccionista y posestructuralista que señalan la necesidad imperativa de desprenderse de las etiquetas diagnósticas propias de los modelos tradicionales, de matriz epistémica estructuralista y positiva. Es así como Michael White y David Epston (1983) señalan, como uno de los ejes articuladores de su abordaje terapéutico, que constituye una posición ética respecto de las personas y comunidades, la relevancia de la externalización del problema, expropiándolo del territorio de la identidad. La persona es la persona y el problema es el problema, nunca la persona es el problema.

“No hay drogadictos, sino personas en situación de adicción a la drogas. Desde esa premisa se pone coto a los efectos iatrogénicos de nuestras categorías dominantes de comprensión del mundo, sobre la identidad de las personas o comunidades en situación de requerir apoyo, orientación o asistencia de parte de los equipos profesionales de salud. Por otra parte se busca, en este tipo de intervenciones, rescatar los recursos y habilidades de las personas para responder a la vida, así como su derecho a definir su problema en sus propios términos y a ser reconocidos de manera separada del problema que los aqueja” (Oda, 2015, pp.74-75).

Giro hermenéutico y abordaje narrativo

Las ciencias sociales han denominado giro hermenéutico, posmoderno, postestructuralista, narrativo, subalterno, al cambio de foco, de la visión moderna y positiva de intentar construir verdad monolítica, a disciplinas dedicadas a la contemplación y estudio de las subjetividades y las parcialidades, en búsqueda de fragmentos de verdades. La narrativa es más que una metodología, como señalara Jerome Bruner (1988), sino más bien es una forma de construir realidad, por lo que sería más bien una *ontología*. Desde la perspectiva constructivista y postmoderna la subjetividad es una condición necesaria del conocimiento social.

El auge del giro hermenéutico, paralelo a la caída del positivismo y a la pretensión de dar una explicación “científica” de las acciones humanas, ha provocado que entendamos los fenómenos sociales como textos, cuyo valor y significado viene dado por la interpretación hermenéutica que de ella dan los actores, implicando una mayor comprensión de la complejidad de los fenómenos psicológicos y sociales (Oda, 2011).

El abordaje narrativo, postestructuralista y las prácticas narrativas que lo sostienen, dan cuenta de una aproximación congruente, en cuanto a una propuesta dinamizadora de las narrativas subalternas, en cuanto proceso tendiente a la agenciación personal y colectiva. Desde allí que se hace extensible la idea de que las prácticas narrativas propendan el empoderamiento de las personas y comunidades, volviéndose un poco más dueños de la propia vida, del propio destino, de su propio relato.

La comprensión narrativa de la psicoterapia ha sido llamada *terapia narrativa*, también *terapia postmoderna* o *terapia postestructuralista* (White & Epston, 1983) alineándose este enfoque con los planteamientos del filósofo Michel Foucault (1978) quien sostiene que las tramas o discursos dominantes son productos de quienes se encuentran en el poder, posición

que los pone en ventaja para construir el significado que las personas adjudican a su vida. Esta influencia postmoderna en la terapia narrativa no sólo está caracterizada por la adscripción al concepto de discurso y biopoder de Michel Foucault (Foucault, 1991; White, 1983) sino también del concepto de *deconstrucción* del filósofo francés Jacques Derridá en cuanto a las implicancias y efectos de un discurso o práctica social en la representación de la realidad que construyen los sujetos y la posibilidad de rearticulación de la experiencia en el campo narrativo (Oda, 2014).

Desde la perspectiva crítica neomarxista foucaultiana, la terapia narrativa ofrece la posibilidad de crítica y deconstrucción de los relatos dominantes y las prácticas sociales emparejados a ellos. En palabras de White:

“Sin duda las psicologías y psicoterapias tienen un rol significativo en la reproducción de la cultura dominante. Y, en gran medida, esto es perfectamente comprensible. Es imposible que arribemos a una perspectiva exterior a la cultura y, por lo tanto, fuera del lenguaje y de los modos de vida conocidos que nos permita criticar nuestra cultura. Este hecho no nos condena, sin embargo, a reproducir ciegamente la cultura, sin ninguna esperanza de rechazar u objetar aquellos de sus aspectos que vivimos como problemáticos. No nos restringe al rol de cómplices de este sistema moderno de poder: podemos ayudar a las personas a desafiar determinadas prácticas de poder y a rechazar el tipo de prácticas del yo de las que hemos estado hablando. No tenemos que ser cómplices absolutos de la cultura dominante: de hecho, pienso que deberíamos asegurarnos de no serlo” (White, 2002, p.51).

La metáfora narrativa y las historias enriquecidas

Un pilar en que se sostienen las prácticas narrativas es la puesta en el centro de la comprensión de la experiencia que construyen las personas a los relatos o historias. Para White (2002) los seres humanos somos seres interpretantes, que

interpretamos activamente nuestras experiencias a medida vamos viviendo nuestras vidas. Interpretar tiene que ver con explicar, o dar sentido, con traducir, o poner en relación una cosa con otra, y con ejecutar, actuar. Así, la interpretación para explicar y dar sentido requiere algún marco de inteligibilidad que brinde un contexto para nuestra experiencia y posibilite la atribución de significados (Chico & Estrada, 2010). Es así como los relatos que construimos constituyen este marco de inteligibilidad, siendo en ellos donde tienen lugar las relaciones que constituyen la experiencia. *“Los significados derivados en este proceso de interpretación no son neutrales en cuanto a sus efectos en nuestras vidas, sino que tienen efectos reales en lo que hacemos, en los pasos que damos en la vida”* (White, 2002, p.18). De esta forma los relatos que construimos en el interpretar constante estarán a la base de nuestro actuar, de nuestro interpretar y significar nuestra vida, esto implica *“afirmar que vivimos a través de los relatos que tenemos sobre nuestras vidas, que estas historias en efecto moldean nuestras vidas, las constituyen y las ‘abrazan’”* (White, 2002, p.18).

Por otra parte, también constituyen influencia en el enfoque narrativo los planteamientos hermenéuticos del antropólogo Clifford Geertz (White & Epston, 1983), los que han servido para fundamentar la idea de que las acciones de las personas están basadas en el significado interpretativo que le asignan a las experiencias de la *mismidad*, los otros y su medio ambiente, más que en un conocimiento directo de los fenómenos, incorporando el concepto de “descripciones magras” que caracteriza a las historias dominantes, aquellas saturadas de problemas que oscurecen las relaciones de poder y los actos de resistencia de las personas. Los terapeutas narrativos, influidos por las ideas sobre conocimiento local e interpretación del significado cultural de Geertz, buscan desarrollar en el contexto terapéutico descripciones densas con descripciones enriquecidas de la experiencia del consultante, sus habilidades, conocimientos, valores y actos de resistencia (Oda, 2011).

White y Epston (1983) comprenden la terapia narrativa como un espacio en el que las historias dominantes y problemáticas pueden desligarse de las identidades de las personas, debilitando los lazos con los discursos culturales que las sostienen, alzándose como un espacio disponible para la elaboración de historias alternativas. Basándose en el trabajo de Jerome Bruner (1988, 1991), la terapia narrativa plantea la idea de que la metáfora narrativa permitiría entender la vida y experimentarla en un ordenamiento temporal, pues es una forma de discurso que concatena los eventos a través del tiempo y refleja la dimensión temporal de la existencia humana. Las narrativas personales proveen el contexto en el que los eventos de su vida adquieren significados particulares. Estos relatos se encuentran íntimamente ligados a las identidades y a los contextos culturales de quienes los narran y viven las historias que se cuentan, existiendo un juego de poder entre los relatos, generando alianzas con ciertos discursos culturales dominantes (White & Epston, 1983).

Un abordaje respetuoso y posibilitador de vidas alternativas

En el hacer de las prácticas narrativas una característica particular sobre su abordaje de los problemas de las personas es el lugar o posición en que se ubica el terapeuta frente a los consultantes. Esto es lo que se nombra como **posición descentrada** que para White (2002) implica cuidar que los procesos terapéuticos se vuelvan un micromundo donde quedan fuera los elementos de la vida cotidiana y de los contextos sociales. Este descentramiento trae consigo el compromiso de identificar y responsabilizarse por parte del terapeuta de los efectos reales de su trabajo sobre la vida de las personas que le consultan. Contribuir al reconocimiento de las relaciones de poder en la vida cotidiana que es el contexto de los problemas de las personas, además de reconocer las relaciones de poder

en el mismo proceso terapéutico y dar pasos para brindar posibilidad de controlar esa relación de poder.

Por último, y muy relevante para el abordaje de personas con experiencias de consumo de drogas, es establecer un proceso terapéutico donde lo central sea el conocimiento y saber de las personas que nos consultan (White, 2002). Esto implica que el profesional deja de ser el experto en la vida de las personas sino que colabora en el enriquecimiento y valoración de relatos que constituyen la vida e identidad preferida por las personas. El escuchar y poner en orden de relevancia el saber y conocimiento de las personas que nos consultan va de la mano de honrar y darle a valor a respuestas y formas de resistir que las personas han tenido frente a los problemas. Esto implica que a la vez que se escucha el problema de las personas, por ejemplo el consumo de drogas, se escuchan las formas de responder y resistir frente a ese problema, se escuchan las excepciones y los momentos extraordinarios donde las personas hacen su vida preferida. Ya que, se tiene la convicción de que las personas y comunidades siempre responden a los problemas que la aquejan.

Desde las ideas narrativas las respuestas de las personas a las dificultades y al trauma son formas de acción social local, a juicio de Denborough (2008). Al reconocerlas y lograr al describirlas enriquecidamente, creando un creciente sentido de agencia personal/colectiva, se hace posible que las iniciativas de las personas sean vinculadas, contribuyendo a futuras acciones por parte de la comunidad. Estas acciones pueden estar relacionadas con reclamar derecho sobre el curso de sus vidas por sobre los efectos del trauma, el daño o la injusticia, a sí mismo, su comunidad o terceros.

Desde esta perspectiva la generación y el rendimiento de la *cultura popular local* pueden revitalizar saberes locales curativos y la acción social local. Si las descripciones enriquecidas de habilidades y conocimientos en relación con dificultades pueden transformarse en medios culturales locales. Pueden

habilitar a las personas a actuar, atestiguar y/o compartir dentro de ceremonias de re-definición de identidad. Este proceso de creatividad cultural también puede contribuir al sustento y revitalización del lenguaje de la vida interna (Oda, 2011). Cuando se compromete colectivamente, este proceso puede mantener la acción social local. Estos enfoques intentan resucitar la diversidad de miradas y construcciones posibles de significado en la vida cotidiana, siempre reconociendo la rica diversidad de habilidades, conocimientos, valores y esperanzas de las personas en la vida. Siguiendo a Freire, Denborough (2008) plantea la perspectiva de una línea de tiempo extensa, que permita la observación de los eventos traumatizadores así como de las respuestas de la comunidad a la adversidad, desde una perspectiva histórica, que recoja las experiencias y saberes pasados, potencializando los recursos para el presente, mirando hacia el futuro, proporcionando alivio de los efectos de trauma construyendo tanto agencia personal como colectiva.

Las prácticas narrativas en acción

Compartimos con Diaz, Gracia y Fernández (2015) algunas dimensiones centrales desde la perspectiva narrativa para el trabajo con personas que significan el consumo drogas como un problema en sus vidas y que procedemos a detallar a continuación.

En primer lugar relevamos la **construcción de un espacio colaborativo** donde el profesional presente una autentica curiosidad frente a la experiencia de la persona; constituyéndose el proceso en una conversación en co-autoría y co-construcción de relatos alternativos. Ello significa, del mismo modo, intencionar la deconstrucción de significados culturalmente arraigados y observar las implicancias políticas que esto contiene. Por tanto deconstruir concepciones y discursos instituidos sobre el *problema de las drogas*, es poner en evidencia los relatos dominantes sobre el consumo de drogas y los efectos

del mismo en la vida de las personas consultantes. Es, entonces, deconstruir relatos dominantes de patologización y descalificación para enriquecer relatos alternativos de identidad, centrándose en conversaciones de lo extraordinario, de las múltiples excepciones a la vida saturada de problemas que nos permite desarticular el relato dominante. Es salirse de las concepciones unívocas y llenas de desesperanza de los abordajes en drogodependencias para poner en cuestión las concepciones naturalizadas del problema promoviendo su politización y contextualización social.

En este proceso resulta de mucha ayuda la técnica de la **externalización**, evitando la cristalización interna del problema hasta devenirlo definición de identidad, cuya máxima expresión sería la expresión “*soy adicto*”, como manifestación magra y totalizante de identidad. Por el contrario se busca poner el problema fuera de la identidad de la persona, describiéndolo y reconociendo los efectos sobre la vida de la persona, facilitando el enriquecimiento de relatos identitarios alternativos. A la vez, esta dimensión invita a esclarecer la relación de saber-poder implícitas en la relación terapéutica. Por ejemplo el poner en evidencia el factor coercitivo y de poder al realizar intervenciones terapéuticas en situaciones de personas obligadas a someterse a tratamiento como parte de una sentencia en un proceso judicial, situación recurrente al trabajar con la temática.

Es imprescindible, desde un abordaje narrativo, la **incorporación de recursos y efectos integrativos**, poniendo foco en que la experiencia siempre está siendo dotada de nuevos sentidos y significados, en proceso de continua e inagotable (re)elaboración. La expresión de lo vivido, de las percepciones, recuerdos y sensaciones implica realizar selecciones y articulaciones dentro de ese marco comprensivo que son los relatos. Cabe señalar que lo vivido regularmente supera a la experiencia que le da sentido. Ese *exceso de lo vivido* siempre deja un parte fuera de la experiencia registrada en el relato, lo que se

encuentra permanentemente cautivo a ser significado de una nueva forma, pudiendo dotar la narración de nuevos sentidos. Desde allí afirmamos que siempre existen otros posibles relatos, por lo tanto el trabajo narrativo invita a co-construir una elaboración cada vez más densa, múltiple y matizada de tramas, que integren aquellos elementos preferidos por las personas. Es importante para este abordaje dar relevancia a la recuperación propia de la experiencia vivida, y *“favorecer la percepción de la dimensión temporal de la existencia y la conformación de perspectivas múltiples, promoviendo la polisemia y la recuperación de formas de expresión cercanas al discurso coloquial y a los saberes locales”* (Díaz et al., 2015, p.16).

Esto último se puede traducir, metodológicamente, en el uso de documentos y diplomas de reconocimiento, que son formas de rescatar y honrar los saberes de las personas para enfrentar al problema y dirigir su vida a lugares preferidos siendo respetuosos del lenguaje y de las metáforas que las personas nos entregan, construyendo los documentos en los términos que las personas elijan, densificando nuevas tramas de sentido y significación. También son útiles las ceremonias de reconocimiento y de redefinición que buscan honrar de manera pública y con personas significativas la nueva identidad preferida que se abraza, abordando desde nuevas resonancias el enriquecimiento de tramas re-narradas de identidad. Estas ideas se han puesto en acción en espacios de trabajo local con personas que buscan alejarse del problema del consumo drogas en el contexto de un programa ambulatorio básico de atención de salud pública primaria, así como también en contextos de consulta privada y en el trabajo con grupos de personas. Además, se han realizado adaptaciones y modificaciones del *árbol de la vida* y el *equipo de la vida* (Denborough, 2008) que son metáforas y metodologías desde las prácticas narrativas para el trabajo en comunidades y colectivos. Estas herramientas metodológicas han servido de base para el trabajo en grupo en busca de valorizar y enriquecer tramas de la vida

de las personas que han sido habitualmente excluidas o descalificadas y que están fuera de la totalización del problema, como son aquellas historias preferidas respecto del ejercicio de paternidades y maternidades, de estrategias de resistencia y de los valores que dan sentido a la vida, al origen de ellos y los usos que ha tenido en sus biografías para alcanzar metas o superar obstáculos, entre otros relatos subyugados. Al igual que estas prácticas ha sido útil la metáfora del *rito de pasaje* (White, 2004) como una forma de concretar el viaje de tránsito desde territorios que son dejados atrás, aquello que se elige conservar, aquello que se define como problemático, los recursos y compañeros y compañeras de viaje que van colaborando en los procesos de re-autoría y la identidad preferida a la que se aspira llegar.

Reflexiones y desafíos

Una aproximación narrativa al uso problemático de drogas tiene al menos *tres dimensiones* a considerar relevantes y aportativas para su comprensión compleja e integral, desmarcada de discursos moralizantes, patologizantes o criminalizadores.

La **primera dimensión** dice relación con la configuración de un *ethos*, lo que significa un marco ético de las intervenciones, lo que en consecuencia implica una comprensión ontológica y política de las mismas. Entendemos, desde esta vereda, a las personas como soberanas de sus vidas, dotadas de recursos, habilidades, destrezas y saberes, tanto propios como colectivos, que han de considerarse para la articulación de cualquier propuesta de trabajo terapéutico. Pero no solo es eso, es reconocer a la persona como titular de derechos para definir aquello que considera problemático y para decidir la forma en que quiere vivir su vida, promoviendo el sentido de agencia personal. Ello implica reconocer en los sujetos el rol de autoría sobre sus propias historias y el rol terapéutico en

un lugar de facilitación y respetuosa influencia, que promueve acciones destinadas a la recuperación del protagonismo de la persona respecto de su propia existencia. Esto da cuenta de una posición política, pues cuestiona los lugares de saber-poder que tradicionalmente han habitado el rol de profesional experto en temas de salud.

Una **segunda dimensión** dice relación con la consideración de las drogas como problema en cuanto la persona lo determine como tal y en sus propios términos, lo que implica tener diferenciaciones respecto de los tipos de consumo y de los tipos de consumidores, dejando atrás categorías binarias para definir lo problemático de un consumo en particular en función de criterios morales o considerar la abstinencia absoluta como único objetivo terapéutico posible. Esta dimensión abarca el cuestionamiento a los procesos de tratamiento estandarizados y pone a los profesionales en la tarea de tomar una actitud atenta y crítica de las implicancias que tienen sus intervenciones en la vida de las personas. Desde aquí resulta interesante tomar una posición respecto de las políticas gubernamentales en cuanto a la clasificación de las drogas y de los criterios y metodologías de trabajo que los estados han adoptado tradicionalmente. Una mirada narrativa requiere cuestionar eso y considerar como imprescindible la instalación de los procesos terapéuticos en otros espacios, comunitarios, familiares, inclusivos y verdaderamente participativos.

Una **tercera dimensión**, vinculada a lo anterior, se relaciona con la presencia de la comunidad en los procesos terapéuticos. La comunidad como presencia de personas y como tramado de significados, experiencias y saberes, siempre presente en la deriva de cualquier conversación o acción terapéutica narrativa. El abordaje narrativo favorece la integración de experiencias y significados de las personas a los contextos culturales y a la comunidad de significados locales, asumiendo a esta comunidad en continuo enriquecimiento, donde las experiencias y saberes se integran y valoran como formas de

conocer y abordar el problema. Cabe destacar la presencia de una serie de herramientas metodológicas que dispone la terapia narrativa para estos fines.

Por último y a modo de corolario cabe señalar que los abordajes narrativos definen un marco, dentro del cual prima la *episteme* por sobre la *doxa*, vale decir la discusión respecto del conocer en vez de una tecnología sacra llena de verdades incuestionables. Por el contrario, toda mirada narrativa es permanentemente invitacional, convocando a la generación de prácticas innovadoras, situadas, locales, emergentes y tentativas.

Referencias bibliográficas

- Bruner, J. (1988). *Realidad mental, mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Editorial Alianza.
- Chico, C., & Estrada, M. (2010). *Los relatos de una audiencia de una función de teatro espontáneo. Una aproximación desde la terapia narrativa*. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Ontoepistemología de la praxis clínica. Universidad del Desarrollo.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Díaz, D., Gracia, S., & Fernández, C. (2015). Terapia narrativa, una alternativa para el tratamiento del uso de drogas. *Revista Electrónica de Psicología Iztaca*, 18(4), 1539-1569.
- Foucault, M. (1978). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI
- Foucault, M. (1991). *Microfísica del poder*. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Oda, H. (2011). *Memorias colectivas en escena: el teatro espontáneo como espacio de construcción social de narrativas subalternas de resistencia política en Talca, Chile*. Tesis presen-

- tada para obtener el grado de Magíster en Antropología y Desarrollo. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Oda, H. (2014). Verdad monolítica v/s memorias colectivas. Los relatos subalternos como resistencia a las amnesias de la historia oficial de la violencia política de la dictadura chilena. En *Contribuciones a la Psicología Política en América Latina: contextos y escenarios actuales*. Santiago: Edit. Centro de Estudios Enzo Faletto. Universidad de Santiago de Chile.
- Oda, H. (2015). Drogas y enfoque de derechos humanos: una perspectiva crítica a los abordajes criminalizadores y patologizantes del consumo de drogas. En C. Rojas (Ed.). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias*. Talca: Universidad Católica del Maule.
- White, M., & Epston, M. (1983). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- White, M. (2000). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

CAPÍTULO 7

Aspectos a considerar desde la psicología positiva aplicada: como generar bienestar más allá de la remisión de síntomas en adicciones.

Andrés Cabezas Corcione¹

Centro Latinoamericano de Psicología Positiva Aplicada

Introducción

En vista a que la temática del libro es bastante específica, en más de algún capítulo se abordarán datos etiopatogénicos y epidemiológicos de impacto, tales como factores de riesgo, incidencias, prevalencias y otros, por esta razón no se redundará introductoriamente en estos datos elevados por ya sea por SENDA, MINSAL o equipos de investigación, sino que se abordará deductivamente el planteamiento del capítulo, el que tiene como objetivo, en primera instancia describir y explicar la psicología positiva y sus marcos epistemológicos, así como también su aparición e impacto en Latinoamérica, para posteriormente describir cómo al realizar una búsqueda bibliométrica en algunos repositorios –SciELO, Redalyc, Latinex, Scopus, Ebsco, ProQuest– en español no existen estudios

1. Psicólogo, PhD in Psychology, Cambridge International University. Doctor (c) en Psicología Universidad de Palermo, Terapeuta de Pareja y Familia por la ESCH/Universidad Autónoma de Barcelona, especialista en psicoterapia cognitiva y psicología positiva. Se formó como terapeuta positivo bajo la tutela de Amit Oren (Yale University). Actualmente es presidente de la Asociación Chilena de Psicología Positiva, Editor de la *Revista Latinoamericana en Psicología Positiva*. Conferencista internacional e investigador del CELAB, laboratorio del centro latinoamericano de psicología positiva aplicada. Docente de posgrado en la Universidad Adolfo Ibáñez, Universidad Autónoma de Chile y profesor invitado a la Pós-Graduação en Psicología Positiva del IPSIMAIS (Rio de Janeiro); Profesor invitado Universidad Simón Bolívar (Colombia). Ha difundido la psicología positiva en: Cuba, Perú, Colombia, Venezuela, República Dominicana y Brasil.

Correspondencia dirigirla a: corcioneandres1@gmail.com

que vinculen esta disciplina con conductas adictivas, drogas o recovery moments, sin embargo si son copiosos los estudios realizados en países desarrollados frente a planes de intervención desde la psicología positiva (Aspinwall & Tedeschi, 2010; Galanter & Kaskutas, 2008; Hathaway & Sharpley, 2010; Laudet, Morgen & White, 2006; Laudet & White, 2008; Miller, 2002; Pagano et al., 2011; Zemore & Pagano, 2009). Finalmente se discuten intervenciones que surgen desde la integración de los ensayos clínicos aleatorizados que han presentado evidencia y apoyo empírico sobre la prevención de recaídas y promoción de los niveles de bienestar psicológico y social.

La psicología positiva: el supraparadigma del bienestar

Debido a que la psicología positiva es un enfoque epistemológico novel frente a otros modelos o corrientes psicológicas tales como el sistémico, narrativo, psicodinámico, cognitivo-conductual, integrativo, entre otros, pasó a ser denominada de tercera generación, acompañado del Acceptance Commitment Therapy (ACT), Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Mindfulness y Functional Analytic Psychotherapy (FAP). Sigue siendo necesario antes de dar inicio a cualquier capítulo o manuscrito sobre psicología positiva, describir cómo surge ésta, cuáles son sus campos de aplicación y sus líneas de investigación.

Para esto, primero comprenderemos que la psicología durante muchos años se centró y de hecho nace con el propósito de comprender el sufrimiento humano materializado en trastornos mentales, invirtiendo gran parte de los recursos en la investigación de la enfermedad psíquica, abriendo líneas hacia la psicopatología, psicología social y clínica (principalmente a manos de médicos psiquiatras, antropólogos y sociólogos) generándose el paradigma patogénico, el que intentaba agregar una taxonomía frente a la anormalidad humana. Todo esto se evidenció principalmente en periodo de guerras y post-guerras, en tanto surgía interés por la psicología anormal, desa-

rrollando criterios diagnósticos que derivaron en sistemas de clasificación anormal, los que inicialmente iban a permitir mantener un consenso y lenguaje en común, sin vislumbrar cómo gran parte de los modelos psicológicos ya estaban sumergidos en la investigación del lado oscuro del funcionar humano.

En paralelo a esto, nacen propuestas orientadoras humanistas representadas por Rogers, Buhler, Frankl, Maslow, Adler, Fromm, Jung y muchos más, quienes buscaban entender al ser humano como una unidad indivisible de sufrimiento/felicidad. Sin embargo, esta tercera fuerza, nombre acuñado para explicar el surgimiento posterior al psicoanálisis y conductismo, carecía de apoyo empírico o estudios de laboratorio, por lo cual en el avance de la empírea psicológica se fue debilitando progresivamente, hasta que en el año 1999, el reconocido psicólogo norteamericano Martin Seligman, quien presidía la APA, aprovechó su discurso inaugural para establecer que el rumbo y desafío de la psicología radicaba en estudiar el bienestar como causa de la felicidad, lo cual se planteaba de manera paradójica en la psicología al ser el foco principal la búsqueda del bienestar humano, pero estudiando el sufrimiento. Apoyándose en la definición de salud de la OMS “remisión de síntomas no es igual a bienestar”. De este modo se acuña el término psicología positiva, el que ya en el año 1967 había sido utilizado por Maslow.

Con el fin de establecer los objetos de estudio de este nuevo enfoque, se aprovecha una convención en Akumal (México) donde se reúnen investigadores senior que ya venían desarrollando propuestas y estudios sobre el bienestar, estableciendo 3 objetos de estudio (ver fig. 1): 1) *Emociones Positivas*, 2) *Rasgos Positivos*, 3) *Instituciones Positivas*, para lo cual Castro-Solano y Lupano en el 2010 agregan un cuarto: 4) *Relaciones Positivas* (Cabezas, 2014).

Figura 1. Los tres pilares fundamentales de la psicología positiva



Fuente: elaboración propia.

Con estos pilares ya establecidos los esfuerzos se concentran en comprender cómo las emociones positivas o *agradables* (en adelante) generan un impacto no sólo a nivel psicológico, sino que también a nivel biológico, social y espiritual, lo que se vio inicialmente demostrado en experimentos de expresión de gratitud y su relación con mayor longevidad, sistema inmunológico activo, mejores relaciones sociales, aumento del rendimiento y mayor nivel de optimismo (Emmons & McCollough, 2004). Así también en líneas de investigación sobre el perdón, amabilidad, asombro, coraje, amor, compasión, generosidad, paz, optimismo y esperanza (Emmons & McCollough, 2004, Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, 2008; Rashid, 2009; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Derivando hasta cálculos que permiten predecir cuantas emociones positivas por sobre las negativas necesita una persona para mantener el bienestar (3:1) (Fredrickson & Losada, 2005).

También existe basta evidencia sobre cómo las emociones agradables generan un impacto directo sobre la corteza prefrontal, sistema límbico y supresión de la actividad suprarrenal que secreta el cortisol, hormona involucrada en el estrés, como así también una inhibición amigdalara en casos de

TEPT² y fobias específicas situacionales (Bernston, Bechara, Damasio, Tranel & Cacioppo, 2007). De hecho en Perú hace 10 años se están realizando estudios con biomarcadores, estableciendo cómo las emociones agradables permiten modificar los niveles de oxitocina, serotonina, cortisol, alpha-amilasa, gaba, neurotransmisores y hormonas involucradas en gran parte de los trastornos afectivos y conductuales (Yamamoto, 2015).

El segundo pilar de la psicología positiva, son los rasgos positivos, para lo cual es de interés comprender cómo se llegó a generar esta clasificación conocida como la antítesis de los sistemas de clasificación más utilizados mundialmente ya sea avalado por la OMS o la APA –CIE y DSM–.

El año 2004 aparece una obra culmine para la psicología, elaborada por Christopher Peterson y Martin Seligman bajo el título de *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification*, conocido como el primer manual de las virtudes y fortalezas del carácter, que surge luego de dar una revisión acabada a las virtudes humanas provenientes de culturas orientales y occidentales, extrayendo contenidos y factores que se terminan agrupando en 6 virtudes y 24 fortalezas:

Tabla 1. *Virtudes y fortalezas humanas*

Virtud	Fortalezas
Sabiduría y conocimiento: Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento.	1. Creatividad (originalidad, ingenio) 2. Curiosidad (interés, amante de la novedad, abierto a nuevas experiencias) 3. Apertura de mente (juicio, pensamiento crítico) 4. Deseo de aprender (amor por el conocimiento) 5. Perspectiva (sabiduría)

2. Trastorno por estrés postraumático.

<p>Coraje: Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna.</p>	<p>6. Valentía (valor) 7. Persistencia (perseverancia, laboriosidad) 8. Integridad (autenticidad, honestidad) 9. Vitalidad (pasión, entusiasmo, vigor, energía)</p>
<p>Humanidad: Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás</p>	<p>10. Amor (capacidad de amar y ser amado) 11. Amabilidad (generosidad, apoyo, cuidado, compasión, amor altruista) 12. Inteligencia social (inteligencia emocional, inteligencia personal)</p>
<p>Justicia: Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable.</p>	<p>13. Ciudadanía (responsabilidad social, lealtad, trabajo en equipo) 14. Justicia (equidad) 15. Liderazgo</p>
<p>Moderación: Fortalezas que nos protegen contra los excesos.</p>	<p>16. Perdón y compasión (capacidad de perdonar, misericordia) 17. Humildad/Modestia 18. Prudencia (discreción, cautela) 19. Autorregulación (autocontrol)</p>
<p>Trascendencia: Fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveer de significado la vida.</p>	<p>20. Espiritualidad (religiosidad, fe, propósito) 21. Sentido del humor (diversión) 22. Esperanza (optimismo, visión de futuro, orientación al futuro) 23. Gratitud 24. Aprecio de la belleza y la excelencia (asombro, admiración, fascinación)</p>

Fuente: Cabezas, A. (2014).

Como se observa en la Tabla 1, el segundo pilar de la psicología positiva son los rasgos positivos o fortalezas del carácter, las cuales están siendo ampliamente utilizadas en diferen-

tes contextos y países (Polly & Britton, 2015; Sharma, 2015; Terrado, 2015; Torres, 2015), y como se verá más adelante, ampliamente estudiadas en poblaciones clínicas relacionadas al abuso de sustancias (Krenzman, 2013).

El tercer pilar u objeto de estudio de la psicología positiva lo son las instituciones positivas, lo que no es complejo de entender realizando el siguiente análisis: nacemos en una institución, ingresamos a una institución preescolar, luego escolar, universidad, organización laboral, finalmente fallecemos y somos enterrados en una institución, lo que aclara lo institucionalizado que se encuentra el ser humano. Esto revisa en todos los aspectos de responsabilidad social y políticas públicas hacia el bienestar. Por ejemplo, el comité de salud mental aprobó la propuesta a nivel nacional del plan de salud mental, el que pasaría a constituirse institucionalmente. Riesgo y llamativo fue no encontrar en ningún acápite la palabra bienestar ni tampoco algún objetivo relacionado con ello, como es visto en los programas de atención ambulatorios que sólo buscan remitir parcialmente los síntomas pero en ningún momento generar bienestar o prevenir el malestar, que es el que conlleva a búsquedas hedónicas de bienestar, viéndose en concreto el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Desde acá surgen los modelos de cómo generar una institución positiva y saludable, para esto se puede consultar por el modelo HERO (*Healthy and Resilient Organizations*) desarrollado por Salanova (2012).

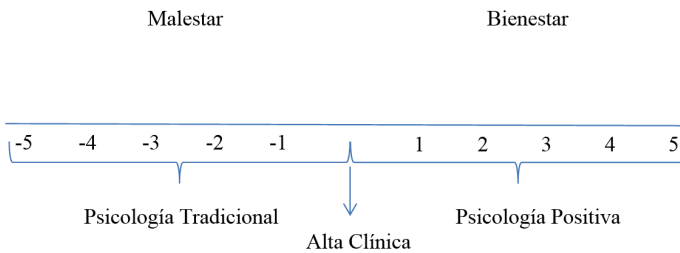
Intervenciones positivas

La psicología positiva busca no sólo entender el bienestar humano sino que también intervenirlo, para esto desde la clínica ha planteado ser un modelo o terapia de apoyo empírico (TAE), sustentando sus intervenciones en ensayos clínicos aleatorizados que permitan demostrar que existe una magnitud del efecto adecuada para cada una de sus intervenciones

(Cabezas, 2014).

Como intervención positiva entendemos cualquier acción que promueva o incremente las emociones positivas, conductas positivas, hábitos positivos y cogniciones positivas, mejorando y aliviando la patología o reparando conductas mal adaptativas (Sin & Lyubomirsky, 2009). En tanto las intervenciones clínicas por lo general apuntan a una remisión parcial o total de los síntomas; como lo es en el caso de las conductas adictivas la remisión sintomatológica, disminución de la frecuencia, intensidad y aparición de todo lo que sea egodistónico para el paciente, significando el logro de estos objetivos un alta clínica, lo que desde la psicología positiva en ningún momento asegura el bienestar o la disminución de la probabilidad de recaída. En vista a esto es que la prevalencia e incidencia de recaídas son frecuentes y copiosas, sobre todo en los trastornos afectivos y conductuales que correlacionan altamente en comorbilidad con las conductas adictivas, debido a que los usuarios o clientes son dados de alta luego de haber remitido síntomas lo que no indica generar niveles de bienestar, esto se entiende en la siguiente sentencia *“ausencia o remisión sintomatológica no es igual a bienestar”*, y más en concreto explicado en la siguiente figura:

Figura 2. Diferenciación epistemológica de mejora



Fuente: elaboración propia

El gran problema que emerge en los tratamientos o intervenciones en salud mental, es entender el alta clínica como un proceso terapéutico de devolución y cierre de las atenciones entregadas a un usuario debido a que existió una remisión de los síntomas, visto en la figura 2, sería estar en el punto 0, no obstante este error no clínico meramente, sino conceptual y epistemológico como indicador de cambio, deja al paciente en un nivel de vulnerabilidad muy alto y con una probabilidad alta de recaídas, puesto que no se generó bienestar sino que sólo remitió el malestar (Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010).

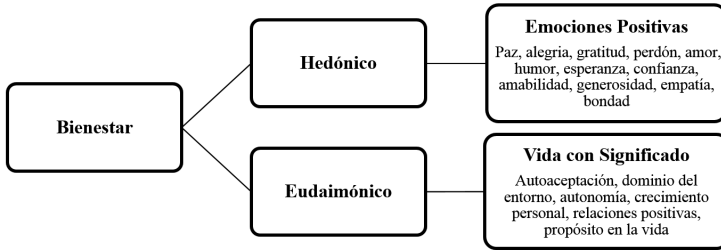
Desde este punto de inflexión es que la psicología positiva o *supraparadigma del bienestar*, integra todo conocimiento válido y replicable que genere bienestar a su paradigma, por lo que es un modelo centrado en las evidencias científicas el cual aclara que no todo lo que genera bienestar es psicología positiva (Cabezas, 2015) y fundamenta sus intervenciones en que sí está claro que se debe remitir el sufrimiento también por eficacia y prevención de recaídas es necesario incrementar el bienestar.

Felicidad hedónica o eudaimónica: las drogas como búsqueda de placer

Dentro de la psicología positiva se entiende que la felicidad es producto del bienestar y el bienestar es consecuencia de dos fuentes; *hedónica* y *eudaimónica* (ver fig.3), la primera tiene relación con el incremento de emociones positivas o placenteras, siempre por sobre las negativas, de hecho existiendo un *positive rate* (3:1) tres emociones positivas por sobre una negativa genera felicidad (Fredrickson & Losada, 2005), lo que es hipotéticamente deductivo en el caso de las conductas adictivas la búsqueda de placer, ampliamente estudiado (As-kew, 2013; Di Leo, 2015; Measham, Aldridge & Parker, 2001;

Moen, 2015; South, 2004) en cuanto a la búsqueda de emociones placenteras.

Figura 3. Epistemología de la Felicidad



Fuente: elaboración propia

La conducta adictiva puede ser comprendida también epistemológicamente como una trotadora hedónica la cual no sólo activa sistemas de recompensa sino que también es mal entendido por la persona como bienestar. En vista a esto, es necesario comprender la dificultad que conlleva extinguir una fuente de placer sin el reemplazo de una activación en las emociones agradables o positivas mediante otra conducta (Kashdan & Biswas-Diener, 2015), es por esto que toda intervención clínica luego de remitir síntomas, debe orientarse a generar una activación hedónica, la cual no sólo permite manejar la frecuencia e intensidad de emociones desagradables, tales como la angustia disforia o ansiedad, sino que también manejar la activación vegetativa o manifestación de hyperarousal de forma periódica (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008), colaborando tanto en la remisión de síntomas como en la prevención de recaídas.

Dentro de la otra vía de acceso tenemos el modelo eudaimónico³, el que se aproxima a generar intervenciones que pro-

3. Aristóteles sobre la felicidad aproxima el término eudaimonía como anta-

muevan el bienestar desde intervenciones con: el propósito en la vida, sentido, crecimiento personal, espiritualidad, benevolencia, compasión y autocompasión, altruismo, entre otros. Lo que se evidencia en los estudios realizados por Galanter (2007) quien utiliza un modelo de espiritualidad como *grounded recovery*, en dichas intervenciones se manipularon variables de apoyo social, adopción de una nueva comprensión y entendimiento de la vida, lo que generaba un incremento en el afecto positivo, bienestar, felicidad subjetiva, satisfacción vital, soporte social, propósito en la vida, involucramiento, espiritualidad y fortalezas del carácter.

Posterior a sus estudios Logan, Kilmer & Marlatt (2010), dan un avance a la propuesta y teoría evaluando cada una de las 6 virtudes (ver tabla 1) vinculadas al consumo de alcohol en estudiantes universitarios, encontrando que quienes se habían abstenido del consumo en el último mes, correlacionaban con trascendencia (Cohen's $d^4 = .51$), templanza (Cohen's $d = .39$) y justicia (Cohen's $d = .40$) justicia. Estos datos exploratorios permiten comprender que si existen diferencias entre las fortalezas, comprendiendo que la ecuanimidad, templanza o autocontrol y trascendencia, rasgo altamente asociado a bajos niveles de ansiedad, podrían contribuir al deceso en el consumo de alcohol para esa muestra seleccionada.

gonista al hedonismo planteado por Aristipo de Cirene y Epicuro de Samos, explicando que la felicidad no es la evitación del sufrimiento y búsqueda de placer, sino que esta se encuentra en la vida con significado, desde ahí cada propuesta en psicología que promueve el bienestar desde el crecimiento personal, autoaceptación, propósito y sentido en la vida es denominado eudaimónico desde un punto de vista epistemológico.

4. Tamaño del efecto utilizado para comparar dos medios, ampliamente sugerido por la APA en cuanto a prueba de t, y ANOVA.

Aplicaciones de la psicología positiva en el uso de sustancias, adicciones e investigaciones de recuperación

Muchos estudios han sido dirigidos desde la psicología positiva aplicada, siendo en su mayoría ensayos clínicos aleatorizados, los que se han propuesto intervenir principalmente en la prevención de recaídas, como es el estudio realizado por McCoy (2009), quien se preguntó cómo la esperanza, involucramiento y la trascendencia espiritual se asociaba con predictores de recaídas, en este estudio administró instrumentos a 126 sujetos en fase de recuperación con un mínimo de 6 meses de abstinencia. Los resultados sugirieron que la esperanza se relacionaba robusta y significativamente con variables claves en las hipótesis direccionadas, por ejemplo, trascendencia espiritual ($r=.35$), involucramiento o *flow* ($r=.36$), propósito en la vida ($r=.51$), apoyo social ($r=.49$), autoeficacia ($r=.32$) y síntomas psiquiátricos ($r= -.39$). Los resultados sugieren que la esperanza debe ser trabajada clínicamente como indicador potencial de éxito y predicción en los logros de abstinencia.

Otro estudio relevante fue el realizado el 2006 por Zemansky, en el cual se encuestó a 164 alcohólicos anónimos con el propósito de determinar sus niveles de felicidad, optimismo, gratitud, propósito en la vida y espiritualidad. Los instrumentos fueron aplicados a usuarios en abstinencia por más de un año y en otro con menos de 6 meses, los resultados sugirieron un riesgo mucho mayor de recaídas en quienes presentaban bajos niveles en las variables anteriormente señaladas.

Cabe señalar que uno de los estudios más relevantes fue el realizado por Akhtar & Boniwell (2010), en el cual realizaron una intervención con 10 adolescentes estableciendo un grupo control y otro experimental, quienes iban a ser intervenidos en un programa de 8 semanas promoviendo emociones positivas, saboreo, gratitud, optimismo, fortalezas, relajación, meditación, resiliencia y crecimiento personal. Los autores recolectaron información cualitativa y cuantitativa. Para los da-

tos cualitativos se desprendieron categorías sobre crecimiento personal, agradecimiento y bienestar, y para los datos cuantitativos se utilizaron escalas, las que se analizaron mediante un 2x2 ANOVA en condición experimental y con el tiempo como predictor, posteriormente los datos de consumo fueron analizados con pruebas no paramétricas sin diferencias de grupo. Finalmente el tamaño del efecto de las intervenciones fue: felicidad ($d = 1.39$), optimismo ($d = 1.52$), afectos positivos ($d = .80$), afectos negativos ($d = -.60$), dependencia al alcohol ($d = -.67$). En conclusión, se determina que la intervención sí permite comprobar su eficacia sobre las emociones positivas y cómo estas conllevan a una menor dependencia al alcohol, sin embargo, las limitaciones del estudio están presentes al ser una muestra pequeña, y al existir muchas variables tal vez sería mejor un análisis multivariante (modelo de ecuaciones estructurales), como así también definir los tiempos, frecuencia e intensidad del consumo.

Conclusión

Queda establecido cómo los ensayos clínicos sugieren intervenciones en emociones positivas (hedónico) como así también en aspectos más trascendentales (eudaimónico). Aunque ya se hayan realizado 9 experimentos en adicciones mediante intervenciones positivas demostrando eficacia (Akhtar & Boniwell, 2010; Ciarrochi & Brelford, 2009; Galanter, 2007; Jiménez, Herrer, Hernández & Carvajal, 2005; Lindgren, Mullins, Neighbors & Blayney, 2010; Logan, Kilmer & Marlatt, 2010; McCoy, 2009; Mojs, Stanislawska-Kubiak, Skommer & Wójciak, 2009; Zemansky, 2006), es imprescindible, replicar los estudios y mejorar la calidad del control de variables en los diseños experimentales, otorgando así una comprensión sobre las variables de riesgo y protectoras en el diseño de intervenciones ya sea para el cese de consumo, prevención de recaídas o soporte de tratamientos en paralelo.

Referencias bibliográficas

- Akhtar, M., & Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: a group intervention. *Groupwork*, 20, 6-31. doi:10.1921/095182410X576831
- Askew, R. (2013). *Negotiating the criminality and deviance associated with illicit substance use: A discourse analysis of interviews with recreational drug takers*. Thesis submitted to The University of Manchester for the degree of Doctor of Philosophy.
- Aspinwall, L., & Tedeschi, R. (2010a). Of babies and bathwater: a reply to Coyne and Tennen's views on positive psychology and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 27-34. doi:10.1007/s12160-010-9155-y
- Berntson, G., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Cacioppo, J. (2007). Amygdala contribution to selective dimensions of emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(2), 123-129.
- Cabezas, A. (2014). Una introducción a la psicología positiva y sus campos de aplicación. *Annais I Simposio Latino Brasileiro de Psicologia Positiva*, 1, 1-19.
- Cabezas, A. (2015). Valores motivacionales y bienestar subjetivo en profesionales. *Journal de Ciencias Sociales*, 3(4), 43-60.
- Ciarrocchi, J., & Brelsford, G. (2009). Spirituality, religion, and substance coping as regulators of emotions and meaning making: Different effects on pain and joy. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 30, 24-36. doi:10.1002/j.2161-1874.2009.tb00054.x
- Di Leo, J. (2015). Higher pleasure: in defense of academic hedonism. *The Comparatist*, 39(1), 196-207.
- Emmons, R. & McCullough, M. (2004). *The psychology of gratitude*. New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology-the broaden-and-build theory of po-

- sitive emotions. *American Psychologist*, 53(3), 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B., Cohn, M., Coffey, K., Pek, J., & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062. doi: 10.1037/A0013262
- Fredrickson, B., & Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *The American Psychologist*, 60(7), 678-686.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treat*, 33, 265-272. doi: S0740-5472(07)00186-9[pii]10.1016/j.jsat.2007.04.016
- Galanter, M., & Kaskutas, L. (Eds.). (2008). *Research on Alcoholics Anonymous and Spirituality in Addiction Recovery: The Twelve-Step Program Model Spiritually Oriented Recovery Twelve-Step Membership Effectiveness and Outcome Research* (Vol. 18). Springer Science & Business Media.
- Gómez-Bustamante, E., & Cogollo, Z. (2010). Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 61-70.
- Hathaway, A., & Sharpley, J. (2010). The Cannabis Experience. *Cannabis Philosophy for Everyone*, 50-61.
- Jiménez, B. M., Herrero, M. G., Hernández, E. G., & Carvajal, R. R. (2005). La adicción al trabajo. *Psicología Conductual*, 13(3), 417-428.
- Kashdan, T., & Biswas-Diener, R. (2015). *The upside of your dark side: why being your whole self--not just your "good" self--drives success and fulfillment*. New York: Plume.
- Krentzman, A. (2013). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery Research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 151-165.
- Laudet, A., & White, W. (2008). Recovery capital as prospec-

- tive predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance use & misuse*, 43(1), 27-54.
- Laudet, A., Morgen, K., & White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism treatment quarterly*, 24(1-2), 33-73.
- Lindgren, K., Mullins, P., Neighbors, C., & Blayney, J. (2010). Curiosity killed the cocktail? Curiosity, sensation seeking, and alcohol related problems in college women. *Addictive Behaviors*, 35, 513-516. doi:10.1016/j.add-beh.2009.12.024
- Logan, D., Kilmer, J., & Marlatt, G. (2010). The virtuous drinker: character virtues as correlates and moderators of college student drinking and consequences. *Journal of American College Health*, 58, 317-324.
- Lupano, M., & Castro, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- McCoy, K. (2009). Flow and spiritual transcendence: The conditions of positive experience and usefulness for therapeutic outcome in substance abuse recovery. *Dissertation Abstracts International*, 69.
- Measham, F., Aldridge, J., & Parker, H. (2001). *Dancing on drugs: risk, health and hedonism in the british club scene*. London: Free Association Books.
- Miller, W. (2002). Spirituality, treatment, and recovery. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism: research on alcoholism treatment*, (pp.391-404). New York: Kluwer.
- Moen, O. (2015). An argument for hedonism. *The Journal of Value Inquiry*, 1-15.

- Mojs, E., Stanisławska-Kubiak, M., Skommer, M., & Wójciak, R. (2009). Palenie papierosów z perspektywy psychologii pozytywnej. [Smoking from the perspective of positive psychology]. *Przegląd Lekarski*, 66, 765–767.
- Pagano, M., Post, S., & Johnson, S. (2011). Alcoholics Anonymous-related helping and the helper therapy principle. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29, 23-34. doi:10.1080/07347324.2011.538320
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. London: Oxford University Press.
- Polly, S., & Britton, K. (2015). *Character strengths matter: how to live a full life*. USA: Positive Psychology News Series.
- Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 461-466. doi:10.1002/Jclp.20588
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. (2012). We need a HERO! Towards a validation of the healthy & resilient organization (HERO). *Model Group & Organization Management*, 37, 785-822.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress-empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi:10.1037/0003-066x.60.5.410
- Sharma, A. (2015). The role of theater in well-being of Indians. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva "Psy-Cap"*, 2(1), 79-89.
- Sheldon, K., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: the effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1-9.
- Sin, N., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. doi:10.1002/

Jclp.20593

- South, N. (2004). Managing work, hedonism and 'the borderline' between the legal and illegal markets: two case studies of recreational heavy drug users. *Addiction Research & Theory*, 12(6), 525-538. doi:10.1080/16066350412331323074
- Terrado, D. (2015). Inspire for example. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva "PsyCap"*, 2(1), 69-78.
- Torres, M. (2015). Fortalezas del carácter en desplazados colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva "PsyCap"*, 2(1), 53-69.
- Yamamoto, J. (en prensa). Los desafíos de la psicología positiva en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*.
- Zemansky, T. (2006). The risen phoenix: Psychological transformation within the context of long-term sobriety in Alcoholics Anonymous. Retrieved from ProQuest: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?directtrue&dbpsych&AN2006-99004-062&siteehost-live>
- Zemore, S. E., & Pagano, M. E. (2009). Kickbacks from helping others: Health and recovery. In M. Galanter, & L. Kaskutas (Eds.), *Recent developments in alcoholism: Research on Alcoholics Anonymous and spirituality in addiction recovery* (Vol. 18, 1-26). New York: Springer.

SEGUNDA PARTE:
PSICOLOGÍA, CICLO VITAL Y DROGAS

Infancia
Adolescencia
Adulthood
Adulto Mayor



CAPÍTULO 8

Estrategias para la prevención selectiva del consumo problemático de sustancias con niños pequeños expuestos a experiencias adversas

Maribel Vega Arce¹
M^a Ignacia Sepúlveda Ramírez²
Universidad Católica del Maule

Introducción

El consumo problemático de sustancias (CPS) se asocia a un curso de inicio temprano, el cual muchas veces se cronifica en la adultez. Junto con los trastornos de conducta, el comportamiento antisocial y la agresividad (O'Connell, Boat & Warner, 2009), el CPS es parte de las problemáticas de alta prevalencia que presentan una brecha de atención, haciendo que su abordaje sea de relevancia pública (Vicente et al., 2012).

La prevención del CPS se entrelaza con la promoción de recursos que permitan a los individuos, familias y comunidades forjar una trayectoria vital en bienestar. En términos generales, las estrategias dirigidas a la población infantil buscan brindar una atención global a las necesidades de salud mental de los niños, fortalecer su entorno y realizar una detección temprana de dificultades (Yearwood, 2010). Por esto, la pre-

1. Psicóloga, Licenciada en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Magíster en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Académica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule. Correspondencia dirigirla a: mvega@ucm.cl

2. Psicóloga, Licenciada en Psicología, Universidad Católica del Maule. Psicoterapeuta Sistémica de Familias y Parejas, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Diplomada en Psicodiagnóstico Clínico Infantil, Pontificia Universidad Católica de Chile. Académica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule.

Correspondencia dirigirla a: misepulveda@ucm.cl

vención del malestar y la promoción del bienestar son estrategias de acción sinérgica, especialmente cuando están dirigidas a niños pequeños (Dwivedi & Brinley, 2004).

El presente capítulo tiene por objetivo abordar el desafío de definir estrategias de prevención selectiva del CPS, precisando aquellas herramientas cuya adquisición y enriquecimiento protege al niño o niña en su primera infancia y puede brindarle la oportunidad de crecer en bienestar, aún tras vivenciar eventos desfavorables. Para esto, se presenta una breve síntesis del impacto de las Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences [ACEs], Felitti et al., 1998) en la génesis del CPS, para luego enunciar algunos lineamientos de relevancia para implementar acciones de prevención selectiva del CPS con niños pequeños que estén o hayan estado expuestos a ACEs para, finalmente, describir algunas herramientas que permiten el fortalecimiento de los factores protectores en los vínculos primarios de los niños.

Experiencias adversas en la infancia y el CPS

La emergencia del CPS se encuentra asociado a la interacción de diversas variables biológicas, psicológicas y socioculturales, que modulan la experiencia de la persona en relación al consumo y al tránsito que realice frente a su trayectoria vital (Hoyos, Alí, Vidal & Tapia, 2015). Algunas de estas pueden operar como factores de riesgo que incrementan la posibilidad de que un niño pueda presentar un CPS, especialmente si presenta una vulnerabilidad al respecto y el escenario ecológico lo favorece (Sullivan & Farrell, 2014).

De los diversos factores de riesgo del CPS, la temprana exposición a eventos adversos ha sido señalada como un foco de relevancia en la comprensión del surgimiento, mantenimiento e intervención con jóvenes y adultos (Brady & Sinha, 2005; Dube et al., 2003; Hoyos et al., 2015; Kalmakis & Chandler, 2014).

El concepto de ACEs alude a experiencias infantiles, generalmente crónicas, con intensidad variable e impacto acumulativo, que se producen en la familia de un niño o en su entorno social, y que causan daño o angustia, perturbando su salud física o psicológica, así como su desarrollo (Dube et al., 2003). Las ACEs incluyen los malos tratos físicos, psicológicos y el abuso sexual; y la disfunción familiar, entendida como el ser testigo de violencia doméstica; el CPS de los miembros del hogar, su enfermedad mental o encarcelamiento. Recientemente, Kalmakis & Chandler (2014) sugirieron ampliar esta definición operativa, incorporando eventos en el contexto social, como la pobreza, la segregación racial, el conflicto político, la violencia en la comunidad o en la escuela, y los desastres naturales; así como otras experiencias estresantes para los niños, como las separaciones de los padres y del niño con su familia.

La exposición del infante o niño a una ACE, implica una activación fuerte, frecuente y prolongada del sistema de estrés, transformándolo en tóxico (Harper, 2014). Su impacto puede inscribirse en la arquitectura de un cerebro inmaduro, afectando a otros sistemas de órganos y funciones implicados en la regulación fisiológica del estrés; la capacidad para aprender nuevas habilidades lingüísticas, cognitivas y socioemocionales; y las destrezas requeridas para adaptarse saludablemente ante futuros eventos estresantes (Shonkoff et al., 2012). Las experiencias adversas tienden a agruparse en clústers, por lo que los riesgos se exacerban en determinadas personas, aumentando progresivamente la posibilidad de evidenciar dificultades emocionales, sociales y cognitivas; adoptar comportamientos de riesgo para la salud; presentar enfermedades, problemas sociales de relevancia o discapacidades; e, inclusive, morir tempranamente (Felitti et al., 1998).

Las ACEs desregulan el funcionamiento neurobiológico, aumentando la susceptibilidad al CPS en personas con determinadas variantes genéticas (Somaini et al., 2011), especialmente si han sufrido múltiples ACEs. Al respecto, el estudio de

Dube et al. (2003) logró establecer que cada evento adicional aumenta la probabilidad de consumo de drogas en menores de 14 años y los torna mucho más propensos a las adicciones. Andersen & Teicher (2009) plantean que esto podría explicarse debido a la interacción entre la exposición al estrés, la vulnerabilidad de la etapa vital en que se experimenta y los procesos neuromaduracionales de la adolescencia. Así, la adversidad temprana favorece la generación de sistemas sensibles al estrés y aumenta el riesgo de abusar de sustancias durante la adolescencia luego que, durante la pubertad, la maduración asincrónica del sistema socioemocional y el sistema de control cognitivo, acentúe la tendencia a la experimentación en un marco de control disminuido (Castellanos-Ryan, O’Leary-Barrett & Conrod, 2013).

El despliegue de mecanismos adaptativos frente a las ACEs permite comprender la propensión a generar un CPS y la comorbilidad de éste con la depresión mayor, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de estrés postraumático, el déficit atencional con hiperactividad y la esquizofrenia. El CPS y estos trastornos tienden a expresarse conjuntamente debido a que comparten particularidades neurobiológicas asociadas a la exposición al estrés tóxico (Brady & Sinha, 2005).

De igual modo, las ACEs se han relacionado con condiciones crónicas de salud, comportamientos de salud riesgosos, interrupciones a lo largo de la vida –como abortos y no tener hogar– así como con una mayor utilización de los servicios de salud (Kalmakis & Chandler, 2015).

Es posible que las ACEs contribuyan a incrementar el riesgo de los estresores en la vida adulta, al impactar desfavorablemente las estrategias de afrontamiento a estos (Mc Elroy & Hevey, 2014). La dificultad que los padres expuestos a ACEs pueden presentar para proteger a los hijos, terminar la educación, mantener un empleo y planificar el futuro; fomenta la transmisión intergeneracional de los riesgos al impactar la dotación de recursos que reciben los niños, el monto de estrés

cotidiano y la dificultad para brindar una co-regulación sensible (Chilton, 2014).

Por otra parte, las ACEs no son un determinante obligado de la inscripción neurobiológica del estrés ni del CPS, diversos factores protectores pueden ayudar a mitigar esto (Harper, 2014). En este contexto, cobra relevancia focalizar el trabajo preventivo hacia aquellas poblaciones infantiles que hayan estado expuestas a ACEs y a estrés tóxico, como forma de proteger el acceso igualitario a condiciones asociadas al bienestar (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009).

Estrategias de prevención selectiva del CPS con niños pequeños expuestos a ACEs

La prevención selectiva del CPS está focalizada en grupos poblacionales que presentan mayor vulnerabilidad debido a la presencia de riesgos biológicos, psicológicos o sociales que los distinguen del resto de la población. Cuando ésta es dirigida a niños pequeños, permite potenciar los factores protectores y atenuar los riesgos, impactando favorablemente la trayectoria vital del niño (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2003).

El uso de screening para pesquisar a aquellos niños, o grupos de niños, considerados como objetivo de este tipo de intervenciones, permite integrar los criterios de las ACEs para acoger tempranamente sus necesidades y gestionar los resguardos requeridos para cimentar un desarrollo saludable.

Entre los factores que pueden ser robustecidos con niños con riesgo de desarrollar un CPS se encuentra la seguridad en los barrios, asistir a una institución educativa protectora, contar con vigilancia de los padres (Moore & Ramírez, 2015) y densificar el soporte social (Chorba, 2014). En relación a los procesos familiares, los tres principales mediadores del CPS son el apego a los cuidadores, las habilidades parentales para monitorear y disciplinar, y la calidad de la comunicación (Kumpfer, 2014).

Las intervenciones de prevención selectiva dirigidas directamente a los niños y sus cuidadores pueden ayudar a cimentar un desarrollo saludable al apoyar el afrontamiento a tareas de desarrollo tales como el apego seguro, una eficiente regulación ante el estrés, el desarrollo de las funciones ejecutivas y la incorporación de hábitos y destrezas que promuevan la integración social del niño (Shonkoff et al., 2012). Cada una de estas habilidades es crucial para un desarrollo resiliente que permita hacer frente a las ACEs (Bethell, Newacheck, Hawes & Halfon, 2014).

Las buenas prácticas en prevención del CPS y otras problemáticas que afectan a la población infantil, indican que los programas deben estar basados en evidencia y contar con estrategias de diseminación e institucionalización. El análisis de iniciativas exitosas permite definir cinco principios que toda propuesta debiese integrar (O'Connell et al., 2009):

- Las intervenciones deben buscar reducir la exposición de los niños a los acontecimientos biológica y psicológicamente tóxicos.
- Debe procurarse la generación de ambientes de apoyo y parentalidad positiva que incentiven la conducta prosocial en los niños.
- La aceptación y aliento a la familia, escuela y comunidad, es una estrategia más eficaz y deseable que la confrontación o coerción.
- Técnicas tales como notas de alabanza, tutoría entre pares y el entrenamiento del cuidador, facilitan la creación de entornos de crianza respetuosos.
- El sueño adecuado, la dieta saludable, el ejercicio y la limitación de los tiempos frente a la televisión, pueden ayudar a proteger al niño como ser integral.

Potenciar el impacto de los programas de prevención selectiva requiere de alianzas multisectoriales basadas en un enfoque en el que se valore el bienestar de los adultos responsables de los niños para que estos, a su vez, estén en condiciones

de establecer relaciones seguras, consistentes y estables, que permitan una crianza sensible a las necesidades de niños y niñas (Bethell et al., 2015). Estudios recientes señalan que los buenos cuidados parentales podrían ser una de las variables más significativas en la protección de las personas contra la manifestación de problemáticas con concomitancia genética y ambiental, como el CPS, gracias a la reducción de estrés y cortisol que pueden activar los genes heredados (Kumpfer, Fenolar & Jubani, 2013).

El fortalecimiento de los recursos personales y vinculares en la diada bebé o niño, y cuidador/a principal se constituye como una de las estrategias para la prevención selectiva del CPS con niños pequeños expuestos a experiencias adversas. En el siguiente apartado se revisan algunas herramientas que permiten orientar su abordaje.

Herramientas para la prevención selectiva del CPS con niños expuestos a ACEs

El señalamiento de los riesgos que las ACEs implican para el desarrollo infantil, ha incentivado la formulación de diversas herramientas que buscan ampliar los repertorios de los cuidadores en contextos de estrés, beneficiando de esta forma a los niños pequeños al facilitar la acogida de sus necesidades, previniendo tempranamente el CPS, entre otras problemáticas. Algunos de estos dispositivos, orientados por la perspectiva basada en fortalezas, han sido gestados en el marco de la Strengthening Families National Network, en EEUU (Harper, 2014). El mundo académico también ha aportado diseñando y evaluando programas basados en evidencia, como el Programa para Fortalecer a las Familias (Kumpfer, Fenolar & Jubani, 2013), que impacta en forma simultánea y favorable tanto a los adultos como a los niños desde los 3 años de edad.

En términos generales, estas aproximaciones asumen que las personas no se encuentran en un vacío, sino que por el

contrario, los factores de protección y riesgo que pueden traducirse en ACEs, están contextualizados. De igual manera, se considera que los factores protectores cuentan con un efecto acumulativo, por lo que el incentivar el desarrollo de un recurso facilita un cambio favorable en otras áreas, al abrir nuevas oportunidades (Harper, 2014).

Algunas herramientas genéricas pueden integrarse con facilidad en distintas propuestas interventivas orientadas a niños y cuidadores. Proponemos tres, a modo de ejemplo:

1. El uso de una perspectiva basada en fortalezas

Este tipo de aproximación se basa en la expectativa de que la familia puede acceder y desarrollar capacidades para afrontar la vida en forma más satisfactoria, definiendo metas posibles, más que deficiencias o problemas. Esto no implica ignorar los problemas, sino que situarlos en la estructura social en la que están insertos, confiando en que los cuidadores disponen de recursos latentes para afrontarlos (Sousa, Ribeiro & Rodrigues, 2007). Una implicancia directa de esta perspectiva es que se releva el bienestar de los cuidadores como parte de un circuito que beneficia la vida cotidiana de los niños.

2. El uso de un setting cotidiano y familiar para las intervenciones

La visita domiciliaria es una herramienta de gran utilidad debido a que salvaguarda las necesidades de atención de familias con bebés, muchas veces con dificultades para asistir a sesiones en settings externos, permitiendo efectuar una intervención de alto impacto con bajo costo (O'Connell et al., 2009). Entre las diversas alternativas de trabajo, se distingue el innovador programa de prevención selectiva, eficiente e indirecto, descrito por McKelvey et al. (2015), para moderar el impacto de las ACEs. Esta iniciativa permite utilizar la visita

domiciliaria como una plataforma para potenciar las fortalezas familiares al comentar las experiencias diarias del niño, facilitar interacciones que permitan a los padres proteger a los niños del impacto de los eventos adversos, disciplina apropiada y apoyo ante problemas que puedan sufrir los padres.

3. El uso de medios de vinculación coherentes con el nicho evolutivo

Narvaez et al. (2013) plantean que es imprescindible desarrollar prácticas de cuidado consistentes con el nicho evolutivo de la especie. Aplicado a los seres humanos, esto se relaciona con variables tales como la alimentación del bebé con leche materna; el contacto físico entre el niño y el cuidador; la responsividad contingente y sensible a las necesidades del niño; el soporte social otorgado a la madre y el juego. La promoción de este tipo de prácticas ayuda a desarrollar la prosocialidad, la integración del niño a distintos ambientes y sus herramientas cognitivas. Referido a la prevención selectiva del CPS, modalidades terapéuticas como la Interacción Guiada (McDonough, 1995), formulada para población con factores de riesgo, favorecen la vinculación mediante el juego, en un proceso diádico que le permite al cuidador principal potenciar sus recursos y resulta, a la vez, gratificante.

Conclusiones

El estrés tóxico experimentado frente a las ACEs puede afectar la trayectoria socioemocional de un niño o niña, favoreciendo el uso de estrategias de afrontamiento para aplacar el impacto emocional de la adversidad, tales como el CPS, entre otras (Felitti et al, 1998). Comprendiendo que las experiencias adversas ocurren en el marco ecológico que envuelve la trayectoria vital infantil, se visualiza como imprescindible mancomunar esfuerzos para activar mecanismos de prevención del

malestar y promoción del bienestar.

Por esto, el presente capítulo enuncia algunas estrategias de prevención selectiva del CPS por medio del reconocimiento y consolidación de las fortalezas como eslabones en la cadena de protección del nicho ecológico frente a las ACEs. Las herramientas propuestas están destinadas a enriquecer el entramado relacional, de modo tal que éste ofrezca oportunidades efectivas para la satisfacción de las necesidades infantiles en contextos desfavorables. En este sentido, se ha destacado la importancia de contar con dispositivos resilientes frente al estrés tóxico, siendo prioritario el trabajo con quienes desarrollan el cuidado del niño o niña desde una perspectiva de recursos, en un setting cotidiano, facilitando la implementación de prácticas coherentes con una crianza que atienda oportunamente las necesidades infantiles y propicie el bienestar del niño o niña.

Referencias bibliográficas

- Andersen, S., & Teicher, M. (2009). Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4), 516-524.
- Bethell, C., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health Affairs*, 33(12), 2106-2115.
- Bethell, C., Simpson, L., Hassink, S., Srivastav, A., Solloway, M., Murphy, C., & Kachaochana, A. (2015, November). Promoting positive health by addressing adverse childhood experiences: advancing awareness, research, and translation into policy and practice. Symposium conducted at the 143rd APHA Annual Meeting and Exposition, Chicago, IL.
- Brady, K., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and subs-

- tance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1483–1493.
- Castellanos-Ryan, N., O’Leary-Barrett, M., & Conrod, P. (2013). Substance-use in childhood and adolescence: a brief overview of developmental processes and their clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 41.
- Chilton, M. (2014). Childhood stress: a qualitative analysis of the intergenerational circumstances of child hunger. *University of Kentucky Center for Poverty Research Discussion Paper Series, DP2014-13*. Recuperado de <http://www.uk-cpr.org/Publications/DP2014-13.pdf>.
- Chorba, C. (2014). *Adverse childhood experiences and health outcomes in adulthood: factors contributing to resilience* (Master thesis, University of Pittsburgh). Recuperado de http://d-scholarship.pitt.edu/23056/1/chorba_thesis_6_2014.pdf
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dwivedi, K., & Brinley, P. (2004). *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health*. London: Jéssica Kingsley Publishers.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M., & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Harper, C. (2014). *The Strengthening families approach and protective factors framework: branching out and reaching deeper*. Washington, D.C.: Center for the Study of Social Policy. Recuperado de <http://www.cssp.org/reform/strengtheningfamilies/2014/The-Strengthening-Fami->

lies-Approach-and-Protective-Factors-Framework_Branching-Out-and-Reaching-Deeper.pdf

- Hoyos, R., Aí, M., Vidal, J., & Tapia, P. (2015). *Nada sobre nosotros, sin nosotros. Programa "la esquina", una experiencia de trabajo con adolescentes en contextos de pobreza y exclusión social*. Santiago: Fundación Paréntesis.
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501.
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27, 457-465.
- Kumpfer, K. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/308789>
- Kumpfer, K., Fenolar, J., & Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.
- Mc Elroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 65-75.
- McDonough, S. (1995). Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 661-672.
- McKelvey, L., Whiteside-Mansell, L., Conners-Burrow, N., Swindle, T. & Fitzgerald, S. (2015). Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs. *Child Abuse & Neglect*. Advance online publication <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.008>
- Moore, K., & Ramírez, A. (2015). Adverse childhood experien-

- ce and adolescent well-being: do protective factors matter?. *Child Indicators Research*, 1-18.
- Narvaez, D., Gleason, T., Wang, L., Brooks, J., Burke, J., Cheng, Y., & The Centers for the Prevention of Child Neglect (2013). The evolved development niche: longitudinal effects of caregiving practices on early childhood psychosocial development. *Early Childhood Research Quarterly*, 28(4), 759-773.
- O'Connell, M., Boat, T., & Warner, K. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Shonkoff, J., Boyce, W., & McEwen, B. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252-2259.
- Shonkoff, J., Garner, A., Siegel, B., Dobbins, M., Earls, M., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Somainsi, L., Donnini, C., Manfredini, M., Raggi, M., Saracino, M., Gerra, M., Amore, M., Leonardi, C., Serpelloni, G., & Gerra, G. (2011). Adverse childhood experiences (ACEs), genetic polymorphisms and neurochemical correlates in experimentation with psychotropic drugs among adolescents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1771-1778.
- Sousa, L., Ribeiro, C., & Rodrigues, S. (2007). Are practitioners incorporating a strengths-focused approach when working with multi-problem poor families?. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 53-66.
- Sullivan, T., & Farrell, A. (2014). Risk factors. En C. Essau (Ed.), *Substance abuse and dependence in adolescence: epidemiology, risk factors and treatment* (pp.87-118). New York: Routledge.

- U.S. National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators, and community leaders* (2° Ed.). Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872012000400005
- Yearwood, E. (2010). The social determinants of health and mental health: global foundations for improving child and family mental health. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 196-197.

CAPÍTULO 9

¿Conceptos en diálogo o elementos en pugna? Adolescencias y drogas

Gerardo Chandía Garrido¹
Universidad Católica de Maule
Karen Vásquez Torres²
Programa PRM Llequén

Introducción

Entrar en el mundo del consumo de drogas para muchos puede resultar complejo y si le sumamos el apellido de “adolescente” la situación pareciera volverse aún más compleja. No obstante, en el presente capítulo intentaremos desmitificar esta asociación cargada de sesgos y estereotipos culturales, que tiende asociar al joven que consume drogas con un delincuente e incluso un enfermo, del cual se debe temer y por tanto, excluir del sistema. Intentaremos que el lector pueda comprender que el fenómeno del consumo de drogas en población adolescente, si bien implica ciertas particularidades (a propósito de las características del ciclo vital), termina siendo igual a cualquier uso en otra etapa del desarrollo, es decir, tal

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica de Maule. Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, UCM. Terapeuta Familiar y de Pareja, Instituto Chileno de Terapia Familiar. Diploma de Especialización en Peritaje Forense, Universidad de la Frontera. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule. Coordinador del Centro de Atención Psicológica Integral, CAPI, UCM. Correspondencia dirigirla a: gchandia@ucm.cl

2. Psicóloga, Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de Chile. Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, Universidad Católica del Maule. Diplomada en Violencia Intrafamiliar, Universidad de Talca. Psicóloga PRM Llequén, Talca, Chile.

Correspondencia dirigirla a: k.vasquez.torres@gmail.com.

como señala Rojas (2015) un consumo con cierta función que debemos intentar dilucidar. Para ello comenzaremos por definir lo que entendemos por adolescencia.

Definición de adolescencia

La palabra adolescencia procede del latín “*adolescere*” que significa crecer o madurar (Hoyos, Alí, Vidal & Tapia, 2015). Por tanto, esta distinción nos indica que se refiere a una etapa donde el ser humano adquiere un crecimiento o maduración. No obstante, hoy no existe claridad respecto a cuándo se inicia y cuándo termina la etapa de la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un período en el cual la persona adquiere madurez reproductiva, transita de la niñez a la adultez e intenta conseguir una independencia socioeconómica, estableciéndose entre la edad de 10 y 19 años. Así también, se hace la distinción con el concepto de juventud, definido como el periodo que va desde los 15 a los 24 años, ligada a procesos de interacción social, definición de identidad y adquisición de responsabilidades (Arbex, 2002; MINSAP, 1999; OMS, 1986). La práctica clínica nos indica que el periodo de la adolescencia estaría iniciando más tempranamente y teniendo una salida cada vez más tardía, por tanto, estamos frente a una etapa cada vez más amplia. Por otra parte, independiente de las definiciones debemos considerar que la adolescencia adquiere sus particularidades de acuerdo a cada sociedad y momento histórico, por tanto, no estamos frente a un tipo de adolescencia, sino por el contrario estamos frente a muchos tipos de “ser adolescente”, lo que lo hace un periodo sumamente heterogéneo en cuanto a sus características. No obstante, existen algunas particularidades comunes a considerar, sin caer en estereotipos, que nos permitirían generar un mapa para lograr guiarnos en el camino cuando tenemos en frente a un adolescente.

Características comunes de los adolescentes

Arbex (2002) ha logrado definir una serie de características comunes al periodo de la adolescencia, enfatizando en:

Necesidad de reafirmación

Considerada una de las tareas evolutivas más importantes de este período, asociado a la formación de identidad, donde adquiere relevancia el concepto de autoimagen y la percepción del entorno en relación a sus capacidades (familia, grupos de pares, comunidad).

Necesidad de transgresión

A propósito de algunos cambios a nivel cognitivo, el adolescente comienza a cuestionarse algunas situaciones que lo llevan a presentar conductas de rebeldía y transgresión frente al orden social, el mundo adulto y las normas establecidas.

Necesidad de conformidad intra-grupal

Basta recordar nuestra propia adolescencia para darnos cuenta de la importancia que adquiere el grupo de iguales en esta etapa. Un grupo que adquiere el rol de referencia, que nos permite ensayar distintos papeles y cobijarnos del mundo “adulto”.

Sensación de invulnerabilidad

El adolescente tiende a vivir sus experiencias como únicas e irrepetibles, lo que sumado al aumento del egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones, les lleva a una sensación de invulnerabilidad respecto a los riesgos de determinadas conductas.

El rechazo a la ayuda del adulto

Recordemos que el adolescente intenta separarse del mundo infantil, donde los adultos adquieren un rol importan-

te de cuidado, por tanto, ahora en su afán de independencia ya no necesitan de los cuidados de adultos a cargo, presentando proximidad a algunas conductas de riesgo.

Susceptibilidad frente a las presiones del entorno

Considerando que estamos en una etapa de búsqueda de identidad, los adolescentes son particularmente sensibles a presiones del entorno, de ahí la tendencia del mundo publicitario a generar en este grupo etario un destinatario de sus campañas masivas de venta de productos.

Adolescencia y consumo de drogas

Considerando las características descritas anteriormente, la adolescencia y el consumo de drogas son dos conceptos que se llevan muy bien, comparten ciertas afinidades que les permite congeniar de manera peligrosa. Por tanto, no es de extrañar que la etapa de adolescencia sea definida como la etapa del inicio del consumo de drogas (Arbex, 2002; CONACE, 2008; Espada, Griffin, Botvin & Méndez, 2003; Maturana, 2011). En Chile, el Décimo Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar (SENDA, 2014), señala una disminución del uso diario de tabaco, corroborando la tendencia a la baja que se ha observado en los estudios anteriores. Respecto al alcohol se observa una estabilización de las prevalencias de consumo, con tendencia al alza (63% señala haber consumido alcohol en el último año). En relación al consumo de marihuana se observa que ha aumentado significativamente (30,6% que equivale a 11,1 puntos porcentuales más que en el estudio del año 2011), sumado a una baja percepción de daño. Los consumos de cocaína y pasta base se mantienen estables (3,6% y 2,3% respectivamente). Por último, se observa un aumento del consumo de inhalantes y tranquilizantes (5,2% y 9,5% respectivamente). Estos antecedentes revelan que estamos frente a una situación que debiese preocuparnos. Pero antes de inten-

tar reflexionar respecto a algunas orientaciones que debemos considerar en el plano de la intervención, adquiere relevancia considerar el patrón de consumo de los adolescentes.

Patrón de consumo en adolescentes

La definición de patrón de consumo hace alusión a las circunstancias que mediatizan la relación individuo/droga. Por tanto, es de suma importancia entender las particularidades de esta relación, que se encuentra mediada por factores socio-culturales e históricos. Recordemos que el consumo de drogas en adolescentes, por lo general, no adquiere la categoría de dependencia pero sí experimental, ocasional o habitual, dentro de un binomio definido como fin de semana/prácticas de ocio dominantes. Algunas características propias del perfil del consumidor adolescente serían: sujetos que inician el consumo a más temprana edad, que realizan alguna actividad normalizada (trabajan o estudian), que viven con sus familias, realizan uso social de las drogas ligado a actividades de ocio (concentrado los fines de semana), con policonsumo (en especial alcohol, cigarrillos y cannabis), con escasa percepción de riesgo y de daño, sensación de control al tratarse de un consumo sólo de fines de semana y percepción del consumo como algo masivo y propio de su generación, por tanto, algo esperado. Este patrón de consumo se encuentra mediado por un sinnúmero de factores de riesgo y protección que finalmente nos permiten comprender a aquellos sujetos que se encuentran en una situación más desventajosa para iniciar un consumo de drogas (Arbex, 2002; Caudevilla, 2010; Espada, Ramón & García, 2008).

Los problemas derivados del consumo de drogas en la adolescencia resultan complejos de evaluar, ya que debemos considerar que la población adolescente es relativamente sana y los efectos del consumo de drogas requieren, por lo general, el uso de la sustancia por cierto tiempo. No obstante, existe

evidencia de que el consumo de drogas posee efectos dañinos a nivel cerebral y orgánico, además de accidentes, problemas escolares, legales y afectivos, entre otros (Caudevilla, 2010; Espada et al., 2003).

Factores de riesgo y protección

Debemos considerar que los patrones de consumo señalados con anterioridad responden a ciertos factores de riesgo y de protección presentes en cada sujeto. Esto nos permite comprender cómo frente a un mismo estímulo-droga presente en un entorno, no todos los adolescentes llegan al consumo. Lo más probable es que estos sujetos (los que no consumen) cuenten con una mayor cantidad de factores protectores que de riesgo. Los factores de riesgo son aquellas situaciones de índole personal, familiar y social que predisponen a un sujeto a consumir drogas y los factores protectores aquellas condiciones que protegen a las personas, reduciendo la probabilidad de que se involucre en el consumo de estas (Arbex, 2002). Se han definido una serie de factores de riesgo y protección que por razones de extensión no es posible mencionar, no obstante es posible diferenciarlos en distintos niveles: personal, familiar, escolar, grupo de iguales y comunidad (Espada et al., 2003; González, Mar & González, 1996; Ruiz, Herrera, Martínez & Superviellem, 2014).

Una propuesta de intervención

La literatura señala distintos tipos de intervención, desde intervenciones cognitivo-conductuales, pasando por programas de intervención breve hasta intervenciones basadas en el modelo ecológico (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008; Sánchez, Villareal, Ávila, Vera & Musitur, 2014). Por otra parte, en términos de política pública, el Estado de Chile en el año 2007 implementa la oferta de atención de adoles-

centes con consumo de drogas bajo la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil y garantiza a través de las Garantías Explicitas en Salud (GES) el tratamiento para menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia en la atención primaria. Así también, en el año 2014 se implementa el Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (SENDA, 2015).

Resulta necesario aclarar que el enfoque de los autores de este capítulo es de carácter sistémico, por tanto, aclaramos nuestros sesgos y explicitamos los lentes con los cuales observamos los fenómenos, con el objeto de que el lector comprenda desde donde nos ubicamos para proponer nuestro enfoque de intervención. A continuación, entregaremos algunas propuestas que consideramos relevantes al momento de intervenir con adolescentes (Arbex, 2002):

Del concepto de déficit al concepto de recursos

Nuestras prácticas diarias están sumamente cargadas de enfoques reduccionistas centrados en la necesidad de etiquetar a los sujetos desde sus carencias y deficiencias, lo que resulta, por lo pronto, alejado de la mirada que la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por nuestro país en el año 1990 (Pautassi & Royo, 2012), que propone ver a los adolescentes como sujetos de derechos, por tanto con capacidades y potencialidades. No estamos diciendo que la mirada del déficit es innecesaria, lo que sí intentamos enfatizar es que la mirada centrada en los recursos resulta imprescindible al momento de intervenir con adolescentes. En este sentido el modelo de desarrollo positivo adolescente surgido en los años 80' desde el modelo de competencias, con aportes de la psicología comunitaria, el modelo ecológico y competencia social, nos entrega una conceptualización necesaria a tener presente. El modelo adopta una perspectiva centrada en el bienestar, poniendo énfasis en la existencia de condiciones saludables, incluyendo habilidades, conductas y competencias necesarias para man-

tener el bienestar. Para el lector que desee profundizar más en la temática, recomendamos introducirse en el modelo de florecimiento o desarrollo positivo adolescente (Oliva, et al., 2010).

De una mirada de crisis a la mirada de una etapa necesaria y de oportunidades

Históricamente se ha planteado la adolescencia como una etapa de crisis, donde inevitablemente nos vamos a encontrar con problemas. Basta conversar con padres y madres con hijos adolescentes, quienes por lo general señalan que sus hijos/as se encuentran en una etapa problemática y no saben cómo abordarlos. Comprendemos a estos padres, ya que la adolescencia es una etapa de constantes cambios, una etapa más bien de tormenta que calma, una etapa donde no tenemos muchas certezas, sin embargo, no compartimos la idea de focalizarnos sólo en aquello, en la crisis. Recordemos que la palabra crisis, conlleva por una parte una pérdida pero también una oportunidad. Creemos que la mirada se ha quedado atrapada en las pérdidas dejando de lado las oportunidades y el rescate de recursos.

Importancia del vínculo

Para el lector parecerá obvio, si es un lector cercano a la psicología, más obvio aún. Pero esta obviedad no viene acompañada de prácticas de intervención. Sabemos la importancia del vínculo en cualquier intervención, en especial, cuando trabajamos con adolescentes, pero seguimos cayendo en prácticas que atentan contra este principio. Es el terapeuta el que debe acercarse al mundo adolescente, el que debe garantizar que se respete la confidencialidad, el que debe estar actualizado de lo que significa “ser” adolescentes en determinado momento sociocultural, el que debe respetar los tiempos de cada joven, y finalmente el que debe acompañar sus procesos. Si queremos trabajar con adolescentes debemos ser respon-

sables y reflexionar a diario respecto a nuestras prácticas de intervención.

Sin entorno la tarea se vuelve compleja

Es sabido que los padres juegan un rol importante a la hora de determinar el riesgo de consumo de drogas en sus hijos (Becoña et al., 2013), si a esto le sumamos nuestra mirada sistémica, nos cuesta creer en intervenciones que no consideren el entorno. Las prácticas clínicas nos llevan a escuchar de forma frecuente la frase: “*es que no hay entorno donde trabajar, la familia no apoya*”. Por tanto, la primera distinción es que SIEMPRE hay entorno, con distintas características por cierto, pero siempre lo hay, y este entorno no tiene porque ser únicamente la familia directa, puede ser el colegio, el barrio, el grupo de amigos, la familia extensa, inclusive, nosotros mismos como terapeutas. La figura de tutor de resiliencia adquiere, en este sentido, notoria relevancia.

Dejemos de lado la mirada adultocentrista

El adultocentrismo se define como la superioridad de los adultos por sobre los jóvenes, entregándole ciertos privilegios a los primeros por el solo hecho de ser adultos, considerándolos además como un modelo al cual hay que aspirar para lograr un desarrollo sano (UNICEF, 2013). En este sentido, son los adultos los encargados de la formación de los jóvenes, quienes deben adoptar una posición pasiva para lograr ser aceptados. Lo anterior implica riesgos, el principal es malinterpretar ciertas conductas de los jóvenes cuyos significados cambian debido a factores históricos y sociales, es decir, mirar la adolescencia desde “nuestra propia adolescencia” y no desde la “adolescencia actual” del persona que tenemos en frente.

No todo adolescente consumidor de drogas es un drogadicto

El uso de drogas en la etapa adolescente, si bien ha au-

mentado, no determina que todos los jóvenes consuman y menos que todos quienes lo hacen sean “drogadictos”. De este modo, resulta fundamental diferenciar los tipos de consumo y la sustancia empleada, con el objeto de diferenciar nuestras intervenciones de acuerdo a la realidad de cada sujeto. Maturana (2011), señala que “la mayoría de los adolescentes en Chile no consume y que todo consumo no necesariamente constituye un consumo problemático, pero si todo consumo en un adolescente constituye un consumo de riesgo” (p.98).

No hay intervención replicable

Cada vez que diseñamos una intervención ha de estar sustentado por un buen diagnóstico que nos permita la elaboración de un plan de intervención que sea único, irreplicable y sujeto a las características de cada persona. Si bien nuestras prácticas de intervención se enmarcan dentro de contextos institucionales, lo que implica que contamos con orientaciones técnicas pre-establecidas, éstas no deben ser el modelo estándar a seguir en todos los casos. Esto implica que debemos ser capaces de diseñar y co-construir las intervenciones (en la más amplia y honesta utilización de la palabra) de acuerdo a las características de cada adolescente.

Las intervenciones deben ser flexibles

La adolescencia es una etapa de constantes cambios, y si a esto le sumamos la heterogeneidad propia de la adolescencia, la invitación es a no adoptar posiciones rígidas, sino por el contrario ser lo suficientemente dinámicos y flexibles a la hora de intervenir. Proveer de una intervención en un estilo y forma que responda a los esquemas, habilidades e intereses de los adolescentes implica un ajuste necesario y respetuoso de la diversidad que estos presentan.

Trabajo en red y multidisciplinar

El trabajo en red no implica la necesidad de derivar y des-

ligarse del o los casos. Un trabajo en red significa un abordaje conjunto, una intervención donde se aúnan fuerzas bajo objetivos comunes, donde sumamos distintas miradas de la situación a la cual nos enfrentamos, y para eso se han de generar adecuados canales de comunicación con la red disponible, dejando de lado los egos profesionales que muchas veces entran los procesos de intervención (Lefio, Villarroel, Reboledo, Zamorano & Rivas, 2013; Marín & Flores, 2014).

Enfoque de género

La socialización de género que impone nuestra sociedad actual nos lleva determinar conductas esperables por el hecho de ser hombre o mujer, y estas se encuentran cargadas, lamentablemente, con estereotipos basados en una cultura patriarcal. En este contexto, es de esperar que los tipos de consumo y motivaciones al uso de drogas difieran entre adolescentes hombres y mujeres, por lo tanto, la consideración de esta variable resulta esencial al momento de generar estrategias de intervención.

Confidencialidad

Esta es, sin duda, una variable fundamental a la hora de intervenir con adolescentes, ya que si no logramos garantizar confidencialidad, la vinculación que logremos establecer con el joven, es prácticamente nula. Esto implica no sólo la firma de un consentimiento o asentimiento, sino también consultar que información desea que se mantenga bajo secreto profesional (mientras no implique un riesgo para su bienestar y/o el de otros), el respeto por su espacio e ideas, que la conversación/entrevista que se establece cumpla con criterios éticos mínimos y máximos, el respeto por sus citas y horarios, la garantía de no interrupción durante su momento de atención, entre múltiples otros elementos.

Reflexiones finales

La intervención con población adolescente implica variados desafíos, no es un terreno fácil tampoco un medio de extrema hostilidad, sin embargo, resulta gratificante lograr acceder a su mundo y comprender sus significados cuando el fin es ofrecer apoyo. Recordando nuestras propias prácticas terapéuticas con adolescentes, la variable común que emerge es la primera resistencia que éstos establecen al momento de vincularse. Lo anterior resulta sumamente natural y esperable, dado que todos al enfrentamos a un extraño generamos cierta resistencia inicial, pero en el caso de los adolescentes resulta particular dadas sus características, y es ahí donde las habilidades de la persona que desea trabajar con jóvenes adquieren relevancia. Debemos observar y conocer el mundo adolescente, debemos estar actualizados de sus gustos e intereses, de la música de moda y sus preferencias, del lenguaje, códigos y símbolos propios de cada adolescente, de lo contrario, poco podremos comprenderles y menos aún podremos lograr intervenirles. Hasta acá el consumo de drogas pasa a un segundo plano, primero vinculémonos genuinamente con ellos, después hablemos de drogas. Ahora bien, si el joven desea priorizar el tema en cuestión, debemos acogerlo, sin cuestionar, sin juzgar, sin desvalorizar, lo que no implica dejar de ver solo riesgos, prejuicios y consecuencias. En este sentido, es reconocible que la persona del terapeuta también adquiere relevancia. Usted como lector tiene una visión respecto a la drogas, probablemente es un consumidor de drogas, por lo menos legales, y esa visión necesariamente se cruzará con las conductas del joven. Si su mirada es más conservadora probablemente tolerará menos el consumo de cannabis de un joven. Por otra parte, si usted es usuario de cannabis, probablemente le costará menos empatizar con él y su conducta. De estas variables debemos estar conscientes, acá lo importante es el joven, sus narraciones, su forma de interpretar el mundo, su

forma de ver el consumo, no son bajo ningún punto las del terapeuta. La necesidad de supervisión en estos casos se hace primordial para evitar verse sobrepasado por el sesgo irrestricto o la permisividad ciega.

Recordemos que generar un cambio, no va en la línea única de identificar el tipo de consumo y/o la frecuencia. Esto, sin duda, nos sirve para generar un diagnóstico, pero al momento de intervenir debemos dilucidar la relación que el joven establece con la droga y la función que esta cumple en su vida, con el objeto de sustituirla por conductas que implique menores riesgos para su bienestar y desarrollo.

Finalmente, si consideramos el actual estilo de vida, cargado por el individualismo, la competencia, el consumismo y la búsqueda hedonista, el uso de drogas se convierte en una posibilidad de encontrar sustitutos frente a malestares generados por este mismo estilo de vida, sin embargo, no podemos focalizarnos sólo en eso, debemos lograr acompañar a cada adolescente en la búsqueda y visualización de la función de su personal uso de drogas, recién ahí generaremos el escenario para intervenir y, en este sentido, las posibilidades son infinitas, equivalentes a cada adolescente que consume drogas, donde cada uno es una realidad particular que merece y debe ser escuchada.

Referencias bibliográficas

- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. Madrid: ADES.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Fernández, J., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F., & Gabrhelik, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292-298.
- Caudevilla, F. (2010). Intervención en el adolescente consumidor de drogas. En *Curso de actualización pediatría* (2010). Madrid: Exlibris Ediciones.

- CONACE. (2008). *Niños, niñas y adolescentes: tratamiento de drogas. Guía de asesoría clínica para programas de tratamiento y rehabilitación en drogas para población infanto-adolescente y sus especificidades*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Espada, J., Griffin, K., Botvin, G., & Méndez, X. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Espada, J., Ramón, J., & García, J. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- González, F., Mar, M., & González, S. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8(2), 257-267.
- Hoyos, R., Alí, M., Vidal, J., & Tapia, P. (2015). *Nada sobre nosotros, sin nosotros: programa "la esquina", una experiencia de trabajo con adolescentes en contextos de pobreza y exclusión social*. Santiago: Fundación Paréntesis.
- Lefio, L., Villaroel, S., Rebolledo, C., Zamorano, P., & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Marín, A., & Flores, M. (2014). *Guía de estrategias de intervención familiar. Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social*. Santiago: SENAME/ Instituto Chileno de Terapia Familiar.
- Martínez, K., Salazar, M., Pedroza, F., Ruiz, G., & Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes*, 22(1), 98-109.
- MINSAP. (1999). *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia*. La Habana: Gobierno de la República de Cuba.
- Oliva, A., Reina, M., Hernando, A., Antolín, L., Pertegal, M., Parra, A., Ríos, M., Estévez, R., & Pascual, D. (2010). *Acti-*

- vos para el desarrollo positivo y la salud mental en la adolescencia*. España: Junta de Andalucía.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Ginebra: Suiza.
- Pautassi, L., & Royo, L. (2012). *Enfoque de derechos en las políticas de infancia. Indicadores para su medición*. Santiago: CEPAL.
- Rojas, C. (Ed.). (2015). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias*. Talca: Universidad Católica del Maule.
- Ruiz, H., Herrera, A., Martínez, A., & Supervielle, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(4), 402-409.
- Sánchez, J., Villareal, M., Ávila, M., Vera, A., & Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23, 69-78.
- SENDA. (2014). *Décimo estudio nacional de drogas en población escolar*. Santiago: Gobierno de Chile.
- SENDA. (2015). *Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas*. Santiago: Gobierno de Chile.
- UNICEF. (2013). *Superando el adultocentrismo*. Santiago: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.



CAPÍTULO 10

Consumo de cannabis en la edad adulta: perspectivas y propuestas terapéuticas desde el modelo postracionalista de Vittorio Guidano.

Jorge Barahona Moore¹
Universidad de La Serena, Chile

Introducción

El objetivo de este capítulo es ofrecer la posibilidad de entender el fenómeno del consumo de cannabis en el adulto desde una perspectiva constructivista, específicamente desde el modelo postracionalista propuesto por Vittorio Guidano, que tiene su preludio a principios de la década de los 80'. Ésta nos ofrece una epistemología, teoría y método terapéutico bastante complejo, los que pondré al servicio de la comprensión del uso de esta droga en la edad adulta.

Lo que el lector enfrentará a continuación, es un armatoste teórico que incluye los aspectos generales del postracionalismo asociados al consumo de cannabis. Para generar un poco de tensión e iniciar un breve recorrido histórico del grueso de este capítulo, quisiera relatar los inicios del modelo postracionalista, el cual surge como una oposición al paradigma cognitivo-conductual, imperante en aquellos años.

Para Guidano la experiencia humana, a diferencia de los modelos anteriores, es ante todo emocional, el cual impacta de manera sustancial en la construcción de identidad de los

1. Psicólogo, Licenciado en Psicología, Universidad de La Serena. Diplomado en Neurociencias: Bases Biológicas del Aprendizaje, Universidad de Chile, Postulante a Magíster en Terapia Cognitiva Postracionalista, Universidad de Santiago de Chile. Coordinador de Orientación y Familia, Colegio Polivalente Arzobispo Crescente Errázuriz, Fundación Belén Educa, Santiago de Chile. Correspondencia dirigirla a: jorge.barahona.moore@gmail.com

sujetos. Dicha idea-fuerza, cobra sentido a través del apoyo teórico que Guidano, en conjunto con Giovanni Liotti en sus comienzos, dieron forma a través de la teoría del apego de John Bowlby. Así mismo, plantearon que las contingencias emotivas se sirven del apoyo de la emergencia del lenguaje. Con el tiempo, Guidano y Liotti fueron separando su entendimiento de los procesos de desarrollo humano, ante lo cual el primero de ellos nos ofrece un modelo terapéutico sólido, que ha evolucionado con el tiempo.

Para introducirnos en el mundo postracionalista, consideraré ciertos postulados de base que sustentan la teoría, en este sentido, es importante incorporar tres conceptos claves: la epistemología evolutiva, la biología del conocer y el vínculo. Luego de esto, proponer el grueso de la teoría de Guidano, las Organizaciones de Significado Personal (OSP) y explicar los distintos niveles de procesamiento bajo los cuales éstas operan y de este modo, situar los distintos significados que he denominado **actos de sentido**, los que son particulares formas de ver el mundo. Los sentidos o significados procesados, en un nivel **neurótico** y/o **psicótico** podrían relacionarse con la acción de consumir cannabis. Más adelante me referiré a esta idea, que considero es el corazón de mi propuesta.

En el modelo postracionalista convergen tres aportes fundamentales (Molledo, 2008): la epistemología evolutiva de Campbell y Lorenz, la teoría biológica del conocer de Humberto Maturana y Francisco Varela y la teoría del vínculo de John Bowlby.

Epistemología evolutiva

Este punto es de vital importancia, surge a partir de múltiples cuestionamientos en torno a qué es el conocimiento y en definitiva cómo éste interactúa entre el medio externo y el ser humano en el acto de percibir. Esto nos permite entender el conocimiento como parte de quien percibe y experimenta,

idea-fuerza totalmente alejada de los enfoques asociacionistas y conexionistas que plantean que la realidad es externa, dada a quien la vive, de manera natural y neutral.

Teoría biológica del conocer (Humberto Maturana y Francisco Varela)

En estricto rigor, la manera en que los seres humanos conocemos el mundo está determinada por nuestra estructura. De un modo particular, se plantea que nuestra experiencia de vivir está limitada por nuestra biología, totalmente distinta a la de otros seres vivos. De aquí se desprende otro concepto fundamental en el cual Guidano se apoya para ofrecer un entendimiento comprensivo del vivir, la autopoiesis.

Autopoiesis

El concepto de autopoiesis (Maturana & Varela, 1984) explica que todos los seres vivos tenemos la capacidad de auto producirnos y auto organizarnos. Considerando lo planteado anteriormente, Guidano refiere que este aspecto es fundamental para entender la experiencia humana, de esto se desprende que la cualidad de auto organización permite mantener el sentido de continuidad, esto es clave ya que sitúa al ser humano en una perspectiva temporal. Dicho de otro modo, los seres humanos tenemos la capacidad de reordenarnos para adaptarnos al medio en el cual vivimos. La auto organización, le da sentido a la idea de que la realidad externa no determina la realidad interna, si no que de modo contrario, la realidad interna se encarga de cambiar y modificar el mundo exterior.

La teoría del apego de John Bowlby

Los procesos vinculares nos sitúan en una vereda bastante cómoda, ya que nos permiten entender la experiencia hu-

mana desde un punto de vista afectivo, tema trascendente en toda la obra postracionalista. En este sentido cobra importancia crucial la relación y el lazo que se extiende desde hijo a madre o cuidador, por lo tanto las experiencias vinculares, permean la percepción de la realidad y de sí mismo. Dicho de otro modo, la experiencia vincular, restringe la visión de mundo y construcción de identidad de las personas, por ejemplo, si una madre capitaliza los espacios de apego con su hijo llenándolos de un tono emotivo de miedo, el niño o niña experimentará la realidad y a sí mismo desde dicha emoción, percibiendo su entorno como un lugar peligroso y sintiéndose como un sujeto tendiente a la inseguridad. Este aspecto es fundamental en la teoría postracionalista, ya que permitió a Guidano delinear la construcción de las Organizaciones de Significado Personal.

Organización de significado personal

En palabras simples, una Organización de Significado Personal (Guidano citado en Aronsohn, 2001) es una manera particular de sentirse en el mundo. Está compuesta primero de una experiencia irrenunciable e inevitablemente emotiva y fisiológica, lo que Guidano llama “Yo”. Y también de una experiencia explicativa, narrada y lenguajeada, la cual correspondería al “Mi”. En estricto rigor el “Yo” experimenta y el “Mi” explica la experiencia del “Yo”. Por ejemplo un niño de 8 años que vive una experiencia de abandono o separación de los padres, se sentirá inmediatamente rechazado y en el mejor de los casos experimentará indiferencia, eso correspondería al “Yo”. Luego el niño se explica la experiencia señalando a sí mismo “soy responsable de este quiebre, no soy querible”, lo cual correspondería al “Mi”.

Considerando esta idea de base, Guidano nos ofrece 4 OSP, las cuales describiré de un modo bastante simplificado:

1. Organización de significado personal depresiva

La más conocida y fácil de explicar, la OSP Depresiva. El niño experimenta y percibe la pérdida de su figura vincular que funciona como apoyo emotivo. Esta figura puede desaparecer físicamente de la vida del niño o bien puede rechazarlo explícitamente al no satisfacer sus necesidades básicas. Dicho proceso vincular, le entrega al niño una imagen de sí mismo negativa y separado de la realidad, sin darle la posibilidad de que se explique la experiencia inmediata de un modo que le permita adaptarse a este mundo, el cual es experimentado como amenazante.

2. Organización de significado personal fóbica

Esta organización se caracteriza por la presencia de un patrón de sobre protección por parte de los padres hacia el niño, llenándolo de excesivo cariño y cuidados, lo que genera una inhibición indirecta de la conducta exploratoria. Esto es de suma relevancia ya que los padres fóbicos no son activos y explícitos en la interrupción de la acción de explorar. Lo hacen desde los afectos, mostrándole que el mundo es peligroso, al mismo tiempo que él es débil para enfrentar su entorno. Éste aspecto es fundamental, ya que va a delinear un patrón característico de la personalidad del fóbico. El fóbico tiene una personalidad potente, un sentido de sí mismo positivo que se acompaña de una autoimagen débil y poco competente. En el fondo el niño, adolescente o adulto fóbico se siente bien consigo mismo, pero no tiene evidencia sólida en sí mismo para comprobarlo.

3. Organización de significado personal dápica

Lo esencial en esta Organización de Significado Personal, es un profundo patrón de relaciones marcado por la imagen, las expectativas y juicios de los otros, que funcionan como móviles de las dinámicas comunicacionales y construcción de identidad en la familia dápica.

Los padres dápicos no están interesados en aspectos reales de la configuración psicológica de la familia, se interesan por dar a los demás y a sí mismos una imagen donde todo es perfecto y carente de problemas. Esto tiene consecuencias importantes en la construcción de identidad de los integrantes de una familia dápica, ya que el o los niños obtienen una imagen de sí mismo no ajustada a la realidad, difusa y lo que es más significativo, dicha imagen esta puesta en la realidad externa, en lo que los otros piensan u opinan, por lo tanto el niño, adolescente o adulto le cuesta confiar en sus percepciones, creencias y emociones sin que intervenga un tercero.

4. Organización de significado personal obsesiva:

El patrón de apego de los obsesivos se caracteriza por la ambivalencia, comunicación entre integrantes de la familia poco clara de definir y doble vincular, en la cual el niño experimenta la sensación de “me quiere” pero al mismo tiempo “me odia”. Este tema es central en el armado de identidad de los sujetos obsesivos, generando un sentido de sí mismo doble, tanto positivo como negativo. Sumado a eso, hay que considerar que la comunicación de las familias obsesivas es muy poco emocional, el lenguaje racional y directivo lidera el modo comunicacional, desplazando de este modo cualquier manifestación afectiva. Como resultado tenemos sujetos con identidad difusa y poca vinculación emotiva, tanto de sí mismo como de su realidad inmediata.

Modalidades de procesamiento

A continuación, me detendré a explicar un punto esencial en mi propuesta, las modalidades de procesamiento de las Organizaciones de Significado Personal. Para profundizar en el concepto de **actos de sentido**, es importante entender de qué hablamos cuando hablamos de **modalidades de procesamiento**. Esta idea-fuerza ha sido propuesta por Guidano

para, explicar cómo “se vive” una experiencia inmediata. En un sentido nosológico, una modalidad de procesamiento da luces de ciertos aspectos relacionados con explicaciones afectivas y cognitivas que las personas refieren al momento de vivir una experiencia significativa. Una modalidad de procesamiento (Guidano citado en Aronsohn, 2001), es la elaboración cognitiva y afectiva, el proceso de filtro que la persona realiza respecto a una vivencia y como esta se integra en su coherencia sistémica. La gama explicativa con que la persona “se cuenta lo que le sucede” va a depender de los recursos que ha podido desarrollar en las distintas etapas de su desarrollo. Existen tres modalidades de procesamiento: **normal**, **neurótico** y **psicótico**, voy a profundizar en estos puntos, sin embargo, considero importante señalar la diferencia que existe con la nosología tradicional (Guidano citado en Aronsohn, 2001). Esta última describe lo neurótico y psicótico como contenido de un trastorno, como creencias irracionales, que llevan a generar crisis emotivas. Del mismo modo, la normalidad es vista como ausencia de estos “artefectos” psíquicos que generan perturbación en quien los experimenta. La propuesta consiste en comprender la normalidad como una manera de procesar las crisis de modo flexible, abstracto y generativo (Guidano citado en Aronsohn, 2001).

En este sentido mientras más “abierto” sea la elaboración, más posibilidades tiene la persona de darse explicaciones que contengan lo que afectiva y cognitivamente está viviendo como perturbador, independiente del contenido de la experiencia que puede ser el mismo para un significado depresivo, fóbico, dápico u obsesivo. Esto es lo que se denomina, **modalidad de procesamiento normal**.

Un tipo de procesamiento con menos posibilidades de generar explicaciones desadaptativas es la **modalidad de procesamiento de tipo neurótico**, articulando experiencias críticas de un modo más rígido, concreto y menos generativo.

Así mismo la **modalidad de procesamiento de tipo de-**

lirante se caracteriza por contener una narrativa aún más rígida y concreta, como si frente a una experiencia crítica la persona tuviese una sola alternativa de explicación, sin tener la posibilidad de incorporar otros relatos.

Las modalidades de procesamiento neurótico y psicótico se asocian a conductas de riesgo psicológico, al no tener un repertorio amplio y productivo, es decir, una narración convincente en términos afectivos y cognitivos que funcione como sostén de una experiencia de crisis. Frente a tal escenario, surgen cuestionantes como: ¿qué **actos de sentido**, se encuentran detrás de la conducta de consumir cannabis?, ¿Cómo podemos asociar la triada consumo de cannabis–Organización de Significado Personal–modalidad de procesamiento y ofrecer una explicación más que una descripción de la experiencia psicológica del consumo de esta droga? A continuación abordaré este tópico, considerando todos los elementos señalados anteriormente.

Actos de sentido: pequeña exploración al corazón de quien consume

Para iniciar el recorrido fenomenológico que nos permita entender de manera profunda la temática a abordar, es importante conocer algunos datos. Según el “Decimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General” (Observatorio Chileno de Drogas, 2015), las drogas ilegales de uso más frecuente en Chile son: cannabis, cocaína y pasta base. Teniendo esto en consideración, presentaré en base a los efectos que produce el consumo de cannabis, una propuesta basada en la experiencia de quien utiliza esta droga desde su organización de significado personal, considerando dicha experiencia de consumo desde las **modalidades de procesamiento neurótico y psicótico**. Asumo, a priori, que una persona que se enfrenta eventos críticos desde una modalidad normal, logra integrar la experiencia disruptiva de modo adaptativo en su

narrativa e identidad, por lo tanto el uso de cannabis que genere estados alterados de conciencia, sería innecesario.

Efectos generados por consumo cannabis

Antes de comenzar a delinear los efectos de esta droga asociada a las distintas Organizaciones de Significado Personal es necesario conocer los efectos generales que tiene a nivel psicológico su consumo.

Dentro de los efectos psicofísicos positivos (Cohen & Durán, 2002) se encuentran emociones expansivas como la risa, relajación, desahogo y desinhibición. También facilita la expresión de emociones reprimidas.

A nivel cognitivo, aumenta la capacidad atencional, distorsiona la percepción del tiempo, aumenta la concentración, modifica la autoimagen y facilita la interacción social.

En cuanto a los efectos negativos, básicamente podemos asociarla al miedo, generado por la alteración perceptiva, reacciones físicas anormales como mareo y taquicardia.

Actos de sentido N°1: la integración del depresivo

Hablábamos en párrafos anteriores que el tema de esta OSP es la pérdida, este efecto que deja la separación física y psicológica, hace sentir al depresivo aislado del mundo, ajeno a las dinámicas intersubjetivas que se dan en los espacios de socialización. No sería casual que los sentidos que emergen desde los estados alterados de conciencia, tengan relación con sentirse más integrados a los espacios sociales, lo cual le daría una imagen de sí mismo más estable, continua y por ende positiva. La evaluación que hace el depresivo de sí mismo sería favorable, siempre y cuando la emoción que emerja sea la alegría. Pensando en una emoción como el miedo, es bastante probable que los sentidos que aparezcan, amplifiquen la sensación de pérdida, la separación del mundo y la imagen de sí mismo negativa.

Acto de sentido N°2: la grandiosidad y debilidad del fóbico

En vista y consideración de que el tema central de la identidad del fóbico es lidiar con la sensación de auto valía positiva v/s evidencia nula de capacidades que validen dicha autoestima, podría afirmar que los significados asociados a emociones positivas generadas por el consumo de cannabis, maximizan la sensación de valía personal del fóbico, entregándole una sensación de satisfacción extrema consigo mismo. Por otro lado, emociones negativas, como el miedo o la angustia, podrían amplificar y confirmar la sensación de debilidad y poca efectividad frente a los desafíos que le propone el mundo.

Acto de sentido N°3: la satisfacción de necesidades reales del dápico

El motivo psicológico del dápico es el no poder conectar con sus necesidades reales. Frente a esto, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo podemos vincular, la travesía de sentido y significados, la búsqueda de coherencia de un dápico en un estado neurótico o psicótico que lo puede llevar a consumir cannabis? Tenemos como eje central en el dápico, la imagen difuminada de sí mismo, acompañada de una constante búsqueda de una referencia en lo externo, en el juicio de los demás o en los parámetros que define una sociedad lo que es lo correcto o incorrecto. El consumo de cannabis en la búsqueda de emociones expansivas se relacionaría con la conexión de necesidades internas y también a la evasión del juicio externo, experiencias psicológicas a las que no puede acceder en estado “normalizado” de conciencia. Por otro lado, sensaciones asociadas a emociones negativas, tales como el miedo, angustia o tristeza, podrían asociarse al tomar conciencia de los aspectos relacionados con la poca conexión que el dápico tiene de sí mismo, con la sensación de estar siempre en un contexto de evaluación, lo cual de algún modo podríamos vincularlo a una crisis o estado emocional desequilibrante.

Acto de sentido N°4: la conexión emocional del obsesivo

Teniendo en consideración las dificultades presentes en las familias obsesivas, al momento de generar espacios emocionales efectivos en su dinámica interna, tomando en cuenta también la extrema racionalidad y preferencia por aspectos formales y funcionales, me atrevería a plantear que la experiencia asociada al consumo de cannabis del obsesivo puede tomar dos formas: la primera relacionada con la conexión activa de los afectos, reprimidos o no desarrollados, lo cual dependiendo de la intensidad de estos, puede ser experimentado como disruptivo o no. Por otro lado, la necesidad de control puede verse afectada generando también estados de descompensación emocional. En cuanto a la racionalidad del obsesivo, puede ser que la experiencia de consumo de cannabis, active aspectos relacionados con la mejora de la concentración, efecto deseado por las personas que consumen esta droga, con esto no quiero decir que la búsqueda de estados de mayor concentración sea exclusiva de los obsesivos, sin embargo ésta podría ser una “exploración tácita” de las personas con este tipo de organización.

Tratamiento

Hasta aquí he intentado delinear cómo las distintas expresiones de significados que vamos desarrollando las personas, se pueden asociar a estados psicológicos adversos y cómo esto puede desencadenar un “motivo de consumo”. El modelo postracionalista, nos ofrece un tratamiento que pretende ser transversal a los distintos malestares que presentan las personas y los diversos niveles de procesamiento, así como también en los distintos formatos de consulta, sea este individual, pareja o familiar. A continuación, pasaré a describir y explicar, los principios y procedimientos del método terapéutico en cuestión (Zagmutt & Ferrer, 2003).

En cuanto a los principios del método, Guidano nos propone algunos tópicos de interés. En primer lugar, la terapia postracionalista, busca explorar aspectos internos, relacionados con la experiencia inmediata de las personas, así como también en la narración que éstas hacen de su experiencia. El hecho externo, la situación narrada, es “utilizada”, para generar estados reflexivos expansivos, los cuales permitan a las personas experimentar sensaciones nuevas y positivas. En este contexto y considerando las modalidades de procesamiento neurótico y psicótico, el fin del proceso terapéutico es que, el consultante, pueda observar el punto intermedio entre la experiencia inmediata y la experiencia narrada.

La estrategia utilizada es la “moviola”, básicamente consiste en mirar una escena que genere disrupción emocional, desde la óptica de un observador externo, el cual relata los hechos de manera secuencial e histórica. Luego el análisis se realiza en primera persona, desde quien lo experimenta, profundizando en un nivel vivencial. En cuanto al proceso formal y secuencial de la terapia, ésta cuenta con las siguientes fases (Zagmutt & Ferrer, 2003):

1. Preparación del contexto clínico e interpersonal:

Este punto es esencial para desarrollar un proceso terapéutico adecuado desde cualquier paradigma terapéutico. El vínculo, los lazos de confianza que se establecen con el consultante, son esenciales para generar los adecuados niveles de auto-observación. En esta etapa, se exploran aspectos relacionados con los significados personales internalizados, definiendo de este modo un espacio de observación consensuado. En este momento de la terapia es fundamental que el terapeuta tenga clara la Organización de Significado Personal del consultante, de modo tal que la orientación del proceso terapéutico sea efectiva.

2. Construcción del dispositivo terapéutico:

Esta etapa se divide en dos y consiste en crear un espacio en el que la persona pueda explicitar su coherencia interna, promoviendo así la independencia de conductas de consumo de drogas u otras formas de perturbación emocional. En esta línea, se indaga en los aspectos autorreferenciales que están involucrados en la acción de consumir, relacionados con los sentidos internos que lo promueven. Por ejemplo, una persona, podría llegar a terapia externalizando las causas que motivan la conducta de consumo, por ejemplo, decir porque su relación con la droga se debe a que su grupo de pares lo induce o porque en su barrio es habitual consumir cannabis para poder socializar. En una primera etapa denominada **“reordenamiento de la experiencia inmediata”**, debería orientar al consultante a internalizar los sentidos del consumo, refiriendo por ejemplo, en caso de que su OSP fuera dápica, que consume por qué de este modo, se evade del mundo y de la evaluación constante que percibe de los otros hacia él. Una vez que logra reconstruir sus patrones de coherencia, estará en condiciones de generar una autoimagen actualizada, un sí mismo dotado de mayor autoconciencia y regulación. Esta segunda etapa se denomina **“reconstrucción del estilo afectivo”**.

3. Emprendiendo el análisis evolutivo:

La última etapa tiene como objetivo, que el consultante pueda realizar una secuencia histórica que le permita identificar patrones de sentido, enraizados en la experiencia de apego, para lo cual se indaga en situaciones históricas significativas en sus distintas edades. De este modo el foco se orienta en experiencias primarias, probablemente olvidadas, al mismo tiempo que se indaga en las primeras etapas del consumo y las reacciones afectivas que van de la mano. Cabe señalar que esta etapa puede ser un poco incómoda para las personas, ya que tienden a responsabilizar a los padres de los problemas que han tenido que enfrentar en la vida. Es bastante probable que

en esta fase las personas dejen la terapia. Hemos visto como este modelo, puede darnos luces respecto al entendimiento de la experiencia del consumo de cannabis, lo interesante de esta propuesta es que busca profundizar en el entendimiento desde una perspectiva constructivista, en la cual la persona es parte fundamental desde sus **actos de sentido** frente a la conducta de consumo. Por un lado, el entendimiento de la existencia de una realidad intersubjetiva, nos permite incorporar aspectos de la construcción de una identidad anclada en la dinámica vincular con la madre, padre u otros cuidadores, dada por los procesos de proximidad y exploración, lo cual configura “estilos de personalidad” teorizados a través de Organizaciones de Significado Personal. Estas permiten vivenciar el mundo desde un particular punto de vista, los que pueden entrar en crisis, generando una desorganización psicológica y dejando más propensa a la persona frente al consumo de cannabis u otras drogas.

En definitiva, la propuesta terapéutica, con todas sus etapas, pretende ofrecer a quien la experimenta, un espacio de desarrollo auto-observacional, que permite ampliar el rango de la experiencia explicativa y por ende de la experiencia inmediata, volviendo al sí mismo más flexible y menos propenso a desarrollar conductas que pueden ser consideradas de riesgo como es el uso problemático de drogas.

Referencias bibliográficas

- Aronsohn, S. (Ed.) (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Cohen, H., & Durán, R. (2002). *Estudio descriptivo de la relación entre la Organización de Significado Personal, definida en el Modelo Psicológico Postracionalista de Vittorio Guidano y la dependencia de las drogas ilegales*. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.

- Molledo, A. (2008). La evolución de la obra y el modelo de Vittorio Guidano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 17(1), 65-86.
- Maturana, H., & Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Observatorio Chileno de Drogas. (2015). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Zagmutt, A., & Ferrer, M. (2003). Los Trastornos de la Alimentación. En M. Roso, & C.
- De Abreu, (Eds.). *Psicoterapia cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica*. Porto Alegre: Editorial Art-med.



CAPÍTULO 11

Drogas en la vejez: una realidad invisibilizada

Ingrid Fergusson Cárdenas¹
Universidad Católica del Maule

Introducción

El envejecimiento es un proceso natural que se inicia desde que nacemos, sin embargo, es evidente la asociación de los primeros años de vida con el crecimiento y el desarrollo, pero sólo cuando las evidencias del paso del tiempo se hacen visibles en el cuerpo reconocemos que envejecemos, nos hacemos conscientes de las transformaciones en las capacidades mentales y físicas o cuando traspasamos esa barrera invisible que nos “convierte” en este nuevo grupo, en “*personas de la tercera edad*” o “*adultos mayores*”, y su impacto inmediato en cómo somos o no somos vistos por la sociedad.

Desde una mirada tradicional, afortunadamente cada vez más en retirada, las personas mayores son consideradas como sujetos cualitativamente distintos, atribuyendo características, roles y posibilidades de desarrollo y “comportamientos tipo”, que los diferencian de otros grupos etarios, como los adultos y más claramente de los jóvenes. Sin embargo, esta mirada externa no necesariamente coincide con la idea de unicidad histórica de quien envejece y muy probablemente sea vista con asombro e incredulidad por las personas mayores,

1. Psicóloga, Licenciada en Psicología, Universidad de Concepción. Magíster en Psicología Clínica en la Universidad Adolfo Ibáñez. Postítulo en Terapia Sistémica, CAPSI. Diplomado en Gerontología Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomado en Derechos Humanos, Vejez y Política Pública, Fundación Henry Dunant. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Correspondencia dirigirla a: ifergusson@ucm.cl

especialmente en los más cercanos a esta frontera invisible entre adultos y adultos mayores, o por quienes mantienen una buena condición de salud y permanecen desarrollando diversos roles en sus familias o comunidades que solemos identificar más claramente con población más joven.

Esta paradoja entre discontinuidad y continuidad, también se observa en el abordaje de ciertos temas relativos a la comprensión de la vejez entre otros, las drogas, en todo su amplio espectro y diversidad de comportamientos asociados al consumo. El presente capítulo pretende compartir algunas reflexiones y abrir cuestionamientos respecto a qué sabemos del consumo de drogas en la vejez y cuáles son algunos de los desafíos que como sociedad envejecida tenemos para comprender e intervenir con las personas mayores que usan drogas.

El envejecimiento para las sociedades es un éxito, asociado a mejoras en las condiciones sanitarias que permiten que las personas vivan más años, superando los altos índices de mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas, que fue el gran desafío de las políticas de salud del siglo pasado en nuestro país. En la actualidad, la tarea como sociedad es el estilo de vida, los hábitos y comportamientos que hacen de las patologías crónicas no transmisibles el foco de las políticas públicas en salud y en la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile (2012-2025), para que el logro de la vejez, sea vivido con una buena calidad de vida, disminuyendo el riesgo de dependencia.

Para los países con un avanzado proceso de transición demográfica, como es el caso de Chile donde los mayores de 60 años representan el 16,7% de la población (CASEN, 2013) y una expectativa de vida de 79 años, es necesario dar respuesta a las necesidades de este grupo y reconocer la diversidad de la vejez. Sabemos que las personas mayores son más distintas entre sí que en los tramos iniciales de la vida, producto de las trayectorias vitales, los factores asociados a las influencias no normativas y de los contextos en los cuales se han desarro-

llado, haciéndose más homogéneos sólo en la etapa terminal.

En este sentido, parece más fácil la mirada de diversidad en las etapas intermedias de la vida y se ha avanzado en el conocimiento desde las distintas disciplinas relacionadas del área social, de salud y por cierto la psicología. Sin embargo, a pesar de lo que sabemos, hay una tendencia a considerar a las personas mayores como un grupo con necesidades similares, en especial en aquellas áreas menos exploradas como el consumo de drogas. Probablemente porque ambos temas, vejez y drogas, no suelen asociarse tan fácilmente y no son abordados desde el criterio del ciclo vital completo. Es por tanto imprescindible conocer esta diversidad para adecuar las intervenciones, haciéndolas más focalizadas y pertinentes.

¿Qué nos dicen los datos?

El Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2015), estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre 15 y 64, consumieron drogas ilícitas en el 2013 y uno de cada diez mantiene un consumo problemático. Otro antecedente relevante que nos muestra son las dificultades para cubrir la necesidad de intervención, y es que los requerimientos de tratamiento han ido en aumento en la mayoría de las regiones del mundo, con especial dificultad de acceso para las mujeres, que a pesar de corresponder a un tercio de los consumidores, sólo una de cada cinco recibe tratamiento.

Veamos algunas cifras respecto a dos tipos de drogas, que más allá de su estatus legal, son las de uso cotidiano y masivo, y que tienen mayor presencia en la población mayor, como son el alcohol y los fármacos, sin desconocer el consumo de otro tipo de sustancias donde hay menos información para este tramo de edad. Respecto al alcohol, según el informe de la “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol” (OMS, 2010), esta droga causa 2,5 millones de muertes al año, prin-

principalmente a población joven y su consumo incide en la mala salud, siendo uno de los principales factores de riesgo de enfermedades neuropsiquiátricas y patologías no transmisibles, tales como trastornos cardiovasculares, cirrosis hepáticas y diversos cánceres. Señala además, que “el grado de riesgo para el uso nocivo de alcohol varía en función de la edad, del sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y contexto en el que bebe” (p.6).

Se define “*consumo nocivo*”, como “un concepto amplio que considera, los efectos a nivel sanitario y social, tanto para el bebedor, para quienes lo rodean y la sociedad en general compromete el desarrollo individual y social” (OMS, 2010), indicando que los países en desarrollo presentan mayores riesgos, debido a que cuentan con menores recursos para enfrentar esta situación.

Chile es el país con mayor consumo promedio de alcohol puro al año de América Latina, el promedio nacional es de 55grs. en un día de ingesta habitual, con mayor prevalencia en hombres y población joven, con un patrón de consumo definido como intensivo e intermitente, que se focaliza en 1.6 días de la semana, además de ser la primera causa de años de vida saludables perdidos (Ruidavets, 2010 citado en Margozzino & Sapag, 2015).

El consumo nocivo de alcohol tiene repercusiones para la condición de salud como se indica anteriormente, especialmente para enfermedades crónicas, accidentes, desarrollo de algunos tipos de cánceres, entre otros. Pero esto afecta de manera desigual y son los grupos socioeconómicos más desfavorecidos quienes sufren mayor impacto, probablemente relacionado con la coexistencia de otros factores de riesgo derivados de condiciones históricas, donde aproximadamente el 20% de los hombres de bajos ingresos genera dependencia al alcohol (MINSAL, 2010; MINSAL, 2011; SENDA, 2014).

¿Y cuál es la realidad del consumo de drogas en la población adulta mayor? Una de las primeras barreras es que la

mayoría de los estudios están focalizados en población más joven. La entidad gubernamental, responsable de las políticas en el tema, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), considera para sus informes regulares una muestra poblacional entre los 12 y hasta los 64 años, quedando excluida la población adulta mayor. Sin duda en ese tramo de edad hay mayor prevalencia de consumo y es ahí donde se focalizan los esfuerzos de prevención e intervención, manteniéndose la perspectiva dominante que las drogas no son temas prioritarios para las personas mayores.

Como una primera aproximación que permita proyectar la situación, veamos algunos datos relevantes respecto al tramo de mayor edad (45-64 años) que consigna el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General (SENDA, 2015), considerando que en pocos años este grupo estará plenamente en la tercera edad. Una primera observación es que grupo la prevalencia de consumo de las sustancias consideradas en el informe, es menor que en el tramo de edad anterior, lo que es concordante con la idea que el uso de drogas como tabaco, alcohol, marihuana, cocaína y pasta base, disminuye con la edad. Sin embargo, respecto a la medición anterior (año 2012) para el mismo tramo de edad, se aprecia un aumento en el consumo en todas las sustancias, a excepción de la pasta base (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Prevalencia de Consumo. Año 2014 (Año 2012)					
Edad	Diaria Tabaco	Mes Alcohol	Año Marihuana	Año Cocaína	Año Pasta Base
35-44	26.5 (26.7)	54.4 (45.0)	9 (4.4)	1.5 (0.7)	0.6 (0.4)
45-64	26.3 (26.1)	49.5 (40.4)	4.2 (1.9)	0.6 (0.3)	0.2 (0.2)

Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General (SENDA, 2015).

En relación al tipo de ingesta de alcohol en los adultos mayores en Chile, el estudio del SENDA (2015) señala que el 15,6% tiene un consumo moderado, definido como 1-3 tragos para hombres y 1-2 para mujeres en una ingesta, sin diferencias significativas por sexo. El consumo riesgoso alcanza a un 16,9% (sobre 3 y 2 tragos para hombres y mujeres respectivamente), con una mayor proporción de varones (32,8%) respecto a las mujeres (7,5%).

Tanto el consumo moderado como riesgoso, disminuyen con la edad (ver Tabla 2), además a mayor ingreso y mayor escolaridad, la prevalencia de consumo riesgoso aumenta. Respecto a la situación de pareja, hay mayor consumo riesgoso entre casados/convivientes y anulados/separados que entre los viudos/as o solteros/as. No se aprecian diferencias significativas respecto a la población urbano/rural (SENDA, 2015).

Tabla 2.

Edad	No consume	Consumo moderado	Consumo riesgoso
60-70	60.3**	20.0**	19.9**
71-80	73.9**	11.5**	14.6**
>80	83.8**	6.8**	9.4**

**<0.001 Extraído de *Consumo de alcohol en adultos mayores: prevalencia y factores asociados* (SENDA, 2015).

Un tipo de consumo fácilmente asociado con la población mayor son los fármacos, considerando que es el grupo etario con mayor prevalencia de enfermedades crónicas y que requiere de medicación permanente. El uso de medicamentos en este grupo se estima que triplica al de poblaciones menores en los países industrializados y que en Europa consumiría un promedio de 2 a 3 veces del total de los recursos sanitarios en comparación a los menores de 65 años (O'Mahony & Gallagher, 2008 citado en Toral, 2012). Además, la combinación de

consumo de alcohol con el uso de fármacos, en Estados Unidos es señalado como el mayor problema de salud (Ray, 2002 citado en Rowan & Faul, 2007).

La literatura distingue entre mal uso/abuso de medicamentos prescritos de la automedicación. El uso inapropiado de fármacos puede deberse a la dificultad de comprender y seguir las instrucciones, consumo sin supervisión o seguimiento adecuado y/o uso de dosis incorrectas. El abuso de medicamentos se refiere a uso no terapéutico o para fines distintos al habitual que se puede iniciar como automedicación, pero que deriva en consumo abusivo de fármacos. Estudios internacionales identifican a las benzodiacepinas, antidepresivos y analgésicos opiáceos, como los psicoactivos más recetados a este grupo, que potencialmente pueden derivar en consumo abusivo (Rowan & Faul, 2007).

Entre el 65% y 90% de los adultos mayores ingieren más de tres medicamentos en forma simultánea, lo que genera repercusiones negativas en su condición de salud, costos económicos y dificultades en la vida social, además de las reacciones adversas en un 25% de los mayores de 65 años (Marín, 2003 citado en Sánchez, Flores, Aguilar, Ruiz, Sánchez, Benítez & Moya, 2012).

Las orientaciones técnicas del Programa del Adulto Mayor para Atención Primaria en Salud (MINSAL, 2014), advierten que el consumo de fármacos de esta población alcanza un promedio de 4,2 medicamentos diarios, siendo casi el doble que la de los tramos menores. Si consideramos que el envejecimiento poblacional implica no sólo el aumento proporcional de personas mayores respecto al resto de la población, sino que además la vida se prolonga en más años de sobrevivencia, fenómeno conocido como “envejecimiento de la vejez”, el consumo de fármacos irá en aumento; el fenómeno de la polifarmacia, entonces, aumenta de manera proporcional a la edad (Arriagada, 2011).

La ingesta de fármacos sin prescripción médica o sin control reciente es una práctica habitual, a modo de ejemplo, el

uso de tranquilizantes sin receta médica en la población general tiene una prevalencia vida de 3,9% y una prevalencia año de 1,2% (SENDA, 2015). La variable de género es relevante en este ámbito, siendo las mujeres quienes mayoritariamente consumen fármacos tanto bajo prescripción médica como por iniciativa propia. Respecto a las características de la automedicación en la población adulta mayor, existe escasa información al respecto. Algunos datos de investigaciones nacionales, señalan que alrededor de un 70% a 75% de la población mayor de 65 años consume fármacos sin prescripción médica, siendo más frecuente en población con ingresos socioeconómicos más bajos (Caqueo, 2007; Riedemann, Illesca & Droghetti, 2001). Además de los fármacos, existe una diversidad de sustancias que se consumen “para prevenir enfermedades” que se han ido masificando a través de la publicidad y si a ello le sumamos la gran diversidad de productos naturales, que como parte del conocimiento popular están ampliamente validados en el uso cotidiano, podemos afirmar que las personas mayores ingieren una amplia gama de sustancias, no todas con la información y control adecuado respecto a sus efectos y repercusiones para su condición de salud.

La polifarmacia y la automedicación adquieren en la vejez una importancia relevante, considerando los cambios fisiológicos que se producen con el paso de los años, que modifican las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, generando condiciones de riesgo para la población mayor, la que debe ser abordada desde las políticas de salud (MINSAL, 2014). Sin embargo, no podemos desconocer que hay otras variables que contribuyen a esta situación, como la falta de información adecuada para tomar decisiones responsables en el uso de los medicamentos y las barreras de acceso a la salud que en muchos casos explican que las personas busquen alternativas de alivio más accesibles, sin evaluar adecuadamente los riesgos.

Es evidente que no tenemos claridad de la realidad del

consumo de drogas en los adultos mayores y esto no es una dificultad local. Rowan & Faul (2007), señalan las barreras para identificar el uso de drogas en este grupo: a) las creencias sobre el envejecimiento que tienen los proveedores de salud y miembros de la familia; b) pesimismo sobre el pronóstico de tratamiento en personas mayores que beben alcohol o abusan de otras drogas; c) negación del problema de adicción; d) menor preocupación o alerta respecto al consumo en personas mayores; e) otros cuadros clínicos o condición de salud que pueden sesgar la identificación del problema de consumo; y f) la adicción puede no ser identificada por el propio sujeto, por ejemplo ingesta de otras sustancias que contienen alcohol no siendo asociadas con esta sustancia de manera directa.

Características del consumo en la vejez

El consumo de drogas tiene un significado cultural, social y personal, lo usamos para entretenernos, experimentar nuevas sensaciones, celebrar, olvidar, buscar alivio, sanarnos, etc., por tanto, no es posible comprender este comportamiento sin considerar el contexto en el que se realiza y las motivaciones que lo sustentan, a fin de no asumir una actitud sancionadora y moralizante que nos aleje de la posibilidad de comprender y abordar la complejidad de esta conducta. De este modo, es importante considerar diversos factores para hacer distinciones más precisas, tales como: el tipo de sustancia, la edad de inicio de la ingesta, la progresión histórica, las características e intensidad del consumo, las motivaciones y la condición de salud general.

Esto probablemente no difiera mucho con los aspectos relevantes para cualificar el consumo en otros estadios del ciclo evolutivo. Entonces, el uso de drogas de las personas mayores ¿mantiene algunas similitudes con el consumo de otros grupos etarios?, ¿qué características distintivas tiene el consumo en la vejez?

Es necesario diferenciar a aquellos adultos mayores que llegan a esta etapa de la vida con una historia de consumo previa. En la mayoría de los casos, el consumo no reviste características de dependencia, sino que está incorporado al estilo de vida y no presenta consecuencias negativas significativas. En otras situaciones, sin embargo, el sujeto tiene un consumo problemático previo y en la tercera edad esto aumenta el riesgo de deterioro para su condición de salud general, riesgo de accidentes o autoabandono, entre otros. A modo de ejemplo, en el caso del alcohol, los cambios fisiológicos propios del envejecimiento reducen la tolerancia y los efectos del consumo se manifiestan con menores niveles de ingesta. Según la OMS (2006), existe una estrecha relación, entre el maltrato y el consumo de alcohol en la vejez; en los casos en que exista una ingesta problemática, hay mayor probabilidad de depender económicamente de otras personas que puede incluir el control del dinero o de sus bienes; también puede usarse como una forma de controlar a la persona mayor, hacerlo más dócil o abusar económicamente de éste; si el consumo lo realiza el cuidador, aumenta el riesgo de conductas violentas o desatención de los cuidados del anciano, lo que de mantenerse en el tiempo, acentúa gravemente la calidad de vida en general, las condiciones de salud y acentuando su vulnerabilidad.

Otro grupo lo constituyen los adultos mayores que inician el consumo en esta etapa de la vida. ¿Qué puede motivar a una persona que durante su vida no ha tenido cercanía con las drogas a consumirlas en la última etapa de ella? Como señala Erickson (2000), las personas en la tercera edad se enfrentan a un proceso de revisión de la propia vida, un tiempo de evaluación y en la medida que son capaces de valorar lo realizado, asumir y aceptar el camino transitado, pueden vivir la vejez de manera más plena, acercándose a la sabiduría. Las personas mayores, están sometidas a diversos cambios, potencialmente estresores, desde adaptarse a una nueva rutina de vida después de la jubilación; disminución de la red social

que significa dejar el mundo del trabajo, reconociendo que es uno de los elementos organizadores y estructurantes de la rutina del mundo adulto; cambios en el estatus social cuando se pasa de ser trabajador a jubilado, etc. Esto suele tener un mayor impacto en las personas que han centrado sus intereses y espacios sociales prioritariamente en el trabajo y que por factores de socialización, especialmente en las generaciones mayores, tiende a repercutir negativamente más en los varones que en mujeres. También deben adaptarse a la viudez, la reorganización de los roles familiares y distribución del poder, que en algunos casos implica reactivar conflictos previos, pero ahora desde una posición de mayor dependencia.

Los individuos desarrollamos a lo largo de la vida estrategias para enfrentar los desafíos, acumulamos experiencias y recursos que usamos para asumir los cambios también en la tercera edad. En este contexto, algunas personas pueden sentirse sobrepasadas y no lograr adaptarse, evaluar que los desafíos en esta etapa superan sus capacidades o que no hay posibilidad de reparación de los errores o no queda tiempo para ello, experimentando desesperanza o angustia frente a la finitud de la vida. Es en este escenario donde el consumo de alguna sustancia puede ser un bastón de apoyo para “enfrentar” estos cambios denominados “crisis normativas”, o también para sobrellevar experiencias dolorosas, como el maltrato o el abandono. Algunos estudios identifican diferencias de género, siendo las mujeres quienes reportan mayor percepción de estrés que los varones (Alonso, Palucci, Alonso, Guzmán & Gómez, 2008). Sin embargo, dentro de los factores de riesgo para el consumo de alcohol, están ser hombre, separado o divorciado y aislado socialmente (O’Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003).

En otros casos, ciertas dificultades de salud, como por ejemplo el dolor crónico o problemas de insomnio, pueden llevar al uso inapropiado de fármacos, incluso inicialmente bajo prescripción médica, para luego ser utilizados sin una supervi-

sión adecuada a fin de buscar ese alivio. Es muy probable que esta conducta no sea definida por las personas necesariamente como “consumo de drogas”, sino como una forma de sobrellevar dolencias invalidantes o que afectan de manera significativa su calidad de vida, especialmente si son sustancias legales, socialmente normalizadas o más recientemente, con el mayor acceso a información, algunas personas mayores han comenzado a usar sustancias no reguladas como el cannabis.

Probablemente las motivaciones para el consumo sean tan diversas y personales en la vejez como en otras etapas de la vida y el abordaje también requiera una aproximación que considere más allá de la conducta específica en términos de producto, dosis, etc., sino que la comprensión del significado que sostiene la ingesta de acuerdo a la historia personal y con un enfoque gerontológico.

Desafíos futuros

La relación entre envejecimiento y drogas es incipiente, hay más preguntas que respuestas y mucho trabajo por hacer, la primera tarea que surge es conocer las características del consumo de los mayores de 60 años en nuestro país, tanto en aquellas sustancias que son consideradas en los diagnósticos de prevalencia para la población general, como la incorporación de los fármacos, que si bien son usados en los distintos tramos de edad, en los adultos mayores cobra una relevancia mayor. Además necesitamos incorporar la variable de género como práctica habitual para tener un diagnóstico más específico, ya que hasta ahora sabemos que el consumo de alcohol es más habitual en hombres y el de fármacos en mujeres, pero asumimos que hay una gran cifra oculta y que el consumo femenino es más sancionado socialmente y más fácil de invisibilizar.

El sistema público de salud a nivel primario realiza una evaluación anual a la población adulta mayor respecto a su

condición de salud, donde se incluyen consultas respecto al consumo de tabaco y patrón de consumo perjudicial o riesgoso de alcohol a través de la aplicación del Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Sería importante en la población que no aparece con ingesta problemática, identificar los factores estresores y las estrategias que las personas mayores utilizan para enfrentarlos a fin de prevenir el consumo de sustancias potencialmente dañinas.

Es relevante profundizar en la contribución que hace el consumo de drogas en esta etapa de la vida que finalmente es lo que lo sostiene en el tiempo. Sin esta comprensión, las estrategias de prevención e intervención serán esfuerzos con escasos resultados. Finalmente, en la política pública de envejecimiento nacional existen objetivos y acciones intersectoriales que propenden hacia el envejecimiento positivo, pero en ella no se hace alusión a la temática de consumo de drogas para este grupo etario y podríamos suponer que se mantiene como un ámbito de la salud pública con acciones no diferenciadas que incorporen, como sería necesaria y esperable, una perspectiva gerontológica al respecto. Las preguntas quedan entonces planteadas y los desafíos abiertos para avanzar en la comprensión de la relación del uso de drogas y las personas que alcanzan la vejez.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, B., Palucci, M., Alonso, M., Guzmán, F., & Gómez, M. (2008). Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en Adultos mayores de monterrey, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 509-515.
- Arriagada, L. (2011). *Atención farmacéutica en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital universitario:*

- estudio piloto de implementación*. Tesis para optar al título Profesional Especialista en Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*, AUDIT. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bin Yu, C., Rojas, V., Zalaquett, M., Torres, R., Ramírez, C., Román, F., Carrasco, M.,
- Gac, H., Valderrama, S., & Marín, P. (2014). Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. *Revista Médica de Chile*, 142(12), 1517-1522.
- Caqueo, V. (2007). *Automedicación en adultos mayores con patologías crónicas, asistentes al hospital base de Osorno*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- CASEN (2013). *Adultos mayores: síntesis de resultados*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.
- CONACE (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2018*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Erickson, E. (2000). *Ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Margozzino, P., & Sapag, J. (2015). *El consumo riesgoso de alcohol en Chile: tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas*. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
- Ministerio de Salud (2010). *Estrategia nacional sobre alcohol: reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias*. Documento de trabajo, Comité Interministerial Publicación del Ministerio de Salud de Chile. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2011). *Indicadores básicos de salud: Chile 2011*. Santiago: Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud (2014). *Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2015). *Informe mundial de drogas: resumen ejecutivo*. Viena: UNOCD.
- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *BMJ*, 327(7416), 664-667.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Maltrato de ancianos y alcohol*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y salud*. Ginebra: OMS.
- Riedemann, J., Illesca, M., & Droghetti, J. (2001). Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesqueléticos. *Revista Médica de Chile*, 129(6), 647-652.
- Roncero, C., Bachiller, D., Ros, E., & Casas, M. (2007). Ancianos y drogodependencias. En J. Bobes, M. Casas & M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de trastornos adictivos* (2ª Ed.) (pp. 268-275). Madrid: Enfoque Editorial.
- Rowan, N., & Faul, A. (2007). Substance Abuse. En Blackburn, J., & Dulmus, C. (Eds.), *Handbook of gerontology evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 309-33). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sánchez, R., Flores, A., Aguilar, P., Ruiz, S., Sánchez, C., Benítez, V., & Moya, M. (2012). Efectos de la polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Fuente*, 4(10), 70-75.
- SENAMA (2011). *Política integral de envejecimiento positivo para Chile*. Extraído en: http://www.senama.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf

- SENDA (2014). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general*. Santiago: Gobierno de Chile.
- SENDA (2015). Consumo de oh en adultos mayores: prevalencia y factores asociados. observatorio chileno de drogas. Santiago: Gobierno de Chile.
- Toral, F. (2012). Prevalencia de polifarmacia en las personas mayores. Universidad de Salamanca. Extraído en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/handle/28000/315>.
- Wilsnack, R., Wilsnack, S., Kristjanson, A., Vogeltan, N. & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104(9), 1487-1500.

EPÍLOGO

Un querido amigo, que por lo demás prologa este libro, me comentó hace poco tiempo, de manera muy lúcida y en el contexto de una profusa plática acerca de las drogas, que “no se puede dar café a todos” ya que no todas las personas disfrutaban del aroma y el sabor del café, utilizando esta analogía para referir la peculiar manera de ofrecer un cambio –en relación con las drogas– a través de métodos únicos y carentes de alternativas.

Las ofertas psicológicas para el tratamiento de personas con usos problemáticos de drogas no pueden ser homogeneizantes, absolutistas o que obliguen al consultante a adecuarse y encajar perversamente en ellas. Tal y como este libro propone en todos sus capítulos, la psicología ofrece diferentes matices para comprender la aproximación al uso de drogas, lo que nos sitúa en el importante desafío de aceptar que nuestras preferencias terapéuticas, por un lado, hablan directamente de nuestras apetencias, gustos y afinidades teórico-prácticas, pero por otro, nos interpelan al reconocimiento de que estas preferencias no han de estar necesariamente en sintonía con la estructura, forma y particularidades de todas las personas que acuden a consultar.

Bajo una premisa absolutamente personal, que asumo y sostengo, prefiero abrazar la idea de que no existe –a priori– un modelo o enfoque psicológico “mejor” o “más adecuado” para desarrollar procesos terapéuticos con personas que tienen problemas en su relación con las drogas. Más bien, son los modelos y enfoques los que deben reconocer su capacidad para dar cuenta de la totalidad de características, recursos, fortalezas e infinita variabilidad de las personas, evaluando críticamente sus fundamentos y estableciendo si son o no apropiados para tal o cual consultante. Así, se ha de reconocer que son los modelos o enfoques los que están al servicio de la persona y nunca a la inversa.

Si usted prefiere el café, por las más diversas y aceptables razones que tenga, no asuma que quienes están a su alrededor, sobre todo aquellos a quienes dirige su trabajo, también disfrutarán y compartirán su gusto. Esta idea puede entrar en pugna con lo que actualmente se refiere como estrategias y técnicas “basadas en evidencia”, porque sí, existen modelos ampliamente estudiados y de resultados comprobados, hay también técnicas que se validan científicamente y luego se comercializan como programas estándares, paquetes terapéuticos o manuales (muy propio de la actual lógica de mercado), sin embargo, también se debe reconocer que esta postura irrestricta hacia un empirismo neurótico tiende a monopolizar las intervenciones, sus objetivos y resultados, atentando contra la innovación, la creatividad, la heterogeneidad y la posibilidad de establecer medidas alternativas, teóricamente fundamentadas también, que sean capaces de ajustarse a la diversidad humana y sus ilimitadas experiencias.

Es absolutamente natural y comprensible que como terapeutas nos ubiquemos cómodamente en aquellos espacios que aparecen próximos por afinidad o formación, sin embargo, dichas posiciones no debiesen transformarse en zonas sacras e inamovibles donde ha de asentarse el consultante –y su historia– con pies descalzos para hacerse digno de él, o peor aún, que nuestros modelos se transformen en banderas terapéuticas que busquen colonizar con sus colores y paradigmas aquellos espacios propios de nuestros usuarios.

En este sentido, el principal impulsor para el desarrollo de este libro fue dar cuenta de las múltiples formas existentes de entender un fenómeno como el uso de drogas, desde la ciencia psicológica, aceptando generosamente el abanico de interpretaciones y significados del ser humano y sus comportamientos provenientes de las más diversas bifurcaciones que ha presentado nuestra disciplina desde su emergencia en el siglo XIX. Además, fue intención de las páginas precedentes poner de manifiesto la forma en que este fenómeno cruza

transversalmente todas las etapas de nuestro ciclo vital, desde la infancia hasta la adultez mayor, y como en cada una de ellas adquiere un protagonismo diferente, una funcionalidad particular y una significación única.

En síntesis, el periplo a través de estas páginas nos otorga lo siguiente: una disciplina, un fenómeno, múltiples interpretaciones y diversos abordajes. Visto de este modo, comprendiéndolo a cabalidad y retornando al párrafo inicial, definitivamente parece que el café no es bueno para todos.

El Editor.



El fenómeno del uso de drogas es revisado en este libro desde el prisma de la psicología que, como disciplina joven, heterogénea y focalizada en la conducta humana, nos ofrece una interesante propuesta comprensiva ubicándose desde sus diversos y mayormente representativos enfoques. La primera parte, nos traslada a las interpretaciones que se efectúan desde el psicoanálisis, el modelo cognitivo conductual, sistémico, humanista, narrativo y la psicología positiva, para dar cuenta del uso de drogas y, coherentemente, su forma particular de significar el abordaje terapéutico desde cada una de estas vertientes. La segunda parte, es una mirada a la presentación de las drogas, sus usos y funciones, impactos y manifestaciones, en las diferentes etapas del ciclo vital y la diferenciación de su conexión en cada una de ellas.

Ambas partes, se integran en un ejercicio intencionado pero unificador que implica no sólo observar el uso de las drogas y su construcción teórico-psicológica a partir de los enfoques referidos, sino también como el tránsito y la deriva humana a través de las distintas etapas de la vida se ven acompañadas por el consumo de drogas, con funciones, objetivos, motivaciones, consecuencias e interpretaciones propias y únicas de estos periodos. Esto decanta en múltiples ideas para el abordaje terapéutico que la psicología puede, y debe, colocar al servicio de todos aquellos que deseen usar su profesión para apoyar procesos de cambio en personas que han visto complejizada su vinculación con las drogas.