



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL ENFOQUE DE LA TERAPIA BREVE DEL MENTAL
RESEARCH INSTITUTE EN EL TRATAMIENTO
FAMILIAR DE LAS DROGODEPENDENCIAS: UNA
PROPUESTA TEÓRICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LEONARDO MANZANO ABARCA

JURADO DE EXAMEN

Tutor: MTRO. VICENTE CRUZ SILVA
COMITÉ: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ
MTRO. PEDRO VARGAS AVALOS
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JOEL SÁNCHEZ MONTEERRUBIO



FES
ZARAGOZA

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con admiración y respeto.

A mis padres:

Aurora y Carlos, como en otra ocasión lo enuncié, ambos son la inspiración de mi vida, fuente constante de cariño, orgullo y fuerza de voluntad, muchas gracias por su apoyo incondicional y por creer siempre en mí. Los amo con toda mi alma.

A mis hermanos:

Nohemi y Carlos, ha sido un placer crecer con ustedes par de chacalines.

A Beto, mi tío:

Gracias por tu paciencia infinita, por acompañarme desde los comienzos de mi vida académica así como por todas las amenas conversaciones pasadas, presentes y futuras.

A mi abuelo Carlos:

Querido Viejo, usted me acompaña en todo momento. Cuando veo mi rostro al espejo, por desgracia para usted veo el mío (jejeje). No temo equivocarme que usted vive tanto en mi Padre como en mí. Siempre lo querré con todo mi corazón.

A mi abuela Carmen:

Simplemente puedo comentar que usted era mi segunda madre. Gracias por sobornarme con gelatinas de jerez y anís para ir a misa de 7:00 a.m el día domingo ¡que friega! ¡Usted era tremenda!

A Beto, alias el "Profe":

*Usted, mi estimado, ha sido un parteaguas en
mí existencia, un ejemplo no sólo profesional,
sino también como ser humano. Después
de mí familia, quizá sin quererlo pues
para usted es natural inspirar tales virtudes,
me ha enseñado el significado de la amistad,
humildad, honestidad, sinceridad e irreverencia.*

AFIPPSi ¡Son geniales!

*A nuestra amada Universidad Nacional Autónoma
de México por todo lo que nos ofrece, en especial al
glorioso y mi querido CCH Oriente. En dicho colegio,
tuve la fortuna de conocer extraordinarios seres
humanos. Fuimos cómplices y alcahuetes de correrías,
parrandas monumentales, de chismes, alegrías, pasiones,
desamores y pseudodolores jejejejeje. En fin, entendí aquello
que, al menos en su génesis, hace al mundo mover la cola
tal y como un perro la mueve con un pedazo de retazo.
Gracias queridos amigos por dejarme compartir con ustedes
hasta ahora los mejores y más preciados años de mi vida.*

*¡Ahhhhhhh! Y no podían faltar el Urifistrifis (se nota que hace 9 años
tus papás te hicieron con cariño ¡Saliste rebonito chaneque jijo!), el
Manual del Maestro Epicteto, las mujeres, el rock, el rol,
la música de Don José Alfredo, de Doña Chávela, el tequila y,
por supuesto, la sacrosanta Guinness.*

Índice.

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	2
CAPITULO I <i>Drogodependencias: Definiciones, tendencias en el patrón de consumo y modelos teóricos de explicación.</i>	6
1.1 <i>Sustancia psicoactiva.</i>	6
1.2 <i>Uso indebido de sustancias psicoactivas.</i>	8
1.3 <i>Abuso y adicción a sustancias psicoactivas.</i>	10
1.4 <i>Dependencia fisiológica.</i>	16
1.5 <i>Drogodependencia.</i>	18
1.6 <i>Formas de consumo de sustancias psicoactivas.</i>	19
1.7 <i>Tendencias del patrón de consumo 1988-2010.</i>	22
1.8 <i>Modelos teóricos de explicación.</i>	27
1.8.1 <i>Modelo ético-jurídico</i>	28
1.8.2 <i>Modelo sociocultural.</i>	30
1.8.3 <i>Modelo médico-sanitarista.</i>	31
1.8.4 <i>Modelo biopsicosocial.</i>	32
1.8.4.1 <i>Factores de riesgo/protección.</i>	34
CAPITULO II <i>La prevención y el tratamiento de las drogodependencias.</i>	42
2.1 <i>La definición de prevención en drogodependencias.</i>	43
2.2 <i>Principios de prevención en drogodependencias.</i>	44
2.3 <i>Niveles de prevención en drogodependencias.</i>	47
2.3.1 <i>Nivel específico e inespecífico.</i>	47
2.3.2 <i>Nivel primario, secundario y terciario.</i>	48
2.3.3 <i>Nivel universal, selectivo e indicado.</i>	51
2.4 <i>El tratamiento de las drogodependencias.</i>	57
2.5 <i>Principios de tratamiento en drogodependencias.</i>	57
2.6 <i>Modalidades de tratamiento.</i>	61
2.6.1 <i>El tratamiento médico-biológico.</i>	61
2.6.2 <i>Tratamiento psicológico.</i>	64
2.6.2.1 <i>Enfoque conductual.</i>	64
2.6.2.2 <i>Enfoque cognitivo.</i>	68
2.6.2.3 <i>Enfoque cognitivo social.</i>	71
2.6.2.4 <i>Las comunidades terapéuticas.</i>	72
2.6.3 <i>Grupos de Ayuda Mutua.</i>	73
2.6.3.1 <i>Modelo Minnesota.</i>	76
2.7 <i>La epistemología de la psicoterapia contemporánea en el tratamiento de las drogodependencias: Un breve análisis conceptual.</i>	77
CAPITULO III <i>Antecedentes teórico/conceptuales del MRI: El enfoque interaccional de la comunicación.</i>	83
3.1 <i>Los mecanismos de retroalimentación.</i>	84
3.1.1 <i>Las Conferencias Macy, la cibernética y los mecanismos de retroalimentación en los sistemas sociales.</i>	87

3.1.2	<i>Causalidad circular.</i>	90
3.1.3	<i>Bateson: La teoría de los tipos lógicos, comunicación y psiquiatría.</i>	94
3.2	<i>El proyecto Bateson y la familia como sistema cibernético.</i>	100
3.2.1	<i>La hipótesis del doble vínculo.</i>	102
3.3	<i>Donald D. Jackson y la fundación del MRI.</i>	107
3.4	<i>Teoría de la comunicación humana.</i>	112
3.4.1	<i>Axiomas de la comunicación.</i>	114
3.4.1.1	<i>La imposibilidad de no comunicarse.</i>	114
3.4.1.2	<i>Los niveles de contenido y relación en la comunicación.</i>	116
3.4.1.3	<i>La puntuación de la secuencia de hechos.</i>	117
3.4.1.4	<i>Comunicación digital y analógica.</i>	119
3.4.1.5	<i>Interacción simétrica y complementaria.</i>	121
3.4.2	<i>Patologías en la interacción comunicacional.</i>	123
 CAPITULO IV <i>La teoría y la praxis clínica de la terapia familiar breve del MRI.</i>		133
4.1	<i>Milton Erickson y el enfoque estratégico en psicoterapia.</i>	134
4.2	<i>La terapia MRI: El marco de referencia del cliente y generación de problemas.</i>	139
4.3	<i>Tecnología del cambio: Cambio de tipo 1, cambio de tipo 2 y mantenimiento de problemas.</i>	143
4.4	<i>La capacidad de maniobra.</i>	150
4.4.1	<i>Oportunidad y ritmo.</i>	151
4.4.2	<i>El tiempo necesario.</i>	152
4.4.3	<i>El uso del lenguaje condicional.</i>	153
4.4.4	<i>El cliente debe concretar.</i>	154
4.4.5	<i>Actitud igualitaria.</i>	156
4.4.6	<i>Sesiones individuales o conjuntas.</i>	157
4.5	<i>La entrevista inicial.</i>	159
4.5.1	<i>El diálogo estratégico.</i>	163
4.6	<i>La posición del cliente.</i>	169
4.7	<i>Definición de metas terapéuticas.</i>	172
4.8	<i>La intervención.</i>	175
4.8.1	<i>Las intervenciones principales.</i>	176
4.8.2	<i>Las intervenciones generales.</i>	179
4.9	<i>Segunda sesión, subsecuentes, el chequeo de la tarea y conclusión del tratamiento.</i>	185
 CAPITULO V <i>La terapia breve del MRI en el tratamiento familiar de las drogodependencias.</i>		191
5.1	<i>Los criterios de abuso/adicción a sustancias psicoactivas del DSM-IV como categorías de interacción.</i>	192
5.2	<i>Los principios de tratamiento del NIDA en drogodependencias adaptados al enfoque MRI.</i>	195
5.3	<i>El tratamiento.</i>	203
5.3.1	<i>La capacidad de maniobra y definición de objetivos terapéuticos.</i>	204
5.3.2	<i>La entrevista y la fijación del marco de tratamiento.</i>	208
5.3.3	<i>Identificación de los intentos de solución.</i>	212
5.3.4	<i>Construcción de metas terapéuticas e indicaciones para el tratamiento.</i>	213
5.3.5	<i>Finalización del tratamiento y encuadre de seguimiento.</i>	218

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	220
BIBLIOGRAFÍA.	229

El enfoque de la terapia breve del Mental Research Institute en el tratamiento familiar de las drogodependencias: Una propuesta teórica.

Resumen.

En el presente trabajo se realizó una investigación documental acerca del inicio, mantenimiento y comportamiento de las drogodependencias con el objetivo de elaborar una propuesta de tratamiento que considere al individuo adicto a una sustancia psicoactiva y su familia desde la perspectiva de la terapia breve del Mental Research Institute. En esta monografía, se revisó la gravedad de las tendencias del patrón de consumo de sustancias, se precisaron los constructos así como los conceptos involucrados en la definición teórica del fenómeno de las adicciones. Por tanto, se sintetizaron y analizaron los modelos de tratamiento psicológico en el problema de las drogodependencias y se señalaron algunas de las premisas epistemológicas en que descansan dichas intervenciones. Asimismo, se expuso el enfoque interaccional de la comunicación, esto para describir las pautas de interacción del sujeto drogodependiente con su familia, señalando a ésta como un sistema social importante e ineludible en la construcción de programas de tratamiento de las adicciones.

Palabras clave: drogodependencias, sustancias psicoactivas, Centro de Terapia Breve, enfoque interaccional de la comunicación, familia.

INTRODUCCIÓN.

Las consecuencias de las drogodependencias son discutidas cotidianamente por la opinión pública; pues, desgraciadamente, éstas son cada vez más evidentes y dramáticas considerándose al fenómeno como un cáncer que carcome y se disemina con rapidez en la sociedad mexicana contemporánea. Es común que los medios masivos de comunicación muestren, al menos de forma escueta, el comportamiento del problema. Es habitual el escuchar u observar que la producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas es ya uno de los ejes económicos de los países productores y consumidores de éstas; se vincula de manera clandestina con la política; corrompe instituciones y a funcionarios públicos; aparentemente favorece la escalada de la violencia y delincuencia; es un fenómeno que no respeta edad, sexo, nivel de ingreso, procedencia geográfica, nivel educativo ni condición social.

Específicamente, diversos analistas (Galván, Ortiz, Soriano y Casanova, 2005; Gutiérrez y Velásquez, 2011; Bautista, 2011) han identificado que el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido un crecimiento exponencial, observando que la población adolescente mexicana es más susceptible a utilizar esta clase de sustancias. Por ende, un contexto significativamente afectado es el familiar, pues considerando la etapa de desarrollo de los consumidores de sustancias psicoactivas más recurrente, padres biológicos o sustitutos han reportado una creciente preocupación acerca de esta problemática, esto por las conductas calificadas como negativas derivadas por el propio consumo, por ejemplo; violencia intrafamiliar, deserción escolar, abandono del trabajo, desinterés en actividades recreativas, etc.

Del mismo modo, una tendencia preocupante para la opinión pública y para la comunidad científica es la variedad de sustancias psicoactivas ilegales que actualmente son ofertadas y demandadas. Como ejemplo de lo anterior, en los años ochentas el consumo de marihuana y, en menor medida, la cocaína eran las sustancias más comunes objeto de abuso/adicción. Ya para mediados de los noventas y en la primera década del siglo XXI, el mercado ilegal de sustancias ha visto un crecimiento en la oferta de sustancias ilegales de diseño, agravando aun más el fenómeno, pues el análisis sobre los efectos perjudiciales de dichas sustancias no sólo se concentra en el consumo de marihuana o cocaína, sino también en sustancias que, bajo una impresión hipotética, son mucho más agresivas o deteriorantes en la salud del individuo consumidor. En este sentido, es de enfatizar que el consumo de

sustancias psicoactivas, independientemente de su clasificación, también conlleva graves deterioros a la salud (Gil y Gil Lacruz, 2009).

Bajo estos argumentos es entonces observable que el fenómeno de las drogodependencias ha tenido un impacto social adverso que, a su vez, se ha desarrollado paulatinamente, dando lugar a atribuciones, estereotipos, prejuicios y otra gran cantidad de problemas psicológicos, de orden cultural, económicos, políticos, sociales y de salud fisiológica los cuales se han manifestado sensiblemente en sectores de la población específicos, con perfiles cambiantes a lo largo de los años. Por tanto, se menciona que este fenómeno no es nuevo, es un problema añejo el cuál ha tenido una tendencia de crecimiento exponencial en los últimos 25 años.

Considerando los múltiples elementos antes enunciados que concretan las drogodependencias como un problema significativo, especialistas en diversas áreas de la ciencia han analizado el fenómeno. Por ende, han propuesto u ofrecido explicaciones acerca de la persistencia así como tentativas de solución al problema de las adicciones, esto desde sus propias ópticas teórico/metodológicas de intervención preventiva y/o de tratamiento. Como ejemplo de lo anterior, uno de los modelos más influyentes en el análisis e intervención de las drogodependencias ha sido el modelo médico-biológico, pues este modelo ofrece criterios de diagnóstico y, a su vez, ha planteado lineamientos de prevención o tratamiento, intervenciones que se basan concretamente en la reeducación e información de los efectos perjudiciales que puede provocar el consumo de sustancias psicoactivas así como en la medicación de los procesos de intoxicación resultantes por el propio consumo (Llebot y Gual, 2004; Cruz, 2007).

Independientemente de las ventajas derivadas de lo anterior, la comunidad científica que ha estudiado al fenómeno de las drogodependencias ha llegado a la conclusión general que el análisis e intervención unidireccional al problema es inadecuada e inconveniente, pues los procesos de abuso/adicción a sustancias psicoactivas están sujetos a un amplio dinamismo en su origen, concreción y persistencia. En este sentido, el fracaso de los programas de desintoxicación como única y exclusiva aproximación terapéutica a la drogodependencia puede verse como indicador de las consecuencias nefastas de un modelo unidimensional, que entiende que el proceso adictivo se reduce a la interacción entre la sustancia psicoactiva y la fisiología del individuo, con especial hincapié en las consecuencias orgánicas derivadas de la propia adicción a sustancias psicoactivas (Washton y Zweben, 2008).

Por estas razones, en la presente investigación documental se planteó una propuesta de intervención psicoterapéutica en drogodependencias desde la perspectiva del Mental Research

Institute (MRI) puntuando, consecuentemente, las pautas de interacción del sujeto drogodependiente con su familia como elementos angulares en la intervención del fenómeno. Asimismo, en este trabajo se plantearon una serie de redefiniciones del marco conceptual encargado de precisar las drogodependencias partiendo de un cambio conceptual de las drogodependencias como un problema intrapsíquico e individual a un problema interaccional. Del mismo modo, se planteó el enfoque interaccional de la comunicación y las premisas teórico/prácticas del MRI adaptadas a la intervención de las adicciones como cibernéticamente complementarias a las teorías y marcos de tratamiento psicológico tradicionales que se han encargado de intervenir en las drogodependencias.

Referente a los contenidos de esta investigación documental, se señala que en los dos primeros apartados se precisó el lenguaje especializado en cuanto al estudio de las drogodependencias, definiendo este fenómeno como una problemática importante, con un desarrollo significativo en los últimos años afectando primordialmente a los adolescentes y sus familias. Además, se describió la actividad científica de diversos profesionales de la salud que han desarrollado modelos de explicación, prevención y tratamiento, con el objetivo implícito de controlar o erradicar el fenómeno de las drogodependencias.

Asimismo, en el capítulo tercero se planteó el proceso histórico en el cual se desarrolló el modelo interaccional de la comunicación analizando y sintetizando los constructos, conceptos y definiciones que fueron fundamentales para dar lugar a la formulación de una concepción alternativa de la conducta patológica, considerando al contexto familiar del sujeto como un ámbito social ineludible en el tratamiento de los trastornos psicológicos. En este punto es de enfatizar que la exposición histórica planteada en este apartado acerca de las categorías, constructos, conceptos y definiciones que dieron lugar al enfoque interaccional de la comunicación así como a la terapia estilo MRI es amplia y, permítase la expresión, es *densa*. Lo anterior se llevó a cabo por dos razones: primera, esta investigación documental partió de la convicción que sólo bajo una exposición de acuerdo a estos adjetivos se podría alcanzar una *aproximación* adecuada acerca de la aplicación epistemológica, teórica y práctica de esta particular metodología de intervención terapéutica, definiendo como *intervención terapéutica* al estilo terapéutico del MRI. Del mismo modo, para esta investigación documental adquirió suma importancia el analizar el *cómo* –más que formularse a modo de interrogante el *qué*– los principios más elementales de la epistemología cibernética y, por ende, el enfoque interaccional de la comunicación explican fenómenos de alta complejidad, verbigracia, las drogodependencias, fenómeno sujeto a análisis de esta investigación. Como segunda razón, esta investigación documental

parte de la firme posición que sólo mediante una explicación amplia y una probable comprensión adecuada de los episodios históricos y de los principios constituyentes de la epistemológica cibernética no se formularía -válgame los términos- una aproximación o tratamiento *vulgar, arbitrario e indiscriminado* de tales constructos epistemológicos. En sí, dentro de la posición del autor de esta investigación, la epistemología cibernética *no* es un conjunto de “instrumentos” que, probable y erróneamente, puedan ser aplicados para clasificar enfoques terapéuticos así como meras herramientas de intervención terapéutica; sino, bajo una concepción diferente a la anterior, los principios conceptuales de la epistemología cibernética son elementos que permiten acceder a un esquema de pensamiento divergente al tradicional, esto para comprender los hechos y fenómenos del *mundo*. Es más, tal como se ha explicado, la aplicación de los principios de la epistemología cibernética al estudio de los fenómenos sociales que permitió la formulación de una nueva concepción de la conducta patológica por medio de la observación de la interacción comunicacional y, consecuentemente, dio pauta a la configuración de enfoques terapéuticos denominados ahora como *terapias sistémicas*, quizá, la construcción de dichos enfoques terapéuticos sea un hecho secundario.

Aclarado lo anterior, para el capítulo cuarto se abordó la teoría y la técnica del Centro de Terapia Breve (CTB) del MRI, tomando como punto de partida la exposición de la particular definición que esta escuela ofrece acerca de la generación y mantenimiento de problemas humanos. De este modo, se expuso la concepción de cambio, el papel que juega el intento de solución por parte del cliente para resolver su problemática, la capacidad de maniobra (dando énfasis al cómo el CTB puede incluir en el proceso terapéutico a la familia), la entrevista bajo el formato MRI, la postura del cliente y las intervenciones que el terapeuta del CTB podría aplicar para resolver el problema terapéutico (apartándose de la lógica o, en su caso, de los intentos de solución del paciente).

Por último, en el capítulo quinto se presentaron los criterios diagnósticos de abuso/adicción a sustancias psicoactivas, esto para definirlos como pautas de interacción incluyentes en el marco interventivo del MRI. Por consiguiente, se elaboró una propuesta teórica organizada en cuanto al tratamiento de las adicciones donde, dicha intervención, incluye a la familia del sujeto adicto a sustancias psicoactivas de acuerdo con las premisas del CTB, redefiniendo la conducta del sujeto drogodependiente bajo una connotación e interacción disfuncional e irresponsable para consigo mismo, para con los demás y para con el mundo, categorías de interacción relacionadas bajo una causalidad circular de interdependencia.

CAPITULO I

Drogodependencias: Definiciones, tendencias en el patrón de consumo y modelos teóricos de explicación.

Ante la necesidad de comprender el fenómeno de las drogodependencias¹ es necesario esclarecer una serie de confusiones acerca de los diversos conceptos interrelacionados con esta problemática. Como ejemplo de esto, existe la ambivalencia entre el concepto de droga, fármaco o sustancia adictiva y esta confusión, probablemente, se presenta al considerar los términos anteriores como sinónimos o conceptos convergentes. Pero ¿Realmente son convergentes? ¿Se les puede entender de igual manera respecto a su función, efecto o consecuencias en un sujeto que las utiliza? ¿Qué es el abuso de una droga y cómo se determina? ¿Cuándo o en qué momento se considera a una persona adicta a alguna “sustancia”, “fármaco” o “droga”? ¿Cómo o con qué criterios se debe hablar de farmacodependencia o drogodependencia? ¿Cuál es el modelo o modelos teóricos de explicación que definen y, a su vez, intervienen en las drogodependencias?

Por tanto, estas interrogantes se responderán llevando a cabo una exposición de estas nociones para tratar de formularlas con mayor precisión. Subsiguientemente, se efectuará un análisis de los modelos teóricos, bajo una connotación histórica, que han dado lugar a la construcción de explicaciones acerca de la génesis y mantenimiento de las adicciones.

1.1 Sustancia psicoactiva.

En cuanto al concepto de droga se refiere, Warren (1998) lo define de la siguiente forma:

Droga es toda sustancia, en estado de división minúscula, que se introduce en el cuerpo con objeto de contrarrestar el efecto de una enfermedad o de restaurar las funciones normales de los tejidos patológicamente alterados. Las drogas narcóticas, por su efecto deprimente en el sistema nervioso, disminuyen o suprimen la actividad nerviosa o psíquica (p. 100).

¹ Como se enunciará, los conceptos de drogodependencia y farmacodependencia se podrían suponer como convergentes. Sin embargo, en esta investigación documental se considerará más apropiado el termino *drogodependencia* ya que por su definición e implicaciones pragmáticas es más claro y congruente para llevar a cabo el análisis correspondiente a los modelos de explicación, prevención y tratamiento al fenómeno objeto de investigación del presente trabajo. Esto se argumentará exhaustivamente en los párrafos siguientes.

Esta definición hace referencia a las sustancias que son elaboradas exclusivamente para fines terapéuticos; por lo tanto, es amplia porque no todas las “drogas” cumplen con estos criterios. Asimismo, De la Garza y Vega (2001) comentan lo siguiente:

Droga es una sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas o químicas de éste (p. 11).

Es evidente que las definiciones antes citadas son ambiguas. La primera hace referencia a las sustancias destinadas a aliviar alguna afección o patología independientemente de la gravedad de ésta, mientras que la segunda se puede prestar a interpretaciones equívocas, pues se puede confundir droga a los compuestos que son necesarios para el mantenimiento de la vida de un organismo.

Enfatizando a De la Garza y Vega (2001), éstos insinúan que las drogas y los fármacos son sinónimos comentando que la definición de fármaco incluye los medicamentos que se utilizan siempre “en beneficio del individuo”.

Para definir con exactitud el concepto de droga, se hace necesario recurrir a la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS; en: Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, 2008) que define droga como toda sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento del organismo vivo que, por su composición química, modifica alguna de las funciones biológicas y, a veces, la propia estructura de los tejidos.

En la definición antes presentada, las palabras clave son “distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida” de no ser así, resultaría que el agua y el oxígeno serían también drogas. En este punto, se puntualiza en que aun esta definición es amplia. La penicilina y los antibióticos en general son drogas. El común de las personas, al oír la palabra “droga” no piensa en los medicamentos, sino en las sustancias tóxicas prohibidas por la ley, en preparaciones dañinas para la salud y, sobre todo, en el hecho que causan cambios en la mente del usuario (Velasco, 1997).

De acuerdo con el mismo autor, las drogas que tendrían relevancia para este análisis son las que tienen un efecto directamente relacionado con la cognición/conducta del ser humano

Con el objetivo de precisar los elementos conceptuales antes enunciados, se definirá como fármaco a toda sustancia química no alimenticia, capaz de modificar las funciones de

los seres vivos. Dentro de los fármacos, las medicinas son las sustancias con propiedades curativas. La definición de droga es menos clara, pues como se expuso anteriormente, es un fármaco capaz de generar abuso y adicción, por tanto, puede prestarse a confusión porque no todas las sustancias denominadas como “droga” se pueden incluir en esta definición ya que hay algunas que tienen efectos mixtos y otras que no se puede decir que produzcan hábito. Un concepto quizá más preciso a los anteriores es el de *sustancias psicoactivas*. Con este término se puede definir a las sustancias que actúan sobre la percepción, las emociones y/o el estado de ánimo; es decir, las sustancias psicoactivas son las que tienen un efecto directamente relacionado, ya sea como un inhibidor o depresor del sistema nervioso central (Cruz, 2007).

De este modo, se concluye que toda sustancia ajena al organismo y sin fines alimenticios que modifica alguna de las funciones de un ser vivo es considerada como droga, en tanto que una sustancia psicoactiva se definiría como todo compuesto ajeno a un organismo y sin fines alimenticios (ya sea de origen natural o sintético), que por sus propiedades/efectos depresores o estimulantes en el sistema nervioso central, pueden provocar abuso y adicción (Cruz, 2007).

Clínicamente, el término sustancia psicoactiva se ha asociado con el concepto “uso indebido” que se le da a estas sustancias en conjunción a los conceptos “abuso y adicción”. Es por ello necesario que se exponga que se entiende por uso indebido, abuso y adicción para comprender, posteriormente, el concepto de drogodependencia.

1.2 Uso indebido de sustancias psicoactivas.

Al señalar el concepto de uso indebido de sustancias existe, como en el caso de droga o sustancia psicoactiva, divergencias para determinar los alcances y limitaciones de este término.

Por ejemplo, la OMS (1994), propone cinco definiciones de “uso de sustancias psicoactivas”:

1. *Uso con fines no médicos (non-medical use)*. Es el empleo de un medicamento², obtenido con o sin receta médica, de manera distinta a la recetada, durante más o

² En esta investigación documental, se considerará que un medicamento el cual tiene un efecto directamente relacionado con el sistema nervioso central y que puede provocar abuso/adicción, por definición, es incluyente en la categoría de sustancia psicoactiva.

menos tiempo del prescrito o por una persona a la que no fue recetada. A veces también hace referencia al uso de sustancias psicoactivas ilegales.

2. *Uso disfuncional (dysfunctional use)*. Consumo de sustancias que provoca un deterioro de la función psicológica o social. Por ejemplo, la pérdida del empleo o problemas conyugales.
3. *Uso inadecuado de drogas o alcohol*³. Consumo de una sustancia con un fin que no se ajusta a las normas legales o médicas, como en el caso del consumo de medicamentos de venta con receta médica con fines no médicos.
4. *Uso no sancionado (unsanctioned use)*. Uso de una sustancia que no está aprobado por una sociedad. El término implica que esta desaprobación se admite como tal, sin que sea necesario determinar ni justificar su fundamento.
5. *Uso recreativo*. Consumo de sustancia psicoactiva, normalmente ilegal, en situaciones sociales o relajantes, que implica que no existe dependencia ni otros problemas.

En síntesis, el término uso indebido de sustancias psicoactivas es la autoadministración deliberada de estas sustancias más allá de los límites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de alguna legislación vigente en una nación específica (Massun, 1991).

En otras palabras, se presenta uso indebido de sustancias psicoactivas cuando este uso puede comprometer la salud del individuo, o interferir con su funcionamiento social o económico. Las sustancias psicoactivas pueden ser legales (en este caso, las sustancias psicoactivas desviadas del uso médico como son el alcohol y el tabaco o las sustancias psicoactivas que son prescritas por profesionales calificados con objetivos terapéuticos) o ilegales (como son la heroína, el LSD, éxtasis, etc.). Se debe considerar también aquellas sustancias que, en ocasiones, son prescritas con fines médicos pero que el usuario de éstas no cumple con los criterios de uso adecuado o con los objetivos terapéuticos correspondientes (verbigracia, anfetaminas o metanfetaminas).

Considerando los conceptos de sustancia psicoactiva y uso inadecuado que se le da a ésta, se puede inferir que el uso inadecuado de estas sustancias puede conllevar a su abuso, el cual puede provocar repercusiones serias en el organismo de algún sujeto que esté bajo la

³ La OMS sugiere como droga a las sustancias psicoactivas de corte ilegal aunando ésta con un consumo inadecuado. Como se verá en los párrafos siguientes, el alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir también uso inadecuado así como abuso y adicción, pero la diferencia radica en que es una sustancia psicoactiva *legal*. Además, este organismo utiliza el término “droga” a pesar de las ambigüedades antes expuestas. Para fines de esta investigación documental será sustituida “droga” por “sustancia psicoactiva”, a pesar de la recurrencia en su utilización, ya que ésta es más clara y precisa.

influencia de alguna sustancia psicoactiva. Por ello, se definirán a continuación los términos abuso y adicción sucesivamente.

1.3 Abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

Actualmente, el profesional interesado en estudiar las drogodependencias cuenta con el Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1994) de la Asociación Americana de Psiquiatría de Estados Unidos (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) de la OMS los cuales ofrecen criterios diagnósticos internacionalmente reconocidos para describir los trastornos involucrados con el abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

El abuso, de acuerdo al DSM-IV, es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un periodo de doce meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (verbigracia, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionado con el consumo de sustancias, ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (verbigracia, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (verbigracia, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos y recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (verbigracia, discusiones conyugales acerca de la intoxicación⁴ o violencia física).

⁴ La intoxicación con sustancias se refiere a la experiencia desadaptativa temporal de cambios psicoactivos debido a la acumulación de una sustancia en el cuerpo (Halgin y Krauss, 2004). La condición es importante considerarla especialmente por su connotación temporal y los efectos inmediatos de una sustancia psicoactiva particular. Así, la intoxicación con sustancias es un fenómeno transitorio que se limita al periodo en que la sustancia es potente en el cuerpo desde el punto de vista biológico (a nivel de sistema nervioso central). El comportamiento de una persona intoxicada por una sustancia psicoactiva es desadaptativo, lo que significa que su funcionamiento se deteriora de manera importante.

Simultáneamente, la CIE-10 (1992) define el abuso de sustancias psicoactivas como consumo perjudicial. Aunque la CIE-10 no recoge la terminología del DSM-IV, el concepto de consumo perjudicial, en su definición, es similar a la definición de abuso propuesta por el DSM-IV.

Por tanto, el consumo perjudicial se define como forma de consumo que está perjudicando ya sea a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del sujeto que consume la sustancia. Así, las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo a una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.

Cabe subrayar que la CIE-10, con respecto a sus criterios, considera primariamente al consumo perjudicial como un patrón de desajuste fisiológico, ya sea manifestado por un trastorno mental o por algún trastorno en los diversos sistemas y órganos que componen al ser humano. Las consecuencias en el entorno interpersonal y social del sujeto que consume sustancias psicoactivas, en el diagnóstico de la CIE-10, juega un papel secundario. Como conclusión a este punto, la CIE-10, en lo referente al estudio de las adicciones, es un manual configurado bajo el modelo médico.

Bajo esta misma línea de análisis, la adicción o dependencia a sustancias psicoactivas, de acuerdo con el DSM-IV, es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de doce meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
-

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia,
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej. fumar un cigarro de marihuana uno tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la(s) sustancia(s) a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una ulcera).

A diferencia del DSM-IV acerca de la definición de adicción o dependencia a sustancias, la CIE-10 define la adicción como síndrome de dependencia que es el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una sustancia psicoactiva, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieran el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicoactivas. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si, durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicoactiva.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia psicoactiva, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo con el objetivo de controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirma por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en los que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente la tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia psicoactiva.

De acuerdo con la CIE-10, una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia psicoactiva o el deseo de consumirla. La conciencia “subjetiva” de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para el alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos o cuando no se les proporciona esta sustancia psicoactiva, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 definen categorías diagnósticas, si bien no idénticas pero si convergentes de abuso y adicción a sustancias psicoactivas (véase Tabla 1). Pero en cuanto a la definición de dependencia fisiológica, ambos manuales coinciden en que la adicción está determinada por la tolerancia y el síndrome de abstinencia. Del mismo modo,

se distingue otra clasificación de dependencia relacionada con el abuso que obedece a las consecuencias de orden individual, social o interpersonal que giran alrededor de la dinámica del consumo.

Tabla 1. *Comparación entre los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10*

DSM-IV	CIE-10
Abuso	Consumo perjudicial
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incumplimiento de obligaciones sociales o laborales. 2. Uso reiterado en situaciones peligrosas. 3. Problemas legales debido al consumo de sustancias psicoactivas. 4. Problemas interpersonales o conyugales por un consumo recurrente de la sustancia psicoactiva 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afectación de la salud física/mental. ➤ Existencia de consecuencias sociales adversas. ➤ Reprobación de terceros.
Dependencia Fisiológica	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia 2. Síndrome de abstinencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerancia 2. Síndrome de abstinencia
Dependencia	Dependencia
<ol style="list-style-type: none"> 3. Ingesta de cantidad o tiempo superior al pretendido. 4. Deseo de abandonar o controlar consumo sin éxito. 5. Inversión considerable de tiempo en la sustancia psicoactiva. 6. Desatención de otras obligaciones/actividades. 7. Uso continuado a pesar de conocer el(los) trastorno(s) derivado(s). 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Prioridad en el consumo de la sustancia psicoactiva. 4. Abandono de otros intereses/actividades. 5. Persistencia en el consumo a pesar de conocer perjuicios. 6. Vivencia de compulsión (deseo irresistible).

Nota. De “Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación”, por P. Lorenzo, J. M Ladero, J. C Leza y I. Lizasoain, 2003, España: Editorial Médica Panamericana. Adaptado

El diagnóstico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales. Los siete criterios del DSM-IV antes citados pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (puntos 1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6). Como una variación con respecto a versiones anteriores, el DSM-IV establece que la

dependencia puede subclasificarse en “dependencia con o sin dependencia física”, según estén o no incluidos los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia). La CIE-10, por su parte, contiene los siete puntos del DSM-IV, pero los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al anhelo y deseo (*craving*) por la sustancia (Secades y Fernández, 2001).

Ambas clasificaciones diagnósticas describen el trastorno mostrándose explícitamente atóricas, aunque el modelo psicopatológico implícito subyace al modelo médico (Secades y Fernández, 2001). Estas formulaciones descriptivas aclaran el objeto del tratamiento pero no la etiología ni la naturaleza de la intervención. La información sobre la topografía y las características que proporcionan los sistemas de clasificación son útiles para determinar la existencia de un problema (y, por tanto, detectar la necesidad de un tratamiento) o para facilitar la homogeneización de un diagnóstico (que sirva, por ejemplo, para seleccionar a los sujetos que van a formar parte de una investigación). Estas funciones son útiles para llevar a cabo estudios que evalúen la eficacia de algún programa de prevención o tratamiento. Sin embargo, este tipo de información no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un programa de prevención o tratamiento, que deben basarse en un análisis funcional de la conducta y en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el trastorno adictivo. En síntesis, las definiciones elaboradas por el DSM-IV y la CIE-10 de abuso y dependencia no se basan en medidas cuantitativas del uso de sustancias psicoactivas, como cuánto tiempo o cuanta regularidad una persona las consume, sino en la naturaleza cualitativa de la dependencia del individuo hacia las sustancias psicoactivas (Washton y Zweben, 2008).

Estas definiciones se formulan principalmente a partir de la naturaleza de la dependencia de una persona hacia sustancias psicoactivas, el papel que juegan estas sustancias en la vida de las personas y el impacto del consumo de la sustancia en el funcionamiento del individuo, ya que estos factores resultan de mayor relevancia “clínica” para el diagnóstico y la planeación de un tratamiento que los niveles totales de consumo. Estas definiciones reflejan un consenso de que el consumo patológico de sustancias psicoactivas se manifiesta como una disfunción conductual caracterizado por indicadores en las diversas pautas de *interacción* de un sujeto drogodependiente, tales como la pérdida de control sobre el consumo, la preocupación y obsesión por el mismo, los contextos sociales e interpersonales afectados y la continuidad de consumo a pesar de las consecuencias adversas.

Es probable que la llamada dependencia psicológica denominada así por algunos autores (Massun, 1991; Velasco, 2001) que se presenta cuando el individuo llega sentirse

mentalmente incapaz de vivir sin la sustancia psicoactiva, aunque su organismo no la requiera sea una paráfrasis de las medidas cualitativas en el consumo de sustancias psicoactivas.

1.4 Dependencia fisiológica.

La *dependencia fisiológica*, que recibe la denominación de *neuroadaptación*, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una sustancia psicoactiva en el organismo, desarrollándose un vínculo sustancia psicoactiva-organismo. Como se refirió anteriormente, sus dos componentes principales son: *la tolerancia y el síndrome de abstinencia o de supresión* (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2003).

La tolerancia y el síndrome de abstinencia son elementos clave que apoyan la sensibilización, este es un fenómeno opuesto a la tolerancia, es decir, se trata de la respuesta aumentada a una sustancia psicoactiva tras una presentación intermitentemente repetida. Los fenómenos de sensibilización persisten mucho tiempo después de que la sustancia psicoactiva haya sido eliminada del cerebro.

Haciendo hincapié en la tolerancia, debe recordarse que ésta es la resistencia desarrollada por el organismo a los efectos de la sustancia psicoactiva. Mientras un sujeto consume una sustancia psicoactiva regularmente, su organismo se adecua a los efectos de la misma, necesitando mayor cantidad de la sustancia para conseguir el efecto deseado o la inversa, el efecto de las mismas cantidades de la sustancia psicoactiva disminuye claramente con el consumo repetido.

Algunos autores (Velasco, 1997; Lorenzo, et. al.) consideran diversas clasificaciones de tolerancia (véase Tabla 2) de acuerdo con los efectos de alguna sustancia psicoactiva.

Tabla 2. Clasificaciones y descripciones de tolerancia a una sustancia psicoactiva.

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	OTRAS CONSIDERACIONES
<i>Tolerancia Cruzada o recíproca</i>	Se desarrolla cuando un consumidor que presenta tolerancia a una sustancia psicoactiva se hace tolerante a los efectos cuya acción es semejante	Se suele presentar entre sustancias psicoactivas del mismo grupo farmacológico o que actúan por un mecanismo idéntico o análogo.
<i>Tolerancia Innata</i>	Se produce cuando existe una disminución de la sensibilidad a la sustancia desde su primera administración.	Como ejemplo, la tolerancia innata al alcohol puede representar un rasgo biológico que contribuya al desarrollo del alcoholismo.
<i>Tolerancia adquirida</i>	Puede clasificarse a su vez en tres tipos: farmacocinética farmacodinámica y aprendida.	<p>1. Tolerancia farmacocinética: se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la sustancia psicoactiva después de la administración repetida, reduciéndose en los lugares de acción</p> <p>2. Tolerancia farmacodinámica: tiene lugar por cambios adaptativos que ocurren en los sistemas biológicos afectados por la sustancia, de tal manera que la respuesta fisiológica a dicha sustancia es menor.</p> <p>3. Tolerancia aprendida: es la reducción de los efectos de la sustancia por mecanismos compensadores que se desarrollan por el consumo recurrente en situaciones semejantes. su base fisiológica es por el momento desconocida</p>
<i>Tolerancia aguda</i>	Es la que se genera rápidamente con la administración repetida de una sustancia psicoactiva con motivo de un acontecimiento determinado.	
<i>Tolerancia invertida o sensibilización</i>	Es una propiedad por la que algunas sustancias psicoactivas producen los mismos efectos a aún más acentuados con dosis iguales o más bajas.	En la sensibilización, a diferencia de la tolerancia aguda, requiere la administración de la sustancia psicoactiva a intervalos más prolongados entre dosis

Nota: Los guiones indican la ausencia de consideraciones adicionales.

Ahora, cuando la administración de la sustancia psicoactiva se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista, es decir, se rompe el vínculo sustancia psicoactiva-organismo se presenta el cuadro del *síndrome de abstinencia o de retirada*, que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos de

gravedad y perfil variable, según la sustancia psicoactiva, los cuales ceden con la administración de la sustancia o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce. El síndrome que resulta de la retirada de la sustancia psicoactiva se denomina *abstinencia por supresión*, mientras que el producido por la administración de un antagonista (p. ej. Naloxona a un dependiente a la heroína) se llama *abstinencia precipitada*.

La dependencia fisiológica, con sus dos componentes (tolerancia y síndrome de abstinencia) son fenómenos biológicos. Son consecuencias naturales del consumo prolongado de una sustancia psicoactiva, pero la interacción entre estos fenómenos de corte fisiológico tienen repercusiones de manera sistémica con la conducta/cognición del sujeto consumidor en sus pautas sociales e interpersonales.

Una vez definidos los términos sustancia psicoactiva, adicción, dependencia fisiológica (síndrome de abstinencia y tolerancia) es pertinente abordar el término drogodependencia.

1.5 Drogodependencia.

Como sucede con las definiciones mencionadas en los párrafos anteriores, el término drogodependencia es tradicionalmente concebido como un sinónimo de farmacodependencia. En primer lugar, la *farmacodependencia* es definida por la OMS (1994) como un estado psicofísico caracterizado por el consumo reiterado y continuo de una sustancia, a fin de experimentar los efectos que produce, o bien, para evitar los síntomas desagradables que se presentan si no se consume.

En cuanto a la *drogodependencia*, Calderón, Ramírez y Jiménez (2001) la definen como el consumo de sustancias psicoactivas consideradas como ilícitas como la marihuana, la cocaína y la heroína que el consumidor ingiere, fuma, se inyecta o inhala con la intención de lograr un efecto psíquico especial, muchas veces conociendo los riesgos que corre al hacerlo.

Estos autores hacen las siguientes diferenciaciones entre ambos términos: existen dependencias en el campo de los fármacos a sustancias como la acetaminofén, el ácido acetilsalicílico o a las anfetaminas. En este caso se podría hablar de farmacodependencia. Pero otra cosa es la “drogadicción”, pues allí se da, de un lado la intoxicación y del otro la dependencia. Por lo regular, a la intoxicación se le da el manejo por parte de un especialista, pero continua una dependencia psíquica, que puede llevar al sujeto a volver al consumo para sentirse bien.

De este modo, se define dependencia psicológica como una situación en la que existe un estado de satisfacción y un deseo poderoso que exigen la administración regular de la sustancia psicoactiva para producir placer o evitar malestar (Becoña, 2002).

La drogodependencia, en sí, hace alusión directa a la dependencia psicológica a una sustancia psicoactiva. En esta investigación documental se considera análoga la dependencia psicológica a los puntos cualitativos del DSM-IV y la CIE-10; porque, como estos puntos son ateoricos desde la *perspectiva del modelo médico*⁵, están sujetos a la interpretación y tratamiento de otros especialistas. Por ejemplo, un terapeuta psicodinámico puede definir la fenomenología del *craving*⁶ bajo una óptica particular, mientras un terapeuta conductual ofrecerá una interpretación de la dependencia psicológica diferente.

Por lo tanto, se considera más apropiado denominar al fenómeno de la dependencia a sustancias psicoactivas como drogodependencias porque éste término no limita el tratamiento de los procesos de abuso y adicción a un solo modelo (en este caso el médico) tratando exclusivamente la tolerancia y el síndrome de abstinencia, sino también permite abarcar el tratamiento que pueden ofrecer otros especialistas en cuanto a los puntos cualitativos que ofrecen el DSM-IV y la CIE-10. Además, y de acuerdo con Materazzi (1990), este término evita el estigma del término “adicción” cuando hace alusión al conjunto de atribuciones y estereotipos sociales adversos (por ejemplo, un adicto como sinónimo de “vago”, “delincuente” o un individuo sin “remedio”).

1.6 Formas de consumo de sustancias psicoactivas.

Probablemente, el objetivo de los especialistas que ha sido significativo para comprender, prevenir y tratar terapéuticamente en esta problemática sea la construcción metodológica de categorías de descripción acorde a la gravedad de la dependencia en relación a una forma de consumo de sustancias psicoactivas. Puede resultar obvio suponer que las motivaciones para el uso indebido de sustancias psicoactivas son tan variadas como los mismos seres humanos. Sin embargo, se observan una serie de motivaciones que vuelven a aparecer con regularidad en el patrón de consumo.

⁵ De acuerdo con Secades y Fernández (2001) este modelo define exclusivamente la adicción de sustancias psicoactivas por medio de la tolerancia y el síndrome de abstinencia. El modelo médico, en conclusión, estaría limitado en cuanto al tratamiento de los puntos cualitativos de los procesos de adicción a sustancias psicoactivas.

⁶ El *craving* se define como un deseo poderoso y a menudo incontrolable por consumir sustancias psicoactivas (Llebot y Gual, 2004).

En general, las razones para que un individuo experimente un primer ensayo en el consumo de una sustancia psicoactiva no son las mismas que argumentan para seguir consumiéndola o llegar a depender de ella. Así, se diferencian varias categorías de consumidores y, para cada una de ellas, una serie de motivaciones características (Massun, 1991; Washton y Zweben, 2008):

1. *Consumo experimental*. Esta marca el inicio del consumo y se trata de una categoría relativamente moderada. A las personas las mueve la curiosidad por experimentar el efecto del consumo de una sustancia psicoactiva.
2. *Consumo ocasional*. Esta categoría se puede considerar como relativamente moderada. También es conocida como consumo social y recreativo, pero los especialistas en prevención son cautelosos en el uso del término, ya que parece expresar que su aplicación a cualquier nivel es una “inofensiva forma de recreación”.
3. *Consumidores habituales*. Son los que se acostumbraron a tomar una sustancia psicoactiva con cierta regularidad, pero que no han perdido completamente el control de sí mismos y pueden dejar de consumirla si así se lo proponen.
4. *Consumidores compulsivos o drogodependientes*. Esta categoría se divide en dos subcategorías:
 - Funcionales. Son los que necesitan cierta dosis de una sustancia para poder funcionar adecuadamente en sociedad; es decir, relacionarse con los demás, cumplir con sus quehaceres o profesión.
 - Disfuncionales. En esta subcategoría entran los sujetos que han dejado de funcionar adecuadamente en la sociedad, ya que su vida se reduce a conseguir y a consumir la sustancia psicoactiva, con la siguiente pérdida de interés hacia todo lo que no se relacione con aquella sustancia.

En los Centros de Integración Juvenil se incluyen estas categorías de formas de consumo (véase Tabla 3), pero esta institución incluye en su análisis la frecuencia en el consumo y los problemas asociados acorde a cada categoría (Castillo y Gutiérrez, 2006).

Tabla 3 *Categorías en las formas de consumo de acuerdo a los CIJ.*

Categoría	Experimental	Ocasional	Funcional	Disfuncional	En remisión
Características					
<i>Frecuencia</i>	Uso esporádico (hasta 5 veces en la vida)	Más de 5 ocasiones en los últimos dos años	Uso regular (por ejemplo, diario, cada tercer día) o explosivo (altas dosis en fines de semana o en circunstancias especiales)	Uso regular y explosivo frecuente.	Uso de sustancias psicoactivas en más de cinco años, pero no en el último año
<i>Motivos biopsicosociales</i>	Curiosidad por sentir los efectos de una droga ilícita. Presión de pares.	Circunstancias de convivencia específica con fines recreativos y de socialización.	Fines recreativos, de socialización o bien para mantener un nivel esperado de desempeño. Evitar síntomas incipientes del síndrome de abstinencia	Conseguir los efectos de las sustancias psicoactiva <i>per se</i> y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia	_____
<i>Problemas biopsicosociales asociados al tipo de consumo</i>	Sin problemas psicosociales significativos	No se reportan trastornos psicológicos o de desempeño en actividades estructuradas de forma significativa aunque pueden existir problemas de ajuste familiar o interpersonal	En la percepción del sujeto el consumo de sustancias psicoactivas no afecta significativamente el desarrollo de actividades estructuradas, aunque pueden existir problemas de ajuste familiar, interpersonal y afectivos (por ejemplo, depresión) más o menos persistentes.	Buena parte de las actividades de los pacientes se relacionan directa o indirectamente con el uso de las sustancias psicoactivas (preparar sustancias, conseguirlas, obtener dinero para su compra, etc.) interfiriendo en su desempeño en actividades estructuradas y generando problemas físicos, psicológicos y de ajuste familiar e interpersonal.	_____

En conclusión, es ineludible recordar que el DSM-IV y la CIE-10 brindan un conjunto uniforme de criterios de diagnóstico para todas las sustancias psicoactivas, pero estos manuales obligan a todos los trastornos de dependencia a sustancias a entrar dentro de sólo dos fenómenos (abuso o dependencia) sin una metodología para valorar la severidad de este trastorno (Washton y Zweben, 2008).

Estos esquemas de diagnóstico omiten el hecho de que las drogodependencias no es un fenómeno exclusivamente biológico, sino que se puede caracterizar por un consumo continuo y recurrente *no patológico o no problemático*. A pesar de la creencia popular, de estereotipos y de prejuicios, muchas personas son capaces de consumir sustancias psicoactivas legales o ilegales a un grado que no corresponde con exactitud al perfil de abuso o dependencia.

1.7 Tendencias del patrón de consumo 1988-2010.

Con la intención de analizar el impacto de las drogodependencias en la población mexicana, Galván, Ortiz, Soriano y Casanova (2005), llevaron a cabo un análisis de las encuestas realizadas por la Secretaria de Salud entre 1988 y 2002 sobre las tendencias de consumo de drogas en la cual determinaron que entre lo más destacado de éstas se encontró el consumo estable de la marihuana y el incremento del uso de la cocaína junto con una disminución en el consumo de inhalables. Este fenómeno se observó particularmente durante la década de 1990. En sujetos con edades que oscilaban entre los 12 y 65 años de edad, las tendencias obtenidas por encuestas nacionales en hogares; realizadas por la Secretaria de Salud muestran que en 1988 las sustancias psicoactivas ilegales de mayor consumo eran la marihuana (2.99%), los inhalables (0.76%), la cocaína (0.33%) y los alucinógenos (0.26%). Para el año de 1993, la marihuana presenta un ligero aumento, sin embargo, el consumo de cocaína se incrementó presentando una prevalencia similar a la de los inhalables (0.56% y 0.5% respectivamente). En los siguientes cinco años, el uso de cocaína (1.45%) se situó por arriba del de inhalables (0.8%). Para el 2002, se advirtió una estabilización en el uso de estas sustancias. En cuanto a las sustancias psicoactivas de utilidad médica como son los tranquilizantes, las anfetaminas y los sedantes, se han observado ligeras variaciones en su uso.

Ya para el 2010 se realizó una selección de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en todos los estados del país y se llevó a cabo un estudio estadístico que comprende el primer semestre (enero-junio) de dicho año (Gutiérrez y Castillo, 2011). Este estudio proporcionó datos de las características sociodemográficas (sexo, edad de ingreso al tratamiento, estado civil, escolaridad y ocupación), el patrón de consumo de sustancias psicoactivas (edad de inicio en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, edad de consumo de alguna sustancia psicoactiva por primera vez, sustancia de mayor impacto en el primer semestre del 2010) y problemas asociados al consumo de la población usuaria de los servicios que ofrecen los CIJ. Los datos corresponden a 11758 consumidores de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas entre los 9 y 45 años de edad que ingresaron por primera vez a tratamiento a alguna de las 94 unidades de atención de CIJ en todo el país y que proporcionaron información de consumo de sustancias psicoactivas.

Analizando estos estudios (Fig. 1), se determinó que el sexo masculino es más susceptible al consumo de sustancias psicoactivas con edades que fluctúan entre los 15 y los 24 años de edad (solteros), rango que comprende la etapa de desarrollo de la adolescencia.

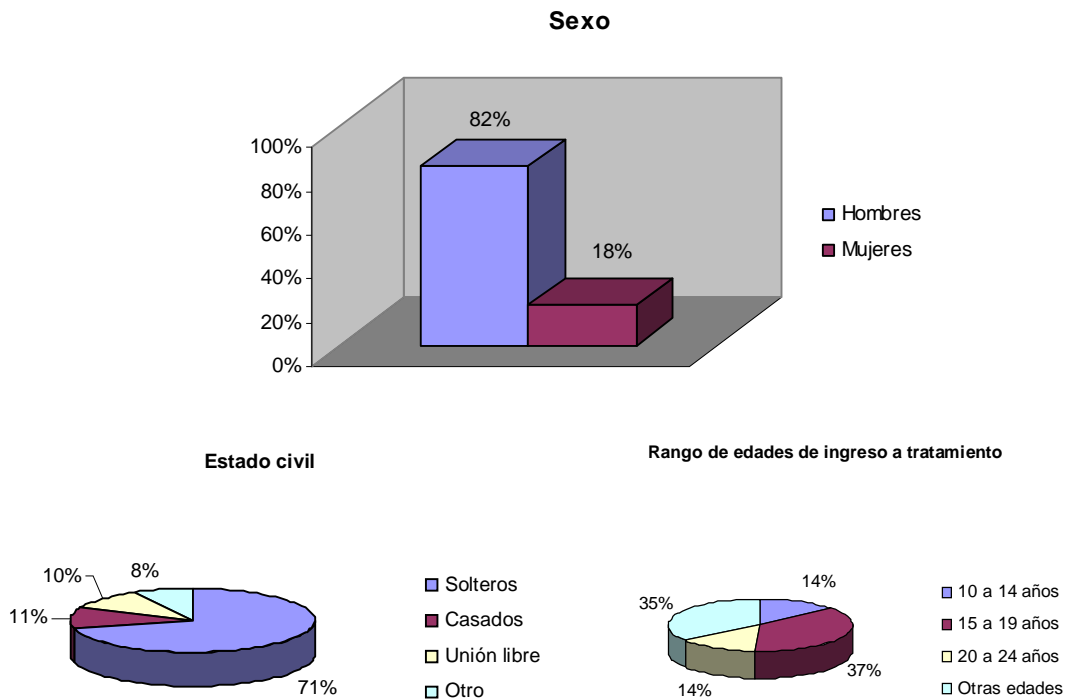


Fig. 1 Porcentajes correspondientes al sexo, edad y estado civil de los individuos que ingresaron por primera vez a un CIJ en el primer semestre del 2010

Asimismo, la mayoría de los sujetos son trabajadores, seguidos por estudiantes, quedando en tercera instancia personas desempleadas. En este rubro, el nivel educativo de más prevalecía en los sujetos fue la educación secundaria y bachillerato sucesivamente (Fig. 2).

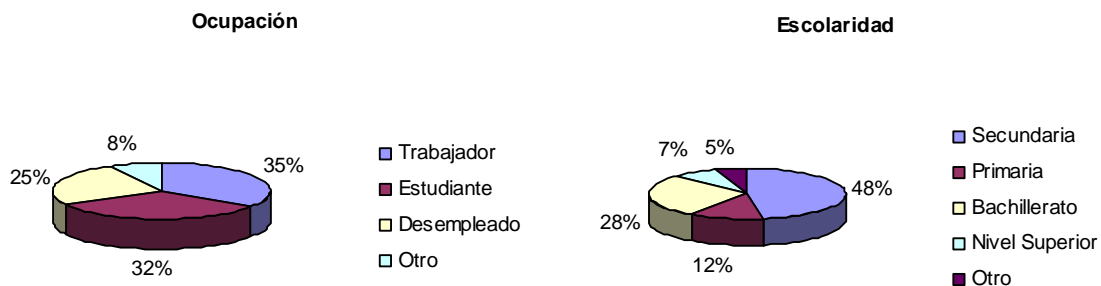


Fig. 2 Porcentajes correspondientes a la ocupación y escolaridad de los sujetos que ingresaron por primera vez a un CIJ en el primer semestre del 2010.

Concerniente a las sustancias psicoactivas consumidas en la vida de los sujetos, el tabaco, el alcohol, el cannabis y la cocaína fueron las sustancias más reportadas en los CIJ en el último semestre del 2010 (Fig. 3).

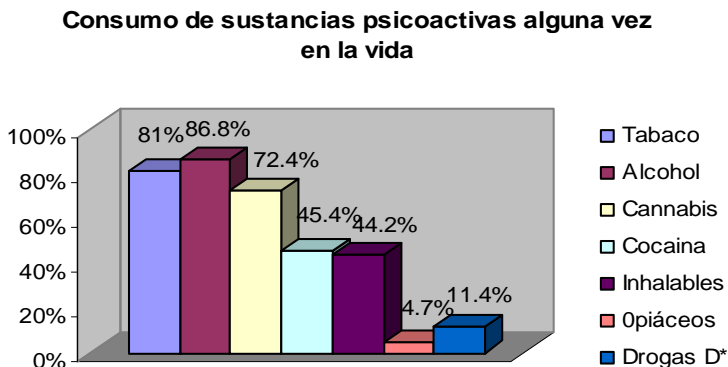
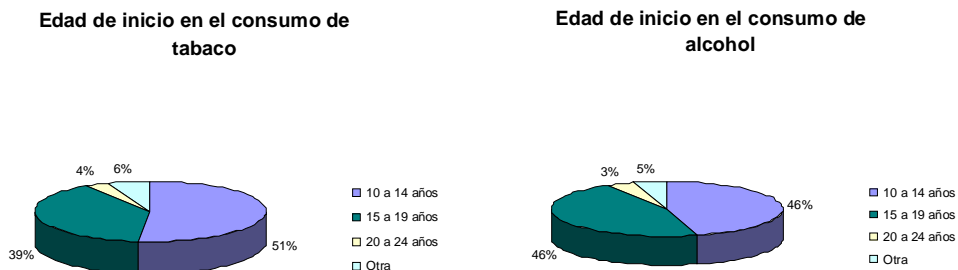


Fig. 3 Porcentajes correspondientes a las sustancias psicoactivas consumidas en alguna ocasión por los sujetos que acudieron a tratamiento en un CIJ durante el primer semestre del 2010.

* Sustancias Psicoactivas de Diseño.

Una tendencia interesante de los sujetos que ingresaron a un CIJ en el 2010 es que comenzaron el consumo de alguna sustancia de forma gradual, iniciando el consumo con sustancias psicoactivas lícitas, como son el tabaco (en un rango de edad de los 10 a los 14 años) y el alcohol (10 a 19 años) continuando con sustancias ilícitas (con edades que fluctúan entre los 10 y 19 años).



Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas

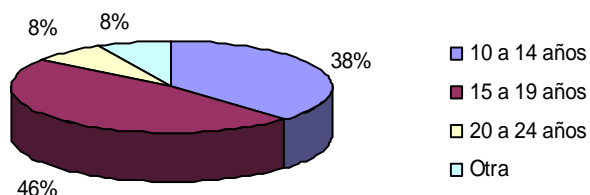
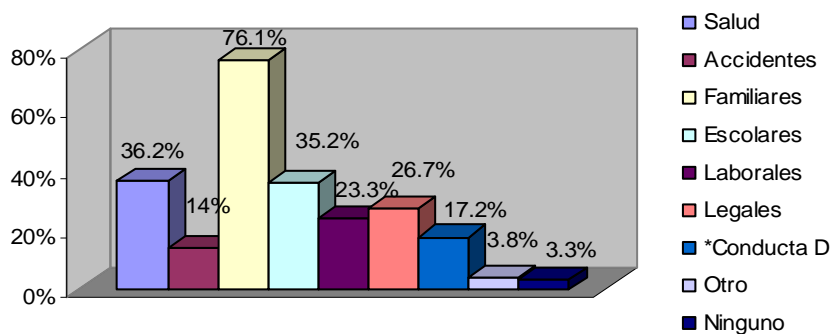


Fig. 4 Porcentajes correspondientes a la edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol así como la edad correspondiente al primer consumo de sustancias psicoactivas ilícitas de los individuos que ingresaron por primera vez a un CIJ en el primer semestre del 2010.

Para determinar la sustancia psicoactiva de mayor impacto individualmente, el estudio arrojó que la marihuana fue la más significativa, seguida de los inhalables, el alcohol y la cocaína respectivamente. Paralelamente, los problemas derivados por el consumo más significativos fueron los familiares, de salud y escolares (Fig. 5).

Problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas



Sustancia psicoactiva de mayor impacto en el primer semestre de 2010

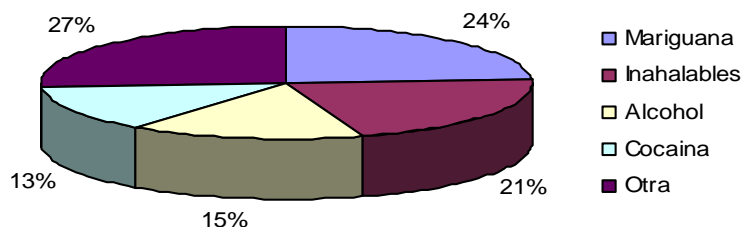


Fig. 5. Porcentajes correspondientes a la sustancia psicoactiva de mayor impacto y problemas reportados por consumo de acuerdo a los CIJ en el primer semestre del 2010.

* Conducta delictiva

Como sucede en las demás conductas humanas, en el consumo de sustancias psicoactivas pueden observarse unas secuencias de desarrollo definidas, dichas etapas son el resultado de la interacción entre los factores individuales y sociales que facilitarán o interrumpirán la progresión en el consumo. Sin embargo, la formulación de estos estadios no implica que el sujeto el cual consume una determinada sustancia deba necesariamente consumir la siguiente, sino más bien que la mayoría de los sujetos que se encuentran en una determinada etapa han consumido las sustancias que conforman las fases anteriores. El consumo de una sustancia psicoactiva situada en los primeros estadios es una condición necesaria, pero no suficiente para la progresión a un estadio posterior (González Calleja, González y García-Señorán, 1996).

Por lo tanto, el análisis de los estudios antes expuestos permiten identificar empíricamente algunos de los factores que pueden influir en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas como son el sexo, la edad, el nivel educativo y la ocupación de los sujetos que acudieron a un CIJ durante el primer semestre del 2010.

En síntesis, es indudable que el fenómeno de las drogodependencias requiere soluciones urgentes. Las tendencias de este problema son dramáticas, pues afecta de forma significativa a la población adolescente de este país. Aunado a esto, un contexto social sensible a esta problemática es el familiar, considerando éste como un indicador de análisis para elaborar programas de tratamiento que no sólo identifiquen al consumidor de sustancias psicoactivas individualmente sino también como parte de un sistema de interacción (la familia) que es significativo en el éxito o fracaso de un programa de intervención.

Simultáneamente, en los puntos anteriores también quedó evidenciada la dificultad que se tiene al intentar definir teóricamente conceptos como sustancia psicoactiva, adicción, dependencia física, formas de consumo y la drogodependencia misma. Esta complejidad no sólo se presenta al citar las definiciones que circundan alrededor de este fenómeno, sino también al intentar explicar la génesis y mantenimiento de las adicciones en donde, quizá, esta complicación metodológica se deba a que los procesos de abuso y adicción a sustancias psicoactivas se ha insertado en múltiples esferas de la vida del hombre.

1.8 Modelos de explicación de las drogodependencias.

Debido a la dinámica y crecimiento exponencial de este fenómeno, tal como se ha analizado en el apartado 1.7, especialistas de diversas ramas de la ciencia han aportado, desde su propia perspectiva y campo de acción, modelos teóricos de explicación acerca del inicio-mantenimiento de las drogodependencias tomando como unidades de análisis los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, políticos o económicos con el objetivo de elaborar programas de prevención y tratamiento eficaces para controlar o tratar este fenómeno. Aunque, y sin demeritar la importancia u aportaciones de estos modelos, cada uno de ellos ha elaborado marcos que resultan parciales al momento de explicar esta problemática. Bajo estos argumentos, se está de acuerdo con Carballeda (1991) en lo siguiente:

La drogodependencia se presenta como un fenómeno sumamente complejo y de enorme connotación social. El consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales se incrementó significativamente en los últimos cuarenta años, multiplicándose igualmente campañas preventivas, las instituciones de rehabilitación, los planes y programas específicos, etc....la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (LICAD) dependiente de la Organización de Estados Americanos, subrayó la importancia de contar con un enfoque integral que abarque todos los aspectos del fenómeno....Las múltiples lecturas posibles del fenómeno de las drogodependencias deben confluír para conformar una perspectiva totalizadora que no obstante defina, en el caso de la práctica concreta, los espacios de acción que corresponden a cada uno de los enfoques (pp. 7-8).

Conforme a lo anterior, en los siguientes párrafos se citarán los modelos teóricos de explicación de las drogodependencias así como las estrategias de cada uno de éstos para

intervenir en los procesos de abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Cabe destacar que los modelos que se explicarán a continuación han sido organizados bajo una connotación histórica lineal. Por ello, se citará en primera instancia el modelo ético-jurídico, el cual fue el primero en identificar el consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas como un problema en las sociedades occidentales (Massun, 1991).

De la misma forma, se expondrá, sucesivamente, el modelo sociológico, el modelo médico y el modelo biopsicosocial en drogodependencias.

1.8.1 El modelo ético-jurídico.

El modelo ético-jurídico surgió en los años cincuenta. Durante los primeros años de esta década el fenómeno adictivo no era considerado un problema de gran importancia. Las sustancias psicoactivas de mayor consumo se ubicaban dentro de la esfera de los opioides, observándose a su vez un incremento en el uso de alucinógenos en sectores de la población diferentes de los habituales en la sociedad estadounidense. El enfoque ético-jurídico ponía acento en la potencialidad de las sustancias. La marihuana, por ejemplo, era llamada la “yerba asesina” (the killer weed) a partir de la asociación que se hacía entre ésta y la delincuencia. De la misma forma, en países como Estados Unidos e Inglaterra, el consumo de sustancias psicoactivas se relacionaba con la marginación y la delincuencia (Carballeda, 1991).

La aparición de esta modalidad de consumo coincide de forma clara con los cambios que se generaban en las distintas sociedades a partir de la post-guerra. Existía por un lado, y especialmente en los Estados Unidos, un gran descreimiento en los sectores juveniles respecto a los valores que eran considerados tradicionales. Ese malestar puede sintetizarse bajo los siguientes conceptos: ante la moral puritana, sexo libre; ante un cuerpo sin plasticidad, las nuevas danzas de la época y ante una mente alienada una mente abierta (Carballeda, 1991).

Estas características pueden dar una idea de las condiciones globales predominantes que favorecieron el inicio del fenómeno del uso indebido de sustancias psicoactivas a partir de cierta actitud contestaria y de apertura hacia una percepción diferente. Es posible que debido a la dificultad de interpretar estos hechos, el consumo de sustancias psicoactivas fuera calificado rápidamente como “vicio”, insistiéndose en la relación uso-delincuencia. De igual manera, el consumidor era considerado un ser moralmente vulnerable que permitía el ingreso de una sustancia “potencialmente adictiva” capaz de generar el fenómeno adictivo.

Es más, las descripciones antes citadas influyen en la población que se ve inmiscuida en el fenómeno de las drogodependencias al momento de solicitar algún servicio de prevención o tratamiento.

Respecto a la adicción interpretada como “vicio” y su solución, esto se refiere a que en la sociedad prevalecen creencias populares que consideran la fuerza de voluntad como el factor único y decisivo en la reversión de un trastorno adictivo. Desde esta postura, se sostiene que no se considera necesario utilizar Servicios de Salud (SS), pues el cese de consumo parece depender únicamente de una decisión del individuo. Se señala además que, cuando se asume esta posición, en gran medida se pasa por alto la dependencia y se desdén el uso de recursos psicológicos, capacidades instrumentales, terapias farmacológicas y apoyo emocional, así como la participación social y familiar. En otras palabras, se desecha la idea de que se requiera una intervención terapéutica especializada, con el agravante y estigma de que utilizar los SS significa reconocerse públicamente como adicto y ser potencialmente excluido de los grupos sociales (Nuño, Álvarez, González y Madrigal, 2006).

Estos autores perciben que, cuando la gente asume a la adicción como vicio, esto provoca reacciones afectivas que parecen obstaculizar el uso de los SS. En cambio, cuando la imagen de la adicción equivale a la de enfermedad (bajo el modelo médico-sanitarista), automáticamente se asocia a proponer una intervención profesional para solucionarla.

Desde esta perspectiva, se sugiere que la población concibe la imagen de la adicción como una dimensión continua y no polarizada entre el consumo como vicio y el consumo como enfermedad. Todo parece indicar que el elemento central de transición entre la imagen de vicio hacia enfermedad es la sensación de pérdida de control sobre el consumo de sustancias psicoactivas. Esta sensación de pérdida de control aparecería ante el fracaso de las estrategias de afrontamiento que emprenden los sujetos con sus familias ante la presencia de los problemas asociados al consumo. Esta conjunción de factores fue lo que permitió la redefinición de la imagen como enfermedad y la disposición para el uso de SS.

En síntesis, este modelo tiene un peso importante para que un sujeto solicite o no servicios de tratamiento, pues la concepción social de prejuicios, estigmatización y atribuciones de “vicio” son significativos. También, en este modelo se presta atención a la producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas como ilegales; de allí que se caracterice por su corte prohibitivo y represivo dirigido ante todo al orden y salud social.

Su estrategia para mitigar esta problemática se fundamenta en la transmisión de información concerniente a los daños producidos por las sustancias psicoactivas ilegales y los castigos o consecuencias de tipo jurídico que acarrea la producción, distribución, consumo,

porte o venta de sustancias psicoactivas. Es por ello que su modo de intervención se centra en la protección del individuo consumidor con medidas legislativas y su tratamiento en la reeducación de los sujetos que se encuentran al margen de la ley. Además, se establece una relación de analogía entre sustancia psicoactiva ilegal (considerando el uso inadecuado que se le da a ésta) y delito, que presenta a la delincuencia como una característica propia e inherente a las personas relacionadas con las sustancias psicoactivas ilegales.

1.8.2 Modelo sociocultural.

En esta perspectiva, se resalta el control de la sociedad y la religión ejercen sobre el uso de la sustancia adictiva desde los significados atribuidos, usos rituales, costumbres así como la regulación de la relación placer-cuerpo. La pérdida de controles religiosos y sociales puede provocar que una sustancia psicoactiva pase a dar problemas. Así, el freno del placer y la restricción por la norma y la disciplina pierden un sentido religioso para tomar un significado por conveniencia social o bien técnico y científico; es decir, pierde un significado absoluto con alta implicación personal (apoyo divino y recompensa eterna) para tomar un significado por conveniencia (aceptación social), conjetural, provisional o sometido a prueba (científico) y con mucha menor implicación personal (Moral, 2006).

Del mismo modo, en este modelo se destaca el papel que la socialización marginal está jugando en las sustancias psicoactivas ilegales, constituyendo un modo de vida, enriquecimiento y prestigio en grupos de jóvenes marginados. A su vez, se remarca el inmenso negocio en el que se ha convertido el tráfico ilegal de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, se distingue que entre los individuos de las clases sociales más marginadas; es decir de los grupos sociales que han perdido o carecen de derechos que les corresponderían dentro de la sociedad a la que pertenecen, hay un intenso malestar. Malestar que encuentra fácil alivio con el consumo de sustancias psicoactivas, si estas se hallan disponibles. Al poseer los reforzadores sociales más valiosos aunque con escasa fuerza por su carencia e inaccesibilidad, al igual que las normas de sacrificio y restricción para lograrlos, el potencial de abuso es alto (Moral, 2006).

En resumen, el modelo sociocultural sirve como elemento de análisis y estudio de la relación sustancia psicoactiva-cultura, tanto desde una perspectiva histórica como actualizada. La clasificación de sustancias psicoactivas que propone este modelo se focaliza en los distintos patrones culturales y en las consecuencias sociales de uso (existe en este

aspecto alguna vinculación con el modelo ético-jurídico). De esta forma, el consumidor o adicto queda ligado a una victimización que es relacionada rápidamente con el contexto.

1.8.3 Modelo médico-sanitarista.

Cuando se habla de las tendencias de consumo de sustancias psicoactivas, en la literatura (Massun, 1991; Velasco, 1997) ésta se refiere a la “epidemiología” en el consumo de sustancias. Es importante señalar que el término “epidemiología” es manejado en el lenguaje técnico del modelo médico.

Así como éste, en el estudio de las drogodependencias se manejan términos como “etiología”, “paciente” (sujeto consumidor), implicando el predominio de tecnicismos pertenecientes a este modelo en el análisis de las adicciones. Este predominio no es accidental, sino es una hegemonía que fue precursora en la comprensión del fenómeno.

Indicando los alcances del concepto de epidemiología, éste habla de la “historia natural de alguna enfermedad porque se ha observado que cuando un virus o bacteria (agente) penetra en el organismo (huésped), la enfermedad sigue un curso determinado dependiendo de la susceptibilidad del huésped (Castro 1994).

Entonces, cabría preguntarse lo mismo con el consumo de sustancias psicoactivas; es decir, si en sentido estricto una vez que se ingiere una sustancia psicoactiva se desencadena un proceso natural que lleva a la adicción, pues, al abordar el tema de la evolución natural del consumo de sustancias psicoactivas implica estudiar el proceso, la etiología y considerar una serie de aspectos del modelo epidemiológico del cual se deriva este planteamiento.

De acuerdo con Castro (1994), la definición moderna de epidemiología incluye el estudio de las enfermedades no infecciosas; por ejemplo, actualmente se habla de la epidemiología del cáncer y por extensión de epidemiología de fenómenos sociales que no pueden considerarse como enfermedades propiamente dichas, pero en la que es posible identificar los elementos que caracterizan el modelo médico-sanitarista: fuentes de variación, agente, huésped y medio ambiente facilitador.

El uso y abuso de sustancias psicoactivas es un fenómeno social, al que con frecuencia se aplica este modelo y la analogía con las enfermedades infecciosas. Sin embargo, es importante tomar en cuenta sus diferencias de las cuales, las más importantes son las siguientes (Castro, 1994):

1. La definición del caso no es tan clara como las enfermedades infecciosas. Las categorías de uso, abuso y adicción no se correlacionan directamente con el grado de gravedad de las consecuencias (leves, moderadas, graves), debido a que el criterio médico no es el único relacionado con la evaluación de la magnitud del problema.
2. La voluntad del individuo que consume sustancias psicoactivas (huésped), por participar e involucrarse con el agente (la sustancia misma), al menos cuando el consumo se inicia.
3. El hecho de que el agente tenga un efecto negativo en la sociedad, el medio ambiente y los individuos aun antes de entrar en contacto con el huésped. En efecto, el proceso de producción, venta y distribución, por su carácter ilegal, puede resultar sumamente dañino para el individuo y la sociedad, pues complica a los usuarios regulares de la sustancia psicoactiva y también a los individuos que no la consumen.
4. Otra diferencia es que el fenómeno produce un impacto negativo en la economía, la política de las naciones y en la sociedad en su conjunto.

En síntesis, este modelo se caracteriza por no hacer distingo entre el carácter legal o ilegal (si fuera así, se atendería a la clasificación jurídica) de las sustancias psicoactivas, también establece una relación de similitud entre drogodependencia y enfermedad dentro de la cual la sustancia psicoactiva es agente, el individuo el huésped y el contexto el medio; de allí que se trate al drogodependiente como un enfermo al cual hay que atender terapéuticamente. Es por ello que opera desde la desintoxicación y entiende el consumo como algo externo al individuo. Desde esta perspectiva, se da un valor primordial a la salud en lo referente a su cuidado y conservación.

1.8.4 El modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial de las drogodependencias es el modelo predominantemente aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de sustancias psicoactivas, con independencia de las sustancias psicoactivas de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de sustancias psicoactivas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto (Secades y Fernández, 2003).

Es más, el modelo biopsicosocial no solamente ha sido construido teóricamente para analizar la dinámica del problema de las adicciones, sino también se ha utilizado como base teórica para analizar múltiples fenómenos que se manifiestan en la vida del ser humano.

En esencia, se está de acuerdo con Díaz (2003) al definir el modelo biopsicosocial de la siguiente manera:

Como enfoque biopsicosocial se entenderá como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulación de los tipos de papeles sociales que hay que llenar, las reglas de interacción de los individuos en tales papeles, y los dónde, cuándo, con quién y cómo desempeñarlos. Todo esto es válido para la interacción dentro de la familia, la familia colateral, los grupos, la sociedad, las superestructuras institucionales: educacionales, religiosas, gubernativas, y para tales problemas como los desiderata principales de la vida; los problemas de la sexualidad, la masculinidad y la femineidad, la economía, la muerte, etc. Precisamente, se considera un error histórico desusadamente persistente, el que los personólogos desde Freud hayan querido encontrar el por qué del comportamiento humano exclusivamente dentro del individuo: se arguye que la parte más importante de éste *por qué* debe buscarse en la circunstancia histórico-sociocultural en la que han nacido y crecido. De allí que se destaque la importancia concluyente del desarrollo de las necesidades biopsíquicas en ese ámbito y se distingua, como medular, al proceso de cambio (pp. 50-51).

Efectivamente, el modelo biopsicosocial ha sido concebido para el estudio de todas las facetas de la vida del ser humano integralmente, incluyendo el análisis de la génesis y el mantenimiento de las drogodependencias, pero comprendiendo de antemano que éste es un fenómeno sumamente complejo.

En cuanto a esta complejidad, los factores asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas, en su conjunto, inducen repercusiones que son facilitadoras para que se concrete el fenómeno de las drogodependencias, pero estos factores deben ser analizados y ordenados de tal forma que el profesional clínico no obtenga conclusiones en base a conexiones que asimilen un solo rasgo (delito, vagancia, malas compañías, locura) como causante de todo el fenómeno.

Por ello, los especialistas en drogodependencias conciben al fenómeno como multifactorial (Puentes, 2004). Esto quiere decir que ningún factor o variable, ningún condicionante, por significativo que parezca, explica la totalidad de un caso. Como multifactorial se pretende explicar que la adicción a sustancias psicoactivas es consecuencia de la relación dinámica de un conjunto de condiciones y que el fenómeno no sólo se concreta a nivel individual, sino también a otros niveles de interacción.

Enfatizando lo anterior, en el modelo biopsicosocial orientado al análisis de las drogodependencias continua con la relación sustancia psicoactiva-individuo-ambiente, pero *centra* su mirada en el individuo. Este modelo reconoce que los posibles factores precipitantes de una conducta adictiva deben ser considerados de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento del problema, el abandono de la conducta o la recaída posterior. Además, la importancia relativa de los diferentes factores no es la misma en cada individuo particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un individuo.

Al incluir en esta exposición el término *factores*, se hace alusión a las condiciones que pueden o no provocar que un sujeto sea adicto a sustancias psicoactivas. Por ser ya referido con anterioridad dentro del modelo biopsicosocial, a continuación se citará la definición e implicaciones de este concepto.

1.8.4.1 Factores de riesgo y protección.

El concepto de factor de riesgo proviene de la epidemiología clásica y hace referencia a la frecuencia y distribución en la población de ciertos agentes causales relacionados con la aparición de una determinada patología orgánica (López, 2006).

De acuerdo con el mismo autor, se entiende por *factores de riesgo* aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio/mantenimiento del uso y abuso de sustancias psicoactivas. Asimismo, los *factores de protección* se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de estas sustancias. Se entiende que estos factores moderan o mediatizan los efectos de exposición a riesgos del ambiente o el individuo. Es importante indicar que los factores de riesgo y protección no son polos opuestos de un mismo continuo, sino realidades distintas que interactúan entre sí. La mayoría de las personas están normalmente expuestas tanto a factores de riesgo como a factores de protección y la probabilidad de que aparezcan problemas de abuso de sustancias psicoactivas

se incrementa si el número de factores de riesgo aumenta en comparación al número de factores de protección a los que esté expuesto el individuo.

Además, la exposición a ambos tipos de factores no es estable, sino que pueden variar en su importancia dependiendo la edad y la historia de vida del individuo. Es decir, algunas variables que intervienen en la génesis de las drogodependencias tienen más o menos peso en función de otras variables. Por ejemplo, los padres pueden tener un mayor poder de influencia en edades tempranas del individuo, mientras que los grupos de iguales parecen tener mayor influencia durante la adolescencia⁷.

Por otra parte, ciertos factores de riesgo y protección estarían asociados a determinadas sustancias, de tal manera que su influencia no se podría extrapolar a cualquier tipo de sustancia psicoactiva. Entre las conclusiones más importantes sobre los factores de riesgo, Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez (2004) destacan las siguientes:

1. Existen factores asociados al uso de sustancias psicoactivas y factores relacionados con la abstinencia de la misma. Los factores de riesgo y protección no son extremos; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa.
2. Estos factores se refieren a dos clases: los relacionados con el individuo (intrapersonales e interpersonales) y los relacionados con el contexto (ambientales).
3. Cuanto mayor sea la concentración de estos factores mayor será el riesgo y protección.
4. Existen diferentes factores de riesgo para los diferentes tipos de sustancias.
5. Los factores de riesgo del inicio de sustancias psicoactivas no tienen porque coincidir con otras etapas de consumo.
6. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.
7. Algunos factores son más remotos, causas relativamente indirectas de la conducta (aunque no por ello menos importantes). Su efecto se encuentra mediado por otros que se encuentran más próximos al individuo.

⁷ Como se observó, una tendencia a considerar es el rango de edad en la cual los sujetos inician el consumo de sustancias psicoactivas en México. Este rango coincide con la etapa del desarrollo de la adolescencia definida como la transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos-cognoscitivos (Papalia, Olds y Feldman, 2005). Por lo general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad. La adolescencia dura aproximadamente de los 11 o 12 años a los 19 o inicio de los 20.

8. Se han encontrado factores de riesgo y protección que son comunes a una amplia variedad de conductas problemáticas o desadaptadas propias de la adolescencia o juventud.

Asumiendo estas características, los factores de riesgo se han organizado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: contextuales e individuales (interpersonales). La primera de ellas incluiría una amplia gama de factores sociales y culturales que tienen que ver con normativas legales y la aceptación social del consumo de sustancias psicoactivas. El segundo grupo de variables incluye aspectos relativos a los individuos y sus ambientes interpersonales (la familia, la escuela y el grupo de amigos (López, 2006).

En un trabajo clásico, Hawkins, Catalano, y Miller (en; López, 2006) describen los factores de riesgo para los problemas de consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia (véase tabla 4). Estos autores dividen los factores de riesgo en dos categorías. La primera hace referencia a los factores sociales y culturales (contextuales). El segundo grupo incluye a los factores que tienen que ver con el individuo y sus ambientes interpersonales, en donde los principales son incluyentes la familia, la escuela y el grupo de amigos.

Tabla 4. *Factores de riesgo para los problemas de abuso a sustancias psicoactivas*

FACTORES CONTEXTUALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Leyes y normas favorables al consumo 2. Disponibilidad 3. Deprivación económica 4. Desorganización comunitaria

Tabla 4. *Continuación*

FACTORES INDIVIDUALES E INTERPERSONALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factores fisiológicos (genéticos) 2. Consumo y actitudes de la familia hacia el alcohol 3. Manejo familiar pobre e inconsistente 4. Conflicto familiar 5. Bajo vínculo familiar 6. Conductas problemáticas tempranas y persistentes 7. Pobre rendimiento académico 8. Bajo compromiso con la escuela 9. Rechazo de iguales 10. Consumo de sustancias psicoactivas de los iguales 11. Presión de pares 12. Alienación y rebeldía 13. Actitudes favorables al uso de sustancias psicoactivas 14. Comienzo temprano en el consumo de sustancias psicoactivas

Nota. De “Drogas y adicciones en la sociedad actual”, por R. F López, 2006, España: Editorial Universidad de Almería. Adaptado.

Por último, González Calleja, García-Señorán y González (1996), agrupan los factores de riesgo en *individuales* y *sociales*. Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que tienen una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de los factores sociales, se diferencian el *nivel microsocioal* y *macrosocioal*. El nivel microsocioal se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la familia, el grupo de iguales y la escuela. El segundo nivel agrupa los factores de riesgo externos del individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo individuales, micro y macrosociales para el consumo de sustancias psicoactivas.

Factores individuales	
Fisiológicos	De personalidad
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Predisposición genética ➤ Sexo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda de sensaciones ➤ Alto nivel de inseguridad ➤ Locus de control externo ➤ Rebeldía ➤ Baja tolerancia a la frustración ➤ Conocimientos sobre los efectos dañinos de las sustancias psicoactivas ➤ Creencias (sistema de valores) ➤ Actitudes para con las sustancias psicoactivas (negativas o positivas) ➤ Expectativas para con el consumo de sustancias psicoactivas ➤ Factores comportamentales (Problemas de conducta y conductas desaprobadas socialmente)
Factores sociales	
Nivel microsocial	Nivel macrosocial
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Influencias parentales ➤ Influencias de los hermanos ➤ Influencias de los compañeros-amigos ➤ Factores escolares (características de la escuela, insatisfacción escolar, bajo rendimiento académico) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Influencia de los medios de comunicación ➤ Oferta y disponibilidad de las sustancias

Otro factor que corresponde al nivel microsocial (en este caso familiar) es el aplazamiento de la independencia del sujeto a causa de algunas contingencias sociales (ocupacionales, habitacionales), la mayor escolarización y la “hipercompetencia” de muchos padres, que no renuncian su rol de omnipotentes protectores de sus hijos incluso cuando estos últimos hace tiempo han superado la niñez: he aquí algunos de los factores más importantes que contribuyen a hacer indefinible la “edad de la adolescencia” y en particular su término. Esta dilatación del periodo de la dependencia de los padres suele facilitar el envasamiento del

hijo en las vicisitudes paternas, retrasando la desvinculación y la autorresponsabilización. En esta situación, el sujeto, si sufre, puede ser inducido a creer que el consumo de sustancias psicoactivas representa un modo de acortar el camino hacia el estatus adulto (Cirillo, Berrini, Cambiazo y Maza, 1999).

Respecto a los factores de personalidad, estos han acaparado la atención de numerosos investigadores. Los estudios sobre la personalidad del drogodependiente son muchos y dispares sus resultados; por una parte se tienen aquellos en que no se manifiestan rasgos diferenciales entre los sujetos drogodependientes y los no consumidores, y otros en donde se admite que existe una personalidad prototípica (González Calleja, et. al).

Es así que, el dato más seguro en este rubro sea la ausencia de un perfil psicopatológico típico, mientras que está establecido que la dependencia de sustancias representa un síntoma común a diferentes formas de trastornos psíquicos, en cada uno de los cuales desarrolla una función diferente. Se pueden individualizar dos modalidades diversas de observación en los estudios relativos a la personalidad del drogodependiente: la primera pertenece a las experiencias hechas por los psicoanalistas en el curso de procesos psicoterapéuticos individuales; la segunda concierne a indagaciones psiquiátricas más o menos amplias de los casos examinados (con o sin grupos de control) a través de instrumentos diagnósticos estandarizados (pruebas, cuestionarios, escalas de medición, aplicación de criterios diagnósticos (Cirillo, et. al).

En conclusión, las drogodependencias es un fenómeno complejo. Como complejidad se entiende que en el fenómeno de las drogodependencias se ven involucrados una gran cantidad de elementos biológicos, psicológicos y socioculturales en el diagnóstico del abuso y adicción a sustancias psicoactivas. De la misma forma, debido a la gran cantidad de metodologías para su explicación, hay modelos que abordan a las drogodependencias desde ópticas y ángulos diversos. Por ende, el modelo biopsicosocial integrador como lo configura Díaz (2002); enfocado al estudio de las drogodependencias, están incluidos los elementos orgánicos (predisposición genética), los psicológicos individuales (como pueden ser los estados de ánimo y los motivos en el momento en que se consume una sustancia psicoactiva, rasgos de personalidad), culturales (sustancias psicoactivas permitidas o prohibidas según las costumbres, ideología o postura de consumo en un grupo social determinado) o sociales (relaciones interpersonales entre pares, clase social, tipología de familia, nivel de escolaridad, el vecindario, etc.) .

También, el modelo biopsicosocial permite analizar la dinámica de relación del drogodependiente con su familia en el inicio, mantenimiento, diagnóstico y tratamiento de las drogodependencias. Se está de acuerdo con Orte Socías (1994) cuando comenta lo siguiente:

La intervención de las drogodependencias sólo puede producir resultados positivos cuando se fundamenta en una visión global de la problemática del objeto de actuación...Por tanto, el fenómeno de la drogadicción presenta una importante complejidad metodológica y teórica para su abordaje, tanto en su conocimiento como en su intervención. De esta manera, es necesario un análisis parcial de aquellos aspectos que contribuyen, por una parte al inicio y al mantenimiento del consumo de drogas, y por otra parte a la prevención, al tratamiento y a la reinserción eficaces del sujeto drogodependiente. Así la familia -entendida en una dimensión amplia y no reduccionista- se presenta como uno de los factores e instituciones clave en el conocimiento de las causas que posibilitan el consumo y abuso de sustancias psicoactivas (pp. 11-12).

Efectivamente, desde ahora y de acuerdo a lo observado con los problemas asociados con las tendencias de consumo, se considerará a la familia del drogodependiente como el contexto social primario de éste (sin dejar a un lado la importancia terapéutica a otros contextos sociales); pues, sin lugar a dudas, es en la familia en donde se adquiere todo ese sistema de valores, percepciones y, en sí, el desarrollo integral de cualquier sujeto.

Sin embargo, a pesar del discurso o argumentos de los especialistas acerca de analizar e intervenir estratégicamente en el fenómeno bajo diversas aristas observables, este acercamiento es llevado a cabo bajo un modelo multifactorial que se configura por causalidad lineal centrando la mirada en el individuo.

Asimismo, independientemente de la ventaja que ofrece el modelo biopsicosocial al considerar que la familia puede jugar un papel significativo en los procesos de abuso y adicción; una limitante de las intervenciones derivadas de este modelo (que igualmente comparten los tratamientos médico-biológicos y psicológicos tradicionales) es que éste apunta hacia una intervención individual; es decir, este modelo identifica, analiza y separa uno o más factores de riesgo pertenecientes a la tipología familiar que pueden *influir* para que un individuo abuse y sea adicto a sustancias psicoactivas sin considerar que el comportamiento sintomático del drogodependiente está en *función* y está *conectado con el comportamiento de otros miembros de la familia*.

A partir de esta premisa, ya no se consideraría al sujeto drogodependiente aisladamente ni como un foco de “enfermedad” el cual está expuesto a un conjunto de factores definidos e identificados dentro de características familiares particulares. En lugar de lo anterior, esta investigación documental conceptualiza que la conducta sintomática del sujeto drogodependiente parte de la interacción de él mismo con otros miembros de la familia y, a su vez, los miembros de la familia definen interacciones peculiares en el individuo drogodependiente, analizando ambas partes como constituyentes de un sistema organizado e íntimamente vinculante.

Aun así, los modelos antes citados tienen relevancia, pues éstos son el punto de partida que permiten analizar las adicciones como un fenómeno que se inserta en muchos aspectos de la vida de los seres humanos, análisis necesario para llevar a cabo programas de prevención y tratamiento.

De esta forma, en el siguiente capítulo se expondrán las definiciones básicas acerca de la prevención y tratamiento así como los modelos de intervención en drogodependencias con el objetivo de llevar a cabo un análisis globalizador acerca de este fenómeno.

CAPITULO II

La prevención y tratamiento de las drogodependencias.

Un elemento importante en este capítulo es la necesidad de distinguir entre el concepto de prevención del más específico de programa o programas preventivos porque, como se observará, el primero es metodológicamente pobre, mientras el segundo está sujeto a objetivos y estrategias acorde a dos elementos fundamentales: 1. Los trastornos en los cuales se pretende intervenir y; 2. El abordaje teórico/practico en que descansará dicha intervención.

Para aclarar lo anterior, se debe entender que el termino prevención ha sido utilizado desde hace tiempo y muy ampliamente en diversas disciplinas científicas. En psicología, el concepto se toma prestado por Gerald Caplan del campo de la salud pública en el que se ha utilizado en procedimientos como la educación, higiene, dieta, etc., para prevenir y reducir la incidencia de las enfermedades con el objetivo de aplicarlo a los problemas psicopatológicos (Macia, 1995).

En primer término, el concepto de prevención se refiere a las acciones destinadas para que un hecho o fenómeno (por lo general negativo) no suceda. Es decir, se trata de reducir o eliminar al máximo posible la posibilidad de que un problema se extienda o incluso aparezca, utilizando para ello todos los recursos disponibles dentro de una comunidad dada (Massun, 1991).

En segundo, se define como programa preventivo al proceso activo de implementación de planes de capacitación de profesionales con el objetivo de presentar alternativas o estrategias que se encargarían de promover la creación de condiciones que reduzcan al mínimo posible la incidencia y/o prevalencia de conflictos socialmente relevantes y el estímulo a cambios de actitud, de valores y de comportamiento en las áreas afectiva, intelectual, recreativa, de acción comunitaria, de sentido de pertenencia social, de organización y de metas (Calderón, Ramírez y Jiménez, 2001).

En síntesis, se distingue el concepto de prevención antes citado con el de programa preventivo, entendiendo por éste último como el diseño de un conjunto de actuaciones, entre sí relacionadas, para la consecución de una meta. Con lo anterior se pretende dejar en claro que en ocasiones se confunde o se utilizan inadecuadamente los términos de prevención y programa preventivo. Mientras que la definición de prevención es genérico y carente de significado, el programa preventivo es específico y será más específico conforme vaya

orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas y lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa.

Entonces, en esta investigación documental se entenderá como prevención a todas aquellas acciones destinadas a evitar un problema. Estas acciones serán llevadas a cabo por personal que no necesariamente cuenta con un entrenamiento profesional; a diferencia de un programa preventivo, el cual se compone de objetivos y planes estratégicos metodológicamente definidos y llevados a cabo por profesionales entrenados en la intervención de un hecho identificado como un problema. Se infiere de esta forma que la prevención es un conjunto de acciones informales y un programa preventivo es formal científicamente hablando.

2.1 La definición de prevención en drogodependencias.

Para abordar la prevención adecuada conceptualmente al estudio de las drogodependencias, la OMS (1994) define a la prevención como aquellas acciones encaminadas a “armonizar”, defender y aumentar la salud, entendida no como la simple ausencia de enfermedad, sino como un estado armónico individual y colectivo de bienestar físico, mental y social, para lo cual este organismo estableció, para encaminar acciones preventivas fundamentales, los siguientes objetivos:

- La sensibilización de la problemática sobre el consumo de sustancias psicoactivas en niños, jóvenes y adultos.
- El desarrollo de la conciencia sobre los efectos producidos por dichas sustancias.
- La limitación en cuanto a la disponibilidad de sustancias psicoactivas que sean susceptibles a abuso y adicción, motivando a las entidades u organismos responsables del control de producción/distribución (oferta).
- La reducción del interés por las sustancias psicoactivas susceptibles a abuso y adicción, a través del fomento de programas y actividades que actúen como alternativas frente al consumo inadecuado (demanda).
- Combatir simultáneamente la oferta (componentes de cultivo, fabricación y tráfico ilegal por parte de las autoridades correspondientes a cada nación bajo sus propias políticas) y a la demanda (consumo inadecuado de sustancias psicoactivas, tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes) de sustancias psicoactivas

- El mejoramiento del conocimiento de las causas del problema y la eficiencia de los métodos preventivos.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, los programas preventivos en drogodependencias se han visto en la necesidad de desarrollar, en base a investigaciones formales, múltiples acciones con el propósito de ofrecer atención integral al problema del consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

En este rubro, el NIDA (National Institute on Drug Abuse de E.U.A) ha desarrollado principios que abordan de manera sistemática las acciones que debe considerar algún profesional interesado en construir un programa preventivo, pues este instituto retoma múltiples factores individuales, sociales y contextuales que se ven involucrados en esta problemática. Estos se mencionarán a continuación.

2.2 Principios de prevención en drogodependencias.

Los principios expuestos en los párrafos siguientes son las conclusiones realizadas por el NIDA (2003) acerca de estudios de investigación a largo plazo sobre los orígenes de la conducta de abuso de sustancia psicoactivas y los elementos comunes de los programas de prevención eficaces. Estos principios se diseñaron para ayudar a los profesionales involucrados en la rama de la prevención para tratar el uso inadecuado de sustancias psicoactivas en jóvenes y adolescentes. Los padres, educadores, líderes comunitarios y profesionales pueden usar estos 16 principios como guía para sus ideas, planificación, selección e introducción de programas de prevención del abuso de sustancias psicoactivas:

1. Los programas de prevención deben mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de sustancias psicoactivas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas legales (alcohol, tabaco, inhalables, medicamentos con o sin prescripción) e ilegales.
3. Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de sustancias psicoactivas en la comunidad local, poniendo énfasis en los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.

4. Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.
5. Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir entrenamiento en las habilidades para ser mejores padres; y la práctica para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias así como información y educación sobre éstas.
6. Los programas de prevención se pueden diseñar para una intervención tan temprana como en los años preescolares para enfocar los factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas.
7. Los programas de prevención para los niños de primaria se deberán dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de problemas sociales y apoyo académico (especialmente lectura).
8. Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media (primaria en el caso de México) y de secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes aptitudes: Hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, reafirmación personal y técnicas para reducir la oferta de sustancias psicoactivas
9. Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela primaria, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen específicamente a las poblaciones en riesgo, y por lo tanto, reducen el estigma y promueven una alianza fuerte con la escuela y con la comunidad.
10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes; por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los

medios de comunicación son más efectivos cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de estos ambientes en toda la comunidad.

12. Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación, que incluyen: La estructura (como está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa) y la introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).
13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Según el NIDA, las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela primaria disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.
14. Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en las prácticas para la buena administración de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.
15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de sustancias psicoactivas y en el refuerzo de las habilidades.
16. Los programas de prevención con bases científicas pueden tener un costo-beneficio alto. Al menos en Estados Unidos, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en tratamientos para el abuso de sustancias.

En conclusión, el programa de investigaciones sobre la prevención del NIDA cubre todas las etapas del desarrollo infantil, una combinación de audiencias y ambientes, y la introducción de servicios eficaces a nivel comunitario. El Instituto se concentra en los riesgos para el abuso de sustancias psicoactivas y otros problemas conductuales que ocurren a lo largo del desarrollo del niño. Además, estos principios subrayan los factores de riesgo y protección, las características de la población así como las formas de consumo; no para

identificar uno u otro individualmente, sino integral y complementariamente con la finalidad de construir programas preventivos eficaces.

2.3 Niveles de prevención en drogodependencias.

Parafraseando el principio 12 del NIDA, éste indica que los programas preventivos eficaces deben ser acondicionados a las necesidades de una comunidad bajo tres elementos metodológicos: la estructura de organización, la naturaleza de información/estrategias de acción y la adaptación o evaluación del programa que a su vez dependerán de la aproximación teórica adoptada; es decir, el programa preventivo eficaz está sujeto a elaborar por niveles sus estrategias de acción, por tanto, estos niveles con sus correspondientes estrategias de intervención preventiva serán determinadas desde una óptica particular. De esta forma, la literatura especializada expone niveles en prevención en drogodependencias en que los campos de acción de prevención pueden ser llevados a cabo por personas sin una instrucción clínica formal para el abordaje de esta problemática, por profesionales de las ciencias de la salud especializados en la intervención de las adicciones o incluyendo intervenciones tanto de personal profesional con o sin instrucción clínica. Así, se expondrán los diferentes niveles de prevención que enuncian las características anteriores comenzando con los niveles de prevención inespecífico y específico para después exponer los niveles de prevención primario, secundario y terciario del modelo médico-sanitarista.

2.3.1 Nivel inespecífico y específico.

Estos niveles, ya clásicos en prevención, provienen de la relación que se hace sobre el uso de sustancias psicoactivas y la adopción de una serie de conductas diferentes por parte de una persona, en la cual se concluye que cualquier acción preventiva debe ser válida. Aunque no sea explícita en la prevención del abuso de sustancias psicoactivas, la esencia de la prevención acorde a estos niveles, éstos actúan sobre diferentes esferas del comportamiento y se convierten en más un estilo de vida que acciones propiamente definidas.

En concreto, la prevención inespecífica propone acciones generales de tipo educativo, cultural y recreativo para el trabajo con la juventud, por ejemplo, sin necesariamente involucrar el tema “consumo de sustancias”, ni los factores considerados como de protección y de riesgo. En sí, este nivel de prevención debe su calificativo a que el destinatario no es consciente de que está trabajando con la problemática del abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Para el planificador (que pueden ser sacerdotes, padres de familia sin

instrucción formal en drogodependencias, jóvenes organizados e interesados en prevenir las adicciones, profesores normalistas, etc.) si es específica porque persigue claramente objetivos bien definidos, aunque de forma complementaria se produzcan otros avances en el desarrollo del individuo o la comunidad (Maldonado y Arévalo, 2006).

De acuerdo con los mismos autores, la prevención específica, en cambio, pone su mirada siempre en acciones tendientes a evitar o disminuir el consumo y abuso de sustancias psicoactivas. En otras palabras, la prevención específica la componen aquellas estrategias en las que la intervención de forma explícita y directa recoge la problemática que gira alrededor del abuso de sustancias psicoactivas y de la cual hace partícipe al destinatario.

2.3.2 Nivel primario, secundario y terciario.

Clásicamente (Becoña, Rodríguez y Bernard, 1995), se han considerado tres tipos de prevención derivados de la salud pública: la prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

1. Prevención primaria. En el sentido clásico, en la prevención primaria el profesional interviene antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma; es decir, este tipo de prevención está dirigida a evitar a la aparición de un trastorno o la difusión del agente patógeno, dando una protección específica a los grupos de alto riesgo y buscando la promoción de la salud en general. La atención se dirige a la reducción o eliminación de aquellos factores o condiciones del medio (tanto físicos como humanos) asociados a la aparición del problema o al aumento de los recursos personales de los individuos o en conductas saludables que puedan neutralizar la futura aparición del problema.
2. Prevención secundaria. El objetivo en este nivel de prevención es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria. Está dirigida a detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases, o sea, en reducir la duración de las perturbaciones de la salud. La atención se dirige a las detecciones tempranas de los casos o conductas de riesgo relacionadas con los diferentes problemas o trastornos con el fin de modificarlos en una fase incipiente.
3. Prevención terciaria. Ésta se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya manifestado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Por tanto, está

dirigida a reducir las consecuencias o efectos del problema; en psicología, se pone énfasis en la prevención de recaídas a través de intervenciones y estrategias terapéuticas conducentes a ese objetivo.

Continuando con la definición de los niveles de prevención desde la perspectiva del modelo médico-sanitarista ahora enfocados éstos al estudio de las drogodependencias se definirá a la prevención primaria, secundaria y terciaria de la siguiente forma (Secades, García y Fernández, 2006):

1. *Prevención Primaria.* Ésta va dirigida a no consumidores o a usuarios sociales u ocasionales y persigue eliminar o disminuir el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y la evitación de nuevos casos. El objetivo de la prevención primaria es “inmunizar” a los individuos o al público en general y crear ambientes sociales y/o físicos propicios para erradicar el problema antes de su aparición. Así, los programas y estrategias de prevención de abuso de sustancias psicoactivas se encuentran dirigidos y orientados a influir o modificar el comportamiento de las personas y los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas antes de que se inicie su uso en forma habitual o disfuncional

En síntesis, el nivel primario de prevención en drogodependencias tiene como objetivo fundamental el evitar el consumo y abuso de sustancias psicoactivas y reducir la incidencia (presencia de casos nuevos) de consumidores en una población dada, mediante la promoción y protección de la salud. A través de ella, se pretende crear una resistencia hacia el abuso de sustancias psicoactivas, por medio de la implementación de elementos que permitan desarrollar destrezas, talentos, confianza, valoración y toma de decisiones inteligentes sobre la salud y la vida. Dentro de este marco, quedarían incluidos los no consumidores, los consumidores experimentales y ocasionales⁸

2. *Prevención secundaria.* La prevención secundaria se dirige a grupos de riesgo con el fin de detectar y tratar de forma precoz, es decir, de evitar la progresión del problema.

⁸ Según Materazzi (1990) la prevención primaria debe circunscribirse tanto a la modificación de conductas de la población con exposición de riesgo, a través de campañas preventivas, especialmente a jóvenes, adolescentes, padres y maestros como a la de grupos específicos de población, equipos sanitarios, médicos, psicólogos, asociaciones comunales, juristas, educadores y asistentes sociales entre otros, por medio de cursos anuales de información sobre el tema y mediante jornadas científicas, conferencias, congresos, etc.

Es decir, se asimila esta fase de prevención a la “intervención temprana”, la cual cubre toda acción constructiva que enfoque los problemas relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas (diagnosticado por uno de los 4 criterios del DSM-IV) de gente que ya está experimentando o consumiendo regularmente. Esta intervención puede involucrar la identificación temprana del abuso de sustancias psicoactivas o, en muchos casos, puede derivarse de crisis personales que llevan al individuo a buscar apoyo y/o ayuda la primera vez. La prevención secundaria constituye una intervención para aquellos usuarios o abusadores de sustancias psicoactivas mediante la construcción de dos alternativas: Primera, de trabajo en grupos de autoayuda o de apoyo y; segunda, para aquellos avanzados que sería un tratamiento terapéutico.

En síntesis, la prevención secundaria tiene como objetivo prioritario la atención en las primeras etapas del deterioro de la salud de los usuarios de sustancias psicoactivas y es fijada mediante un diagnóstico precoz a aquellos sujetos que han iniciado el consumo de sustancias.

3. *Prevención terciaria.* Esta se dirige a consumidores habituales y *dependientes* con el objetivo de detener la evolución y propagación del problema y sus consecuencias físico/psicológicas y sociales. Esta prevención ofrece una alternativa de reeducación que permite al sujeto conocerse a sí mismo, desarrollar sus potencialidades y asumir un estilo de vida que le permita un “reintegro” a la sociedad en forma positiva, basado en los principios de autoayuda, autogestión y mediante el desarrollo de un sistema progresivo.

Los niveles de prevención derivados del modelo médico/sanitarista aplicados al abuso y adicción a sustancias psicoactivas han marcado directrices significativas y precursoras para abordar el problema porque estos niveles estratifican las acciones en prevención de acuerdo a la gravedad presentada por consumidores experimentales, ocasionales, funcionales y disfuncionales refiriéndolos a los criterios de abuso y adicción a sustancias psicoactivas (Tabla 6).

Tabla 6. *Intervención preventiva de los niveles primario, secundario y terciario de acuerdo a la gravedad de uso de sustancias psicoactivas.*

NIVEL DE PREVENCIÓN	FORMA DE CONSUMO	CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV
<i>Primario</i>	Experimental y Ocasional	Sin criterios definidos
<i>Secundario</i>	Funcional	Abuso (por uno o más criterios diagnósticos)
<i>Terciario</i>	Disfuncional	Adicción (por tres o más criterios diagnósticos, especialmente tolerancia y síndrome de abstinencia)

Sin embargo, reflexionando su origen metodológico (la consideración o analogía de la adicción a sustancias como enfermedad contagiosa), en los últimos años se ha ido imponiendo a ésta una nueva clasificación de la prevención que, poco a poco, ha ido sustituyendo a la anterior. Se trata de la distinción propuesta por Gordon (en; Secades, García y Fernández, 2006) entre prevención universal, selectiva e indicada.

2.3.3 Nivel universal, selectivo e indicado.

En primera instancia, se entenderá como *prevención universal* al conjunto de actividades que son diseñadas para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin contemplar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que conlleven al inicio y abuso de sustancias psicoactivas. En este nivel preventivo, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo (Bolaños, 2008c).

Asimismo el objetivo esencial de este nivel es posponer o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas a partir de la presentación de información específica y actualizada además de promover el desarrollo de habilidades necesarias que contrarresten el problema de las adicciones. Por ello, la operación de los programas de prevención universales se enfocan al mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades, de resistencia personales y al

fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población participante. En su campo de acción, las actividades desarrolladas en este nivel pretenden favorecer la adquisición de beneficios que pueden ser generalizables a todos los participantes bajo las siguientes características (Bolaños, 2008c):

- Contempla en la realización de sus actividades a toda la población general,
- Pretende retardar o prevenir el consumo de sustancias psicoactivas,
- Los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades,
- Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal reflejan principalmente las influencias del medio más que las características individuales o de ciertos subgrupos; por ejemplo, los valores de la comunidad, el apoyo escolar, la estabilidad económica, el empleo, etc. y,
- Los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición.

Referente a la *prevención selectiva*, ésta se define como el conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos de alto riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas, ya que poseen riesgos específicos que requieren de su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación. En la prevención selectiva, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un “todo” el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias (Bolaños, 2008b).

El objetivo principal de este nivel de prevención es evitar el abuso de sustancias psicoactivas a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo de alto riesgo, de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo. Cabe señalar que el conocimiento de los factores de riesgo específicos de cada subgrupo favorecen el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con el potencial consumo de sustancias psicoactivas. Entre sus características principales se encuentran (Bolaños, 2008b):

- La prevención selectiva se dirige a subgrupos particulares que se encuentran en mayor riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas,
- Pretende posponer el uso/abuso de sustancias,

- Selecciona o recluta a los individuos que deben participar en las acciones preventivas,
- Considera que la vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas se ubica con base a la pertenencia del grupo de riesgo,
- A partir del conocimiento de los factores de riesgo específico del grupo de interés, diseña las actividades que enfatizan los objetivos particulares de reducción de riesgos,
- Generalmente, opera por periodos de tiempo largos e implica mayor esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de la prevención universal,
- Requiere que el personal que opera los programas sea hábil debido a que se enfrenta a poblaciones con problemas múltiples y que se encuentran en alto riesgo para el consumo de sustancias,
- Favorece que las actividades que se incluyen en este nivel se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar su comportamiento al desarrollo de conductas específicas y,
- A menudo incluye actividades psicoeducativas, entrenamiento de habilidades, programas de tutoría y liderazgo así como actividades culturales para jóvenes.

Por último, *la prevención indicada* dirige sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado consumo y abuso de sustancias psicoactivas y muestran conductas problemáticas asociadas a este fenómeno. La atención de estos individuos, requiere, por tanto, de la elaboración de programas de prevención especiales (Bolaños, 2008a).

De acuerdo con el Institute of Medicine de EE.UU (en; Bolaños, 2008a), las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano de sustancias psicoactivas, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico en abuso y adicción (tolerancia y síndrome de abstinencia), más bien muestran conductas parecidas a las de abuso de sustancias, pero a un *nivel subclínico*. Por ello, los programas de prevención indicada no sólo pretenden reducir el primer evento resultante por el abuso de sustancias psicoactivas, sino también disminuir a lo largo del tiempo la continuación de señales, retardar el inicio de abuso y/o reducir la severidad del consumo inadecuado de sustancias psicoactivas. Entre las características de la prevención indicada se encuentran:

- Enfoca sus actividades a las personas que muestran señales tempranas de abuso de sustancias psicoactivas y otras conductas de riesgo relacionadas,
- Pretende detener la progresión del abuso de sustancias psicoactivas y las conductas problema relacionadas,

- Selecciona de forma específica a los participantes para el desarrollo de acciones de trabajo,
- Enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo,
- Básicamente pretende modificar las conductas de los individuos, para conseguirlo, requiere que el *especialista posea un entrenamiento clínico*, habilidades de consejería así como de *intervención terapéutica*,
- Regularmente, el número de personas atendidas es menor en comparación con los programas universales y selectivos,
- En este tipo de intervenciones es de gran importancia realizar una evaluación precisa sobre el riesgo personal en el que se encuentran los individuos así como del nivel de conductas problemáticas relacionadas, en lugar de centrar la atención en la pertenencia de un individuo a cierto grupo de alto riesgo.

En síntesis, por la complejidad de análisis social, fisiológico, psicológico e individual que presenta el estudio de las drogodependencias, a lo largo de las investigaciones de esta problemática se han formulado niveles de intervención preventiva para controlar o erradicar las manifestaciones negativas de dicho fenómeno las cuales están circunscritas a ópticas teóricas particulares. Probablemente, los niveles de prevención citados con anterioridad tienen como objetivo común la reducción de la oferta y la demanda del consumo de sustancias psicoactivas en gran medida por sus efectos subyacentes.

Al citar los niveles en intervención preventiva de las adicciones se partió desde una óptica de especialización respecto a los campos de acción estratégicos de dichos niveles, primero describiendo el nivel inespecífico y específico en donde cualquier persona o grupos de ellas interesadas en el tema, enfocándose en estos niveles, pueden construir programas bajo estas premisas. Posteriormente, se citaron los dos grupos de niveles restantes porque éstos implican acciones de prevención especializada en el campo de las ciencias de la salud.

En este sentido, se aclara que el modelo precursor en prevención del abuso y adicción a sustancias psicoactivas fue el médico/sanitarista aplicando los niveles primario, secundario y terciario en prevención de enfermedades epidemiológicas a los trastornos psicológicos y, por ende, a los trastornos derivados por la adicción a sustancias. Entonces, considerando la analogía enfermedad/adicción, es de suponer que la intervención tanto en prevención como en tratamiento la hayan llevado a cabo médicos y psiquiatras con contribuciones significativas, pero tomando en cuenta que en el fenómeno de las drogodependencias no sólo se ven

involucrados factores orgánicos o biológicos, sino también sociales y psicológicos, se han propuesto otros niveles de prevención que abordan estos elementos psicosociales, involucrando a su vez, a otros especialistas en la intervención preventiva de este fenómeno. En esta instancia cabe analizar algunos puntos.

Una ventaja de los niveles universal, selectivo e indicado en drogodependencias, además de subrayar la intervención preventiva multidisciplinaria en los tres niveles, es que éstos cubren los requerimientos definidos por la OMS en cuanto a la intervención *aun si los consumidores no cumplen íntegramente con los criterios diagnósticos de abuso y adicción del DSM-IV o la CIE-10*, especialmente porque en los tres niveles de prevención son incluidas acciones educativas en múltiples contextos (poblacional, comunitario, familiar, interpersonal e individual) aportando una demarcación entre intervención preventiva e intervención en tratamiento (Tabla 7).

Tabla 7. *Demarcación entre la intervención preventiva universal, selectiva e indicada y la intervención en tratamiento*

PREVENCIÓN UNIVERSAL	PREVENCIÓN SELECTIVA	PREVENCIÓN INDICADA	TRATAMIENTO
Población General con niveles bajos de riesgo y vulnerabilidad	Población no usuaria con altos niveles de riesgo y vulnerabilidad	Forma de consumo	
		Ocasionales y Experimentales	Funcionales y disfuncionales (Adictos)
Acciones			
Información, y sensibilización a través de los medios, Información, orientación y capacitación a diversos grupos de población Movilización social. Disminución de la disponibilidad Coordinación interinstitucional Favorecer el desarrollo de una cultura de salud en comunidades	Capacitación, modificación de conductas de riesgo	Detección oportuna y derivación de casos Intervenciones específicas con grupos de muy alto riesgo Seguimiento en el tiempo Capacitación al equipo de salud Intervención terapéutica o consejo breve	Desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia Manejo de la(s) dependencias químicas Manejo de la situación de la familia Prevención de Recaídas Tratamiento de la comorbilidad física y psiquiátrica asociada

Nota. De “Modalidades de intervención preventiva: Universal, selectiva e indicada”, por Centros de Integración Juvenil, 2007, México. Adaptado.

En contraste, posiblemente el único nivel del modelo médico/sanitarista en atender la definición de prevención considerando la enorme connotación social que implica la adicción a sustancias psicoactivas sea el primario; pues, en el secundario y terciario, ya incluye tratamiento clínico y más aún por sustentar sus acciones de intervención de manera rígida con los criterios diagnósticos de adicción del DSM-IV. Entonces, ya no se hablaría de intervención preventiva, sino de intervención de tratamiento, quizá de índole farmacológico.

Sin embargo, en la intervención preventiva selectiva e indicada, también presentan en su definición la misma confusión que los niveles del modelo médico en cuanto a la delimitación entre la prevención y tratamiento. Como se enunció anteriormente, la prevención selectiva e indicada pretenden *modificar* (cambiar) las conductas del individuo consumidor aun si éstas no cumplen cabalmente con los criterios de diagnóstico del DSM-IV de abuso a sustancias psicoactivas denominando éstas como “subclínicas”, permitiendo la intervención de especialistas con entrenamiento clínico e intervención terapéutica. Independientemente de la ventaja que representa lo anterior, al incluir la prevención indicada *modificaciones de conducta*, ésta ya se refiere a un cambio en la vida del sujeto por medio de aplicación de conocimientos y técnicas profesionales *clínicas* y aún más en estos rubros. El hecho que este nivel de prevención se incluya algún proceso de cambio, se está abordando una premisa fundamental, no solo de cualquier escuela psicoterapéutica, sino de la psicología clínica en general. Respecto a lo anterior, Compas y Gotlib (2003) señalan lo siguiente:

Se considera la que puede ser la contribución más importante que la psicología clínica puede ofrecer a la gente que sufre de problemas psicológicos es preguntarse ¿Cómo ayudar a la gente a cambiar? Buena parte del trabajo realizado por los psicólogos clínicos se basa en la premisa de que los individuos pueden cambiar su conducta, sus pensamientos y sus emociones. Las intervenciones psicológicas difieren en los aspectos del funcionamiento humano que pretenden cambiar; así como los psicólogos clínicos pueden decidir, evaluar y medir los pensamientos, los sentimientos, la conducta, la biología o el ambiente, también pueden ayudar a la gente a cambiar en uno o más de esos niveles de funcionamiento (pp. 282-286).

Es así que, cuando el nivel de prevención indicada incluye entre sus acciones la intervención de profesionales con entrenamiento clínico y psicoterapéutico para tratar a los consumidores de sustancias psicoactivas con el objetivo de cambiar conductas semejantes a

las del diagnóstico de abuso según el DSM-IV, bajo las premisas de la psicología clínica, ya se hablaría de tratamiento clínico y más si cliente y terapeuta formalizan un contrato de intervención terapéutica.

Parecería ser sugerente que el tratamiento clínico de las drogodependencias sólo es definido cuando el consumidor sistemático ya presenta el cuadro de adicción (tolerancia y síndrome de abstinencia) y esta intervención estaría sujeta a consulta médica, prescripción de medicamentos para “curar” la dependencia fisiológica u hospitalización en un programa residencial contra las adicciones. Si esto se confirmara, entonces la prevención indicada presentaría ambigüedades tanto teóricas como prácticas, pues el tratamiento clínico de las adicciones no sólo incluye las modalidades de intervención descritas en este párrafo, sino también la intervención psicoterapéutica llevada a cabo por psicólogos clínicos.

2.4 El tratamiento de las drogodependencias.

Como sucede en otros puntos en el análisis de las drogodependencias, el tratamiento de esta problemática está sujeto a las acciones que una u otra aproximación teórico/práctica estime dentro de su marco de intervención. Por lo tanto, no existe una modalidad exclusiva de tratamiento en drogodependencias, sino integraciones de estos modelos para llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias que atiendan en su totalidad este fenómeno, tomando en consideración las connotaciones psicosociales negativas de éste. Así, los modelos de tratamiento que se analizarán parcialmente en este capítulo cuentan con una característica común: El objetivo pretendido y general de todo tratamiento.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (2009), el objetivo del tratamiento – independientemente del modelo con sus respectivas acciones de intervención- es el logro de la abstinencia y fomento de estilos de vida saludables. Además, la atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

2.5 Principios de tratamiento en drogodependencias.

Al igual que la prevención en drogodependencias, para cumplir el objetivo planteado, los modelos de tratamiento deben ceñirse a características y requisitos para alcanzar tal fin. Por ello, el NIDA (2001) ha analizado los resultados de un amplio conjunto de

investigaciones que contienen el uso más extenso de los componentes de tratamiento con base científica. En este rubro, el NIDA plantea trece principios que el profesional interesado debe analizar antes de construir un programa de tratamiento:

1. *No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.* Es muy importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamientos con los problemas y las necesidades particulares de cada individuo, para que dicha persona logre el éxito final regresando a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad.
2. *El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.* Ya que las personas adictas a sustancias psicoactivas pueden tener dudas sobre si comenzar o no un tratamiento, es muy importante aprovechar la oportunidad cuando ellos indiquen que están listos para recibir tratamiento. Se puede perder a potenciales candidatos para tratamiento si estos tratamientos no están disponibles inmediatamente o si no son fácilmente accesibles.
3. *El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente el uso de sustancias psicoactivas.* Para ser efectivo, el tratamiento debe dirigirse al uso de sustancias psicoactivas además de cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal.
4. *El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.* Un paciente puede requerir combinaciones de servicios y componentes de tratamientos que varíen durante el curso de su tratamiento y recuperación. Además del asesoramiento, el paciente a veces puede necesitar medicamentos, otros servicios médicos, terapia familiar, instrucción para ser mejores padres, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales. Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura del paciente.
5. *Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.* La duración apropiada del tratamiento para una persona depende de sus problemas y necesidades. Las investigaciones indican que en

- la mayoría de los pacientes se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Cuando se llega a este punto, los tratamientos adicionales pueden lograr una recuperación acelerada. Ya que muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento.
6. *La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.* Durante la terapia, los pacientes tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de sustancias psicoactivas, reemplazan actividades donde se usan las sustancias psicoactivas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de éstas y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.
 7. *Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.* La metadona y el levo-alfa-acetilmadol (LAAM) son muy efectivos para ayudar a aquellos individuos adictos a la heroína y a otras sustancias susceptibles a abuso/adicción, a estabilizar sus vidas y reducir el uso de sustancias psicoactivas ilegales. La combinación de tratamientos y de medicamentos puede ser de suma importancia para pacientes con trastornos mentales.
 8. *En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso a sustancias psicoactivas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.* Como a menudo se ven trastornos de adicción y trastornos mentales en un mismo individuo, aquellos pacientes que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser evaluados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno.
 9. *La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de sustancias psicoactivas a largo plazo.* La desintoxicación médica maneja cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de la abstinencia. Aunque la desintoxicación por sí misma rara vez es suficiente para ayudar a las personas adictas a lograr abstinencia a largo plazo,

- para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo de la drogodependencia.
10. *El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.* El proceso de tratamiento puede ser facilitado gracias a una fuerte motivación. Las sanciones o los premios dentro de la familia, del ambiente laboral o del sistema de justicia criminal pueden incrementar significativamente los porcentajes de individuos que entran y que se mantengan dentro de programas de tratamiento para la drogodependencia así como el éxito de los mismos.
 11. *El posible uso de sustancias psicoactivas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.* Durante el período de tratamiento pueden haber recaídas. La supervisión objetiva del uso de sustancias psicoactivas durante el tratamiento, incluyendo análisis de la orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usarlas. Esta clase de supervisión también puede proporcionar una evidencia temprana del uso de sustancias psicoactivas para que el plan de tratamiento del paciente pueda ser reajustado. Dar a conocer los resultados de los informes a los pacientes que registren positivamente en los análisis puede servir como un elemento importante en la supervisión.
 12. *Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.* La terapia puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.
 13. *La recuperación de la drogodependencia puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.* Tal como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de sustancias psicoactivas puede ocurrir durante o después de rondas exitosas de tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamientos para poder lograr la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente restablecido.

En síntesis, de acuerdo con los principios del NIDA, las terapias de medicamentos y conductuales (solas o en conjunto), son aspectos de un proceso terapéutico general que a menudo comienza con la desintoxicación, seguida por tratamiento y prevención de recaídas. La disminución de los síntomas del síndrome de abstinencia puede ser importante al iniciar el tratamiento, mientras que la prevención de las recaídas es necesaria para mantener los efectos del mismo. A veces, los episodios de recaídas pueden requerir un retorno a componentes anteriores del tratamiento. Un cuidado continuo que comprende un régimen de tratamiento que trate todos los aspectos de la vida de las personas, incluyendo servicios médicos y de la salud mental y opciones de seguimiento (por ejemplo, sistemas de recuperación con base en la comunidad o en la familia) puede ser esencial para tener éxito en lograr y mantener un estilo de vida sin consumo de sustancias psicoactivas.

2.6 Modalidades de tratamiento.

Ya se observó que el tratamiento del abuso/adicción de sustancias psicoactivas tiene su origen en diversos modelos teóricos que pueden ser complementarios.

Algunos autores e instituciones (Becoña, Rodríguez, y Bernard, 1995; NIDA, 2001; Lorenzo, et. al; Halgin y Krauss, 2004), diferencian el tratamiento de las drogodependencias en tres grandes modelos tradicionales que han sido preponderantes en este marco de intervención: El primero es el modelo biológico (internamiento hospitalario el cual incluye medicación farmacológica); el segundo es el tratamiento psicológico, que a su vez cuenta con múltiples escuelas que ofrecen explicaciones y modalidades psicoterapéuticas particulares para intervenir en la adicción de sustancias psicoactivas y; por último, los modelos de ayuda mutua (Alcohólicos, Narcóticos y Drogadictos Anónimos). Estos se describirán a continuación.

2.6.1 Tratamiento médico-biológico.

Una variante clásica del modelo médico-biológico en el tratamiento de las drogodependencias es el conceptualizado por Jellinek (en; Souza, 2000), quien enfatiza la calidad *sui generis* de la adicción al alcohol, aunque el concepto ya había sido planteado con antelación, él lo retoma y lo difunde entre la comunidad científica de su época.

La característica fundamental del citado modelo radica en que la persona que desarrolla problemas por el abuso y adicción a sustancias psicoactivas se debe primariamente

a la presencia de ciertas alteraciones o desequilibrios biológicos y no a fallas morales o debilidad de carácter. Evidentemente, este modelo se opone al modelo moral⁹ y postula, para su tratamiento adecuado, medicamentos de corte psicofarmacológico (Souza, 2000).

El tratamiento de las drogodependencias con medicamentos psicofarmacológicos se ha utilizado clásicamente para la desintoxicación de la adicción al alcohol o heroína, pero también se han desarrollado medicamentos con el objetivo de suprimir el abuso y adicción de otras sustancias psicoactivas. Este tipo de tratamiento está sujeto a dos variables correlacionadas: Primera, el lugar/duración del internamiento hospitalario para administrar el medicamento mientras se lleve a cabo la desintoxicación física¹⁰ y; Segundo, la composición química del medicamento que, para su prescripción, está sujeta a los efectos de la sustancia psicoactiva que es objeto de abuso o adicción.

En general el medio hospitalario permite suministrar medicación sustitutiva en pauta decreciente con otros fármacos que atenúan los síntomas de abstinencia a fin de deshabituarse al organismo de la sustancia que era dependiente y restablecer el equilibrio neuroquímico del organismo. El medicamento y la pauta de dosificación deberán establecerse según la sustancia psicoactiva motivo de adicción. La medicación puede administrarse de forma abierta (el paciente conoce exactamente todos los medicamentos que componen la pauta) o de forma cerrada (la medicación va encapsulada y el paciente desconoce su composición). El tiempo del internamiento es largo y puede oscilar entre los 7 y los 21 días, lo que puede ser una desventaja pues incrementa el riesgo de que el tratamiento sea interrumpido por el paciente y perder así su efectividad (Llebot y Gual, 2003).

Otras características del tratamiento hospitalario y farmacológico son (Souza, 2000):

- *Tratamientos aversivos.* Son aquéllos en los que se asocia en forma conductual (dirigida) la respuesta negativa de una sustancia al estímulo de ingestión de alguna sustancia, por lo que en forma paulatina el sujeto cursa un proceso de

⁹ Este modelo describe al problema del uso, abuso y adicción de sustancias psicoactivas como una falla moral, una debilidad de carácter o un pecado en contra de los postulados ético-filosóficos de alguna religión, requiriéndose por tanto de castigos y fuerza de voluntad para su atención. (Souza, 2000). Ejemplo de ello es el observado frecuentemente en las personas que acuden a “jurar” por tiempos determinados ante alguna figura mística, reiniciando a la brevedad el consumo de la sustancia en cuanto el plazo previsto finaliza.

¹⁰ La desintoxicación física es el proceso por el cual el drogodependiente deja de consumir la sustancia motivo de adicción, sin experimentar el síndrome de abstinencia. Los programas de desintoxicación pueden llevarse mediante un ingreso hospitalario o mediante visitas ambulatorias y pueden realizarse con fármacos que permitan atenuar la sintomatología de abstinencia o bien mediante la supresión brusca libre de fármacos (drug-free therapies). Actualmente las terapias drug-free se realizan en el marco de algunas comunidades terapéuticas por lo general libre de fármacos (Llebot y Gual, 2003).

desensibilización gracias a lo cual, eventualmente, podrá ir reduciendo el consumo de la(s) sustancia(s). Ejemplo de ello es la utilización llevada en otro tiempo, de succinilcolina o apomorfina en el tratamiento del alcoholismo.

- *Tratamiento de destierro fisiológico.* Son aquellos en los que el individuo presenta sintomatología desagradable al ingerir la sustancia de consumo habitual, ya que esta interactúa con otra que ha sido suministrada prepositivamente por un médico. Ejemplo de ello es el uso del disulfiram¹¹ para el tratamiento del alcoholismo.
- *Tratamiento de sustitución de sustancias agonistas.* Este tipo de tratamiento se fundamenta en la ocupación de neuroreceptores cerebrales o periféricos por sustancias afines a las habitualmente consumidas, haciendo que el drogodependiente deje paulatinamente de sentir el placer asociado al consumo inadecuado de ciertas sustancias psicoactivas y no presente sintomatología de abstinencia. Ejemplo de ello es el empleo de metadona¹² en personas dependientes a opiáceos.
- *Tratamiento de sustitución de sustancias antagonistas.* En este esquema de manejo se emplea el mismo tipo de razonamiento que en el anterior, con la salvedad de que los receptores aludidos se encuentran ocupados no por sustancias afines, sino por sustancias antagonistas; es decir, que “evitan” el efecto placentero que pudiera tener la sustancia por ser opuesto. Ejemplo de ello es la utilización de naltrexona en personas adictas a opiáceos.
- *Tratamiento de sustitución con la misma sustancia, pero en la modalidad de liberación prolongada.* En este tipo de tratamiento se utiliza la misma sustancia en concentraciones menores y se emplea por una vía de absorción mucho más lenta, lo cual evita los picos de concentración elevada responsables de los efectos intensos de la sustancia psicoactiva y con ello se evita también el síndrome de abstinencia y, eventualmente, incluso disminuye la tolerancia desarrollada a la sustancia de que se

¹¹ El disulfiram (Antabuse) es un fármaco que desalienta la ingestión de alcohol ocasionando vómitos violentos al probarlo. Se empezó a usar en Europa en 1948, y es el único medicamento de aplicación específica en el alcoholismo. Como es de suponerse el sujetarse a un régimen con éste fármaco puede ocasionar problemas. No obstante, sí un alcohólico es capaz o está dispuesto a ingerir este medicamento cada mañana según lo prescrito, hay buenas posibilidades de que reduzca su hábito debido a las consecuencias negativas ya mencionadas (Davison y Neale, 2002).

¹² La metadona es un opiáceo sintético que fue desarrollado por químicos alemanes durante la Segunda Guerra Mundial para aliviar el dolor de los heridos. Como se vio en el capítulo I, la metadona es la sustancia de elección del tratamiento de los adictos a heroína, puesto que al absorberse muy bien por vía oral y permanecer muchas horas en el organismo. Permite a los usuarios una “normalización” en el funcionamiento de sus actividades familiares, sociales y laborales, normalmente maltrechas durante el periodo de consumo activo de heroína (Llebot y Gual, 2003).

trate. Ejemplo de ello es el empleo de la nicotina en parches o en goma de mascar para combatir la adicción tabáquica.

- *Otros tratamientos con fundamento médico-biológico.* Se señalan el uso de naltrexona para el abuso del alcohol, el de antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, dopamina y norepinefrina para el abuso de cocaína y el de anfebutamona (bupropión) para la dependencia de la misma.

2.6.2 Tratamiento psicológico

Ante la inminente gravedad que circunda alrededor del abuso y adicción a sustancias psicoactivas a diferentes niveles, las corrientes psicológicas que se mencionarán a continuación han aportado desde su propia óptica y marco de intervención contribuciones exitosas empíricamente comprobables¹³ en cuanto a la explicación, prevención y tratamiento de dicho fenómeno.

2.6.2.1 Enfoque conductual.

En lo correspondiente al enfoque conductual, éste supone que el uso de sustancias psicoactivas se desarrolla y mantiene, en buena parte por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante (Oropeza, Loyola y Vásquez, 2007). Para este enfoque, la conducta, más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, resulta de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción de los organismos con el ambiente, por lo que es posible modificar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición.

Una estrategia conductual del estudio de las drogodependencias se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con eventos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis, se puede conocer

¹³ De acuerdo con algunos investigadores (Pérez y Fernández 2001; Sánchez 2006); las modalidades que han contribuido exitosamente en el tratamiento de las drogodependencias son los tratamientos terapéuticos psicológicos (especialmente las terapias conductuales, cognitivas y cognitivas-sociales) combinados con tratamiento farmacológico. Según sus conclusiones, las terapias conductuales y las farmacoterapias contemplan diferentes problemas y también advierten que ninguno es completamente efectivo por sí mismo. Asimismo, sugieren que la mayoría de las pruebas derivadas de los tratamientos para abuso de sustancias, las dos formas de tratamiento tienden a surtir mejores efectos cuando se combinan que cuando se suministran de forma singular. Los tratamientos integrados destinados a las necesidades específicas de cada paciente, podrían constituir la estrategia óptima para ayudar a los pacientes cuyas vidas se han visto afectas por el abuso de sustancias.

de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (Oropeza, Loyola y Vásquez, 2007).

Wikler fue el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en el abuso y adicción a sustancias psicoactivas, pues observó que aquellos individuos que habían sido adictos a opiáceos a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia meses más tarde de haberse administrado la dosis (Graña y Carrobles, 1991). Estos síntomas ocurrían en las sesiones de terapia de grupo, cuando los pacientes hablaban de sus experiencias anteriores con el consumo de sustancias psicoactivas. Estas observaciones hechas por Wikler le llevaron a plantear un proceso de condicionamiento y propuso que este síndrome se denominase abstinencia condicionada. Según este planteamiento, varios episodios de abstinencia (respuesta condicionada) podrían haberse apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados) y eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos podrían provocar una respuesta condicionada de abstinencia.

Bajo esta misma línea, Graña y Carrobles (1991) comentan que en el desarrollo de la tolerancia, los estímulos ambientales influyen en la aparición de la tolerancia. Este tipo de tolerancia se denomina conductual (véase el Capítulo I) y no sólo depende de la experiencia de las señales ambientales que están presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia. Según lo anterior, la tolerancia no es la consecuencia inevitable de la estimulación repetida por medio del consumo de una sustancia psicoactiva, sino que el consumo se modula por medio de señales ambientales que están presentes en el momento de la administración de la sustancia.

El proceso a través del cual se desarrolla la tolerancia condicionada es el siguiente: cuando una sustancia psicoactiva –estímulo incondicionado (EI)- se administra, su efecto – respuesta incondicionada (RI)- va precedida de la estimulación ambiental en que se realiza la administración –estímulo condicionado (EC)-. Si la respuesta condicionada (RC) que elicitada por la estimulación ambiental son de signo opuesto al efecto de la sustancia psicoactiva, entonces se produce una respuesta condicionada compensatoria. Si estas respuestas condicionadas compensatorias interactúan con los efectos incondicionados de la sustancia psicoactiva, el resultado será una debilitación progresiva de dichos efectos a medida que las respuestas condicionadas vayan creciendo. Esta atenuación de los efectos de una sustancia psicoactiva a lo largo de la repetición de sus administraciones define el fenómeno de la tolerancia condicionada. Es entonces que Wikler señala que los signos y síntomas del síndrome de abstinencia (SA) pueden condicionarse clásicamente. En el “callejeo” del drogodependiente, el SA se empareja repetidas veces con estímulos ambientales específicos (personas,

situaciones) que sirven como EC para elicitare respuestas de abstinencia (RCs compensatorias). Existe cierta evidencia que apoya esta hipótesis, por la que adictos desintoxicados una vez que regresaban a su medio habitual experimentaban RCs de querencia o deseo de la sustancia psicoactiva en forma de náuseas, calambres, lagrimeo, rinorrea, taquicardia, descenso de la temperatura, etcétera (Graña y Carrobbles, 1991).

Bajo las premisas del condicionamiento clásico (Llorente e Iraurgi, 2008), el tratamiento para reducir el consumo de sustancias psicoactivas se apoya en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo (contracondicionamiento) o la extinción de conducta, como es el caso de la terapia a exposición de señales. La primera técnica consiste en hacer menos atractiva la relación E-R como resultado de aparear un reflejo aversivo al consumo. Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta. Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables con la finalidad de inducir aversión por la sustancia. Esta estrategia es utilizada para manejar el *craving*. La extinción, por su parte, representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado. Los tratamientos para usuarios de sustancias psicoactivas que emplean esta técnica, exponen a los consumidores a la sustancia de su preferencia, protegiéndolos del consumo para evitar que se establezca el reforzamiento y la repetición de esta práctica, de forma que se extinga la conducta de consumir. Se enseña al usuario a relacionar las consecuencias negativas del consumo con el deseo; de manera alternativa se enseña al usuario a superar los episodios de deseo, mediante relajación o imaginación guiada, rompiendo de esta manera la asociación condicionada al consumo

Otra escuela teórico-práctica del enfoque conductual es el denominado condicionamiento operante o instrumental. La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Cualquier evento estimulante que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. Por lo tanto, una sustancia psicoactiva funciona como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. Un evento estimulante que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo (Secades y Fernández, 2003).

Acorde al condicionamiento operante, en el análisis de la conducta adictiva se ha prestado atención a dos modalidades de reforzamiento positivo: a) los efectos farmacológicos de la sustancia psicoactiva y, b) el reforzamiento social proveniente del ambiente (Secades y Fernández, 2003):

- a) *Efectos farmacológicos.* Existe una amplia evidencia empírica (Schuster y Johanson, 1981; Secades y Fernández, 2003) de que las sustancias psicoactivas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsqueda y autoadministración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la autoadministración de sustancia psicoactivas. Es decir, la conducta de autoadministración de sustancias psicoactivas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta “normal” de todos los animales en situaciones similares. En el caso de los opiáceos, muchas de las demostraciones realizadas para probar la eficacia del reforzamiento se han complicado por la presencia de la dependencia física en los sujetos con los que se realizaron los experimentos. No obstante, estos estudios han proporcionado manifestaciones experimentales de los efectos reforzantes positivos de estas sustancias sin la necesidad de dependencia física. Por tanto, la dependencia física puede ser importante a la hora de explicar el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, pero no es un factor necesario explicar el consumo y abuso de sustancias psicoactivas. Es decir, puede asumirse que las sustancias psicoactivas son reforzadores positivos, con independencia del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.
- b) *Reforzamiento social.* Además de los estados afectivos positivos provocados por los efectos farmacológicos de las sustancias psicoactivas, los efectos reforzantes que los seres humanos obtienen por consumir estas sustancias son también de tipo social (la aprobación de compañeros y amigos, la integración en un grupo o el aumento de reconocimiento social). De hecho, a pesar de que los efectos farmacológicos no sean del todo positivos, el reforzamiento social puede ser suficiente para originar y mantener una conducta de abuso de sustancias psicoactivas. Este tipo de reforzamiento es de vital importancia en las primeras fases de aprendizaje de consumo que suele ser en la adolescencia. Cuando el joven se empieza a independizar del entorno familiar, busca la integración con su grupo de iguales y; para ello, debe ejecutar las conductas que estén aprobadas y valoradas por el grupo. En algunos grupos de personas jóvenes,

el estatus se alcanza según la variedad de sustancias ingeridas o la tolerancia para consumir grandes cantidades de éstas.

Dentro de esta escuela, se han desarrollado otras técnicas útiles en el tratamiento del abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Una de ellas es el Manejo de Contingencias (MC). El MC implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma (Secades y Fernández, 2003):

Las intervenciones basadas en el MC pueden entenderse como intervenciones que de forma directa y sistemática incrementarán el coste de la oportunidad (reforzadores alternativos) del uso de sustancias psicoactivas. Esta intervención establece ciertas condiciones bajo las cuales el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias. Cuando un paciente usa sustancias psicoactivas durante el tratamiento, además del precio asociado a su consumo, éste perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentes. Los programas de MC han empleado una amplia variedad de reforzadores tales como privilegios clínicos, acceso a empleo o alejamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes, esto llevado a cabo por un contrato terapéutico. Este contrato puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y terapeuta es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso del drogodependiente. El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007).

Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo, reorganizando el ambiente de la persona (Llorente e Iraurgi, 2008).

2.6.2.2 Enfoque cognitivo.

A diferencia de la corriente conductista, el enfoque cognitivo centra su atención en los pensamientos, actitudes y las creencias que influyen en la conducta. El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que los sujetos poseen o realizan sobre el ambiente y como sus “expectativas y creencias” controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales.

En la práctica psicoterapéutica, tanto la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis como la terapia cognitiva de Aaron Beck han causado una profunda influencia en la práctica de la psicología clínica, incluyendo la intervención correspondiente al tratamiento de las drogodependencias. Ellis y Beck se formaron como psicoanalistas, pero se decepcionaron del papel hasta cierto punto pasivo del terapeuta en el psicoanálisis y el progreso lento de la terapia. Con base en su visión del papel central de las cogniciones en la contribución a los problemas en las emociones y conductas, Ellis y Beck desarrollaron intervenciones terapéuticas con el propósito de cambiar la forma en cómo piensa la gente para mejorar su funcionamiento emocional y conductual (Compas y Gotlib, 2003).

Mencionando los principios básicos de la TRE, ésta difiere de las otras escuelas de psicoterapia en la importancia que otorga al papel que desempeñan las cogniciones en las perturbaciones del ser humano. Mientras otros terapeutas se centran primordialmente en acontecimientos del pasado y de procesos inconscientes, la TRE dirige sus esfuerzos a las creencias actuales de las personas, considerando que las actitudes y autoafirmaciones de un individuo contribuyen o causan y mantienen su perturbación emocional y conductual. La TRE no desdeña la influencia de factores biológicos, genéticos, culturales y ambientales sobre el funcionamiento del ser humano para cambiar su pensamiento con el fin de vivir una vida más feliz y productiva (Ellis, McInerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Dentro de este marco conceptual, en el curso de sus vidas cotidianas, las personas se enfrentan habitualmente a numerosos factores de estrés al igual que acontecimientos vitales difíciles y desafiantes (como, por ejemplo, una ruptura matrimonial, pérdida del trabajo, rechazo, desempleo, muerte de un ser querido, etc.). A veces, junto a factores de estrés, se asocian las siguientes reacciones emocionales de una manera intensa, negativa e inadecuada: depresión, ira, frustración, culpabilidad, ansiedad y venganza. Aunque es probable que los acontecimientos vitales negativos vayan acompañados de estados emocionales negativos, estos hechos no causan directamente reacciones emocionales. Entonces, una cuestión fundamental es el preguntarse ¿de dónde surgen las reacciones emocionales perturbadas?

Según el modelo ABC de la TRE (Ellis, et. al.), los acontecimientos vitales negativos con los que las personas se enfrentan se denominan *acontecimientos activadores* o As: y las emociones y comportamientos que van acompañar subsiguientemente estos acontecimientos son *consecuencias* o Cs. Si bien las personas afirman tradicionalmente que son los As negativos de sus vidas (o de sus pasados) los que causan, de hecho, su perturbación actual, la TRE defiende que son sus *pensamientos y creencias* o Bs, respecto a los As los que van a causar principal y directamente sus perturbaciones. Es entonces que la TRE defiende la

hipótesis de que las creencias irracionales llevan a una baja tolerancia a la frustración están presentes en las adicciones (por ejemplo, la creencia de un cliente en que no puede evitar funcionar o no puede resistirse al consumo de sustancias psicoactivas).

Ellis ha defendido un nuevo estado afectivo denominado ansiedad por *el malestar o alteración por el malestar*. Esta emoción es la ansiedad que un sujeto siente cuando anticipa dolor, malestar o desagrado. Normalmente aparece como consecuencia de la creencia irracional de que el dolor, el malestar o el desagrado van a ser insoportables y que no se va a poder y no se debe tolerar. Esta creencia aparece casi inevitablemente en las personas que tienen problemas de adicción. La primera dinámica cognitiva que crea y mantiene la adicción es denominada patrón BTF (Baja Tolerancia a la Frustración) de la abstinencia. La mayoría de las personas con problemas para el control del impulso caben dentro de este patrón, independientemente de la sustancia o acción a la que sean adictos. Este patrón dinámico suele comenzar cuando la persona encuentra primero las claves del estímulo que eliciten un deseo de comportamiento adictivo autodestructivo. La decisión de no consumir la sustancia psicoactiva deseada es el As de esta decisión en el modelo ABC. La privación temporal que resulta de esta decisión de abstinencia viene seguida por una BTF arraigada de creencias irracionales. Estas creencias irracionales, por tanto llevan a la alteración emocional de BFT o ansiedad por el malestar en el paradigma ABC (Ellis, et. al.).

Por ello, los problemas de adicción pueden ser abordados de dos maneras (Ellis, et. al.):

1. *Soluciones prácticas*. Las soluciones prácticas buscan ayudar a los clientes a cambiar los As en sus vidas. Esto puede hacerse enseñándoles competencias y estrategias específicas, como resolución de problemas, manejo de contingencias, toma de decisiones y competencias de comunicación. Con estas nuevas competencias, los clientes pueden intentar cambiar sus situaciones vitales.
2. *Soluciones emocionales*. Las soluciones emocionales de la TRE priorizan, por tanto, el ayudar a los clientes a desarrollar actitudes más racionales con el fin de que sus sentimientos alterados no interfieran con sus habilidades para aplicar las competencias que han aprendido y, de esta forma, no angustiarse de manera inadecuada a sí mismos si no tienen éxito, implementando esas competencias.

En cuanto a Beck (en; Compas y Gotlib, 2001), éste formuló su teoría cognitiva de la psicopatología en términos más claramente comprobables que Ellis, pues las ideas de Beck acerca del papel de las cogniciones en los trastornos emocionales se han encaminado de manera más sistemática en la investigación clínica.

Beck (en; Compas y Gotlib, 2001) comenta que la terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo y a tiempo limitado que se utiliza para tratar una variedad de trastornos psiquiátricos. Se basa en una lógica teórica subyacente de que el afecto y la conducta de un individuo se determinan en buena parte por la forma en que estructura el mundo. Sus cogniciones se basan en actitudes y suposiciones (esquemas) desarrollados a partir de experiencias previas.

Como puede deducirse, la terapia cognitiva se concentra sobre todo en la identificación y modificación de pensamientos o cogniciones distorsionadas, con la creencia de que estos cambios llevarán a una reducción de síntomas del malestar. Sin embargo, los terapeutas cognitivos también pueden asignar tareas conductuales a los pacientes y darles capacitación en habilidades de solución de problemas. La terapia cognitiva es de tiempo “limitado”, rara vez excede de 30 sesiones (una por semana) y, por lo general, emplea de 15 a 20 sesiones (Beck, Wright y Newman, 1999).

Subrayando la terapia cognitiva al tratamiento a las adicciones de sustancias psicoactivas, ésta parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y se mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas en la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de sustancias psicoactivas y explora las atribuciones-creencias básicas acerca del valor que tienen para él. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes (Beck, Wright y Newman, 1999).

2.6.2.3 Enfoque cognitivo-social.

La teoría cognitivo-social (TCS) tiene en cuenta tanto los acontecimientos externos, en los cuales se centra el condicionamiento clásico, como las contingencias de reforzamiento, relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no

son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva.

De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo, donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca. La TCS estudia las relaciones particulares donde intervienen la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia, tiene en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. El simple hecho de observar un modelo da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina “modelado” y es la base del aprendizaje social (Llorente e Iraurgi, 2008).

En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de sustancias psicoactivas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario. Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica encubierta de las respuestas de los modelos. Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de sustancias psicoactivas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes. La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son el resultado de experiencias concretas del consumo (Llorente e Iraurgi, 2008).

2.6.2.4 Las comunidades terapéuticas.

En primera instancia, este modelo tiene como fundamento la concepción de la adicción como un problema de aprendizaje derivado de un patrón de relaciones destructivas y un medio desfavorable, por tanto, lo que el drogodependiente requiere es aprender nuevas formas de funcionamiento apoyado por grupos de drogodependientes en recuperación, quienes funcionan como modelos de estilos de vida gratificante (Souza, 2000).

Históricamente, el término comunidad terapéutica se acuñó en hospitales psiquiátricos del Reino Unido en la década de los cincuentas. Una década más tarde, el término comunidades terapéuticas comienza a utilizarse para denominar determinados tratamientos residenciales libres de sustancias psicoactivas para sujetos dependientes, aunque estos programas surgieron independientemente del contexto del hospital psiquiátrico. La comunidad terapéutica (CT) como tratamiento para el abuso y adicción a sustancias psicoactivas surgió por los años 60 en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales. Así, aunque Alcohólicos Anónimos es su antecedente más reconocido, el modelo de comunidad terapéutica es más antiguo y ha sido aplicado en diversos campos de asistencia y apoyo comunitario (Llorente y Fernández, 1999).

Las comunidades terapéuticas contemporáneas han desarrollado y evolucionado muy significativamente respecto a sus orígenes históricos. Actualmente el término CT resulta genérico y poco preciso, aplicándose a una gran variedad de instituciones residenciales, de titularidad pública o privada, que han ido alcanzando en algunos casos un alto grado de sofisticación. Un número importante de ellas mantiene como referente el modelo de comunidad terapéutica tradicional americano, mientras otras CT más profesionalizadas han adaptado este modelo, combinándolo con postulados de la atención en salud mental y servicios asistenciales comunitarios (Llorente y Fernández., 1999)

De acuerdo con los mismos autores, las CT profesionalizadas incorporan a su programa terapéutico estrategias formales de intervención muy variadas, de ahí que se considere en esta investigación documental como una modalidad de tratamiento psicológico formal. Las estrategias terapéuticas aplicadas van desde el tratamiento psiquiátrico hasta la aplicación de técnicas de tratamiento psicológico de índole diversa, según la orientación teórica de la CT (terapia cognitivo-conductual, terapia familiar sistémica, etc.).

2.6.3 Grupos de Ayuda Mutua.

Entre las múltiples definiciones de los grupos de ayuda mutua se encuentra la que a continuación se describe, por ser la más cercana a su condición: los grupos de Ayuda Mutua son pequeños grupos de voluntarios, estructurados para brindar ayuda entre sus miembros para la satisfacción de una necesidad común, para enfrentar una discapacidad o alguna situación disruptiva en la vida, promoviendo así el deseo y el cambio en el estilo de vida de la persona. Cabe señalar que tanto los iniciadores de dichos movimientos como los miembros de

los grupos perciben que sus necesidades no pueden ser satisfechas o resueltas aún por las instituciones sociales existentes (Souza, 2000).

Los grupos de Ayuda Mutua enfatizan la interacción cara a cara así como la responsabilidad de sus miembros. Las características que poseen Alcohólicos Anónimos (AA), Drogadictos Anónimos (DA) y Narcóticos Anónimos (NA) es la recuperación de los adictos que aún sufren, y su acción colectiva se encamina al crecimiento y permanencia de los drogodependientes para su recuperación. Estos grupos son algo más que un conjunto de principios, son una sociedad de adictos en acción. Su identidad colectiva se establece al momento en el que le otorgan al integrante una definición de su alcoholismo y su persona. El éxito no estriba en el número de afiliados, sino en cuanto al número de recuperados, destacando que su papel social es establecer ciertos valores individuales y comunitarios. Generalmente proporcionan material impreso de apoyo y promulgan una ideología y valores específicos que repercuten en un sentimiento de identidad grupal. Dentro de estos grupos los más conocidos son (Souza, 2000):

1. Alcohólicos Anónimos y sus derivaciones Alanon y Alateen.
2. Narcóticos Anónimos.
3. Drogadictos Anónimos.
4. Todos ellos toman fundamento del programa de 12 pasos y 12 tradiciones de Alcohólicos Anónimos.

Tabla 8. *Los 12 pasos y las 12 tradiciones del programa de Alcohólicos Anónimos*

LOS DOCE PASOS
1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento que un Poder Superior podrá devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos que nuestras voluntades o nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos

Tabla 8. *Continuación*

LOS DOCE PASOS
<p>6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.</p> <p>7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.</p> <p>8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.</p> <p>9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.</p> <p>10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.</p> <p>11. Buscamos a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.</p> <p>12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos nuestros asuntos.</p>
LAS DOCE TRADICIONES.
<p>1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia, la recuperación personal depende de la unidad de AA.</p> <p>2. Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.</p> <p>3. El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.</p> <p>4. Cada Grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a alcohólicos considerados como un todo</p> <p>5. Cada Grupo tiene un solo objetivo primordial: Llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.</p> <p>6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar su nombre a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.</p>

Tabla 8. *Continuación*

LAS DOCE TRADICIONES
7. Todo Grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. AA nunca tendrá carácter profesional, para nuestros centros de servicio se pueden emplear trabajadores especiales.
9. AA como tal nunca debe ser organizado, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirve.
10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción, necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

2.6.3.1 Modelo Minnesota.

Este modelo de tratamiento se basa en el programa 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, pero la intervención cubre otras acciones. En este modelo la meta también es la abstinencia total y permanente de toda sustancia adictiva. Los centros de tratamiento que aplican el modelo Minnesota, como por ejemplo la Clínica Betty Ford de Estados Unidos, son casi siempre residenciales e introducen a los pacientes a los 12 pasos, al mismo tiempo que los desintoxican (Hodkinson, 1996).

Este modelo se diferencia del que aplican otros centros de desintoxicación porque trata de involucrar a la familia en el proceso de recuperación, ayudándole a entender en qué consiste la adicción y por qué los miembros de la familia se ven afectados por ella. Durante el tratamiento, se ayuda a los padres, hijos y cónyuges de los alcohólicos activos a ver el papel que desempeñaron en el proceso por el cual el drogodependiente llegó hasta la adicción, y a comprender que en dicho proceso no hay personas con una mayor o menor responsabilidad: todos se coludieron en el problema.

Los centros que aplican el modelo Minnesota se diferencian de las reuniones de Alcohólicos Anónimos porque su personal consiste en asesores calificados, terapeutas profesionales y médicos. No son organizaciones de autoayuda, sino lugares en que los alcohólicos y su familia pueden enterarse de fondo de la dinámica del problema, hacer preguntas y ampliar su comprensión del proceso de la adicción (Hodkinson, 1996).

En conclusión, a lo largo de los años en que el fenómeno de las drogodependencias se ha presentado ya como un problema significativo en las sociedades contemporáneas, especialistas del área de las ciencias de la salud han configurado modalidades de intervención preventiva y de tratamiento que, actualmente, han aportado resultados empíricamente comprobables al intentar dar solución a los procesos de abuso y adicción a sustancias psicoactivas.

Es de enfatizar que, tal como sucede con el conjunto de conceptos involucrados en el fenómeno de las drogodependencias, la prevención y tratamiento en drogodependencias también presenta una serie de confusiones conceptuales. En este punto, los niveles de prevención acorde al modelo médico-biológico así como los niveles de prevención universal, selectivo he indicado no diferencian claramente la intervención de orden preventivo y el tratamiento clínico propiamente definido. Parecería ser sugerente que el tratamiento clínico sólo es de corte farmacológico pero, tal como se ha argumentado, en el tratamiento clínico es también incluyente el tratamiento psicológico esto de acuerdo a las diversas modalidades psicoterapéuticas derivadas de una u otra escuela expuesta en el presente capítulo. Es más, una premisa fundamental que diferencia la intervención preventiva y el tratamiento clínico en los procesos de abuso/adicción a sustancias psicoactivas es que esta última, para obtener resultados satisfactorios, se debe incluir un proceso psicoterapéutico para tratar aquellas conductas disfuncionales del sujeto drogodependiente además de incluir forzosamente un tratamiento de corte farmacológico, esto para no abogar por un enfoque unidireccional práctico y, por consiguiente, correr el riesgo de un fracaso terapéutico.

2.7 La epistemología de la psicoterapia contemporánea en el tratamiento de las drogodependencias: Un breve análisis conceptual.

De acuerdo a lo analizado en este capítulo, el campo de la psicología clínica posiblemente sea el más diversificado en intervenir en el abuso y adicción a sustancias psicoactivas, pues esta rama de la psicología cuenta con enfoques psicoterapéuticos que proponen líneas de conceptualización e intervención para tratar clínicamente el problema de

las drogodependencias. Cabe mencionar que esta multiplicidad de enfoques psicoterapéuticos se presenta no como un hecho accidental, sino como un paso lógico acorde al desarrollo y construcción de las corrientes psicológicas que se han consolidado y han sido dominantes durante los últimos 70 años.

Bajo estos argumentos, se está de acuerdo con Ludewig (1998) en lo referente a la historia de la psicoterapia:

En el desarrollo de las tres escuelas psicoterapéuticas más importantes hasta la constitución de la terapia sistémica, los planteamientos terapéuticos de las denominadas “tres fuerzas de la psicología” formaron, por así decirlo, unos “archipiélagos volcánicos”, cuyos habitantes desarrollaron sus propias culturas “de acuerdo con su geografía” y en el curso del tiempo apenas si supieron de los otros. Cultivaron sus tesis básicas, en principio revolucionarias, hasta el punto en que pasaron a ser ‘ciencias normales’ en el sentido que da Kuhn a la expresión¹⁴, y por tanto sin buscar ya fenómenos nuevos sino repitiendo lo hasta entonces probado en múltiples variaciones (p. 60).

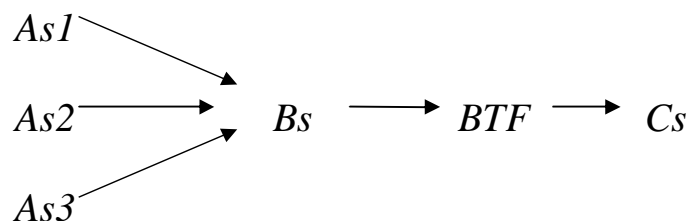
Acorde a este planteamiento, las modalidades psicoterapéuticas expuestas en este apartado, para intervenir en las drogodependencias (o en cualquier problema psicológico), se diferencian unas a otras por medio de sus constructos, categorías, conceptos y definiciones; es decir, cada una de estas modalidades definen la génesis, concreción y la intervención de las drogodependencias de acuerdo a premisas particulares que fueron revolucionarias en un contexto histórico determinado. A pesar de esta divergencia, las modalidades de tratamiento de los procesos de abuso y adicción a sustancias psicoactivas comparten un punto en común: su fundamento epistemológico.

Las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas se hallan impregnadas de la epistemología de su tiempo. General y tradicionalmente se ha pensado en la enfermedad mental en términos de relación lineal, unidireccional, según el cual un acontecimiento A determina un acontecimiento B, y B producirá igualmente C, y así sucesivamente del pasado,

¹⁴ Kuhn (en; Leahey, 2005) describe la historia de la ciencia como un ciclo repetitivo de etapas, y proporciona una explicación acerca de cómo la práctica científica va tomando forma a partir de suposiciones profundamente arraigadas en una visión del mundo de la cual los científicos en activo apenas serían conscientes. Una de las innovaciones de Kuhn fue la de enfatizar la naturaleza social de la ciencia. La ciencia la practican comunidades de científicos, no hombres y mujeres aislados. Por tanto, para entender la forma en que la ciencia funciona, se debe comprender a la comunidad científica y sus normas compartidas, las cuales constituyen en su conjunto lo que Kuhn denomina *ciencia normal*.

al presente, al futuro. Por lo tanto, bajo esta causalidad, los esfuerzos por explicar el comportamiento sintomático se han basado en un modelo médico, en un modelo psicoanalítico o en un modelo conductual (Hoffman, 2005; Nardone y Watzlawick, 2007).

Por citar un ejemplo, el modelo ABC de la TRE cumple cabalmente con las premisas epistemológicas antes referidas, pues sus formulaciones teóricas acerca del origen de algún trastorno psicológico se configuran bajo una causalidad lineal, la cual queda ilustrada del siguiente modo:



Conforme a este esquema, la TRE define que los acontecimientos de la vida cotidiana (As) de un sujeto (que suelen ser activadores y por lo general negativos) son interpretados irracionalmente por medio de sus creencias y pensamientos (Bs) provocando así un patrón de baja tolerancia a la frustración (BTF) conllevando una consecuencia (Cs) concretada como un trastorno psicológico.

Este ejemplo de causalidad lineal en psicoterapia se mostró con la intención de subrayar la manera que los enfoques médico-biológicos y psicoterapéuticos clásicos definen los trastornos psicológicos. Es por medio de esta causalidad que esos enfoques comparten una misma cosmovisión la cual postula un mundo material de objetos físicos por las leyes de la fuerza y la energía. Esta epistemología, denominada lineal-progresiva¹⁵ es atomista, reduccionista y anticontextual y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados (Keeney, 1994).

En contraste, la terapia familiar sistémica, y por tanto la escuela del MRI, promueven una manera diferente de entender el comportamiento humano, tanto cuando está adaptado como cuando revela problemas de adaptación: los terapeutas familiares sistémicos proponen

¹⁵ Keeney (1994), indica que una epistemología alternativa de la lineal progresiva es una epistemología recursiva (llamada también sistémica, circular o cibernética) la cual pone el acento en la ecología, la relación o los sistemas sociales. Al revés de lo que ocurre con la epistemología lineal progresiva, es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Así, la epistemología es más básica que cualquier teoría particular, y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. Por definición, la epistemología procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan o deciden.

que los problemas psicológicos se desarrollan y se mantienen dentro del contexto social de la familia. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista para enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir en ellos: desde el mundo interno e individual o externo e individual hacia la interacción familiar. Si los modelos analítico, conductual y médico-biológico defienden una causalidad lineal de los trastornos comportamentales y de las enfermedades humanas, el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural, especialmente intensa y vinculante dentro de los sistemas familiares (Patiño, 2007).

Es evidente que la terapia sistémica interviene divergentemente en la psicopatología respecto a las escuelas psicoterapéuticas tradicionales, pero bajo algunas premisas de la epistemología cibernética¹⁶, las terapias tradicionales y la terapia sistémica son diferentes, pero no necesariamente *excluyentes*. Trazada esta *distinción*¹⁷, la presente investigación documental parte de la convicción de que si no se hubieran incluido y sintetizado las modalidades clásicas de tratamiento psicoterapéutico -antes de proponer una alternativa de tratamiento bajo el enfoque de la terapia breve del MRI- se hubiera llevado a cabo un análisis incompleto de los procesos de abuso y adicción de sustancias psicoactivas, ya que las modalidades psicoterapéuticas tradicionales y los enfoques sistémicos pueden ser *cibernéticamente complementarios*.

De acuerdo con Keeney (1994), una complementariedad cibernética ofrece un marco de referencia para estudiar las distinciones. En su mayoría, las personas entienden que las distinciones representan una dualidad del tipo “o bien...o bien...”, una polaridad, un choque de opuestos o una expresión que se apoya en una lógica de negación (A/no A; correcto/incorrecto; útil/inútil; bueno/malo). Según esto, se habla de “ganar” o “perder” al modo se suma-cero.

Varela propuso otra manera de contemplar las distinciones a través del lente epistemológico de la cibernética (Keeney, 1994). Varela comienza estableciendo la forma básica de concebir los dos lados de una distinción: “eso/el proceso que conduce a eso”. Si se considera que estos dos lados, pese a ser diferentes, están relacionados entre sí, uno se

¹⁶ Keeney (1994) define la epistemología cibernética como la ciencia de la pauta y la organización, la cual propone una manera de discernir y conocer las pautas que organizan los sucesos, como por ejemplo las secuencias recursivas de acción en un episodio familiar. Lo que distingue la labor del especialista en cibernética es que salta del paradigma de la materia, del objeto o la cosa, al paradigma de la pauta.

¹⁷ Una distinción es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología. El trazar distinciones permite crear fronteras físicas, agrupamientos funcionales, categorías conceptuales, etc., en un mundo infinitamente diversificado de distinciones posibles. Así pues, una distinción es el “escalpelo” epistemológico de la discriminación y, por tanto, es una manera de construir y conocer un mundo de experiencia (Keeney, 1994).

aproxima a un encuadre cibernético de las distinciones, y dicho encuadre permite que pueda verse a ambos como una “imbricación de niveles, en que uno de los términos de la pareja surge del otro”. A este fin, tómesese cualquier situación (dominio, proceso, entidad, noción) que sea holística (total, cerrada, completa, plena, estable, autosuficiente). Póngasela del lado izquierdo de la barra, y del lado derecho póngase los procesos correspondientes (constituyentes, generadores, dinámicos), verbigracia:

Rekursivo / lineal progresivo
Terapia conductual / terapia MRI

Importa tener en cuenta que toda complementariedad cibernética abarca diferentes órdenes de recursión, que demuestran de qué manera las parejas (polos, extremos, modalidades, lados, aspectos) se relacionan y sin embargo permanecen distintas. Sin embargo, a veces, se trazan distinciones con el fin de deslindar una peraza de opuestos, cada uno de los cuales pertenece a un mismo orden de proceso. Por ejemplo, se propone el par “predador/presa”, afirmando que son opuestos excluyentes entre sí. Varela sugiere que cada vez que se encuentre un dualismo de este tipo –qué él denomina “par hegeliano”- se debe advertir que se está ante un esquema incompleto: es menester que se conciban esos pares hegelianos como uno de los lados de una complementariedad cibernética más amplia: para cada par hegeliano de la forma A/no-A, existe otra (forma) más incluyente, donde los aparentes opuestos componen el miembro de la derecha (Keeney, 1994). En el caso del par hegeliano “predador/presa”, se tiene complementariedad cibernética “ecosistema/interacción de las especies”. Cada vez que se encuentre un par hegeliano que propone una simetría de opuestos, se pueden siempre reencuadrarlos como parte de una complementariedad cibernética más abarcadora. En el ejemplo anterior, la batalla entre especies por el alimento y territorio sólo es la mitad de la historia, el cuadro cibernético más amplio dice que esa batalla es un medio o proceso para generar, mantener y estabilizar un ecosistema. Por consiguiente, las complementariedades cibernéticas son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión.

En el caso del par hegeliano “terapia conductual/terapia MRI” se propone como complementariedad cibernética más abarcadora “cambio terapéutico/técnica de intervención”. Ambas modalidades terapéuticas están constituidas por constructos y categorías que; en la práctica, tienen como objetivo favorecer en los clientes que presentan algún “trastorno psicológico” estilos de vida diferentes, sin la persistencia del problema.

Además, otro punto que se puede derivar de la definición de complementariedades cibernéticas es concebir que todo lo expuesto en los capítulos precedentes probablemente corresponde a un segmento de la distinción en el estudio del abuso y adicción a sustancias psicoactivas, una epistemología lineal que permite conocer, explicar e intervenir en ese complejo “universo” denominado drogodependencias. Es a partir de esta *puntuación*¹⁸ que (de acuerdo a los propósitos de esta investigación documental) es imperante citar el desarrollo conceptual del enfoque de la terapia familiar breve del MRI con la intencionalidad de ofrecer, en la medida de lo posible, el segmento puntuado restante en el tratamiento de las adicciones. Es así que, en el capítulo siguiente, se analizarán y sintetizarán los constructos que dieron lugar al enfoque teórico/práctico de la terapia del MRI por medio de algunos eventos históricos y obras especializadas que permitieron definir el origen/mantenimiento de la psicopatología bajo una causalidad circular en torno a un sistema de interacción único y organizado (la familia).

¹⁸ La puntuación es el empleo de las distinciones para crear una indicación (Keeney, 1994).

CAPITULO III

Antecedentes teórico/conceptuales del MRI: El enfoque interaccional de la comunicación.

Aparentemente la cibernética, con su lenguaje matemático, no tendría nada en común con el modelo interaccional de la comunicación; pero a lo que contrariamente se llegara a pensar, para Gregory Bateson la concreción de la cibernética representó uno de los eventos más importantes del siglo XX. Acorde a lo anterior, Bateson (1998e) comenta lo siguiente:

Tengo 62 años y cuando comencé a pensar en los acontecimientos históricos que he visto durante ese tiempo, me pareció que sólo presencié dos momentos que podía evaluar como realmente importantes desde el punto de vista de un antropólogo. Uno integrado por los momentos que condujeron al Tratado de Versalles, y el otro fue la irrupción de la cibernética (p. 501).

Es entonces que para precisar la importancia conceptual que obtuvo para Bateson primero y para el MRI después la concreción científica de la cibernética adaptada al estudio de los fenómenos sociales al momento de exponer su enfoque interaccional del comportamiento humano, este apartado partirá con la exposición histórica de los acontecimientos, conceptos y definiciones que fueron precursores en la construcción teórico/práctica de la terapia breve del Mental Research Institute. Por ende, se explicarán los términos “retroalimentación” (retroacción o feedback) y causalidad circular para después contemplar los eventos ocurridos en las Conferencias Macy, conferencias que marcaron la génesis de la cibernética así como un nuevo marco conceptual para abordar la conducta perturbada. Del mismo modo, se expondrán las observaciones del equipo Bateson acerca de la transacción comunicacional en la esquizofrenia, observaciones que son angulares en la comprensión de un enfoque definitorio alternativo de la psicopatología. Por consiguiente, se expondrá el concepto de familia como sistema cibernético, contexto fundamental e íntimamente vinculado en la conducta disfuncional. Del mismo modo, se describirá la teoría de la comunicación humana como un instrumento de suma utilidad, no solo para el MRI sino para la terapia sistémica en general, para llevar a cabo lecturas de las pautas de interacción entre el sujeto adicto a una sustancia psicoactiva con su familia construyendo un marco alternativo de análisis para redefinir las drogodependencias el cual sea congruente con la teoría y la práctica del Mental Research Institute.

3.1 Los mecanismos de retroalimentación.

A comienzos del siglo XX, Claude Bernard había observado la analogía entre el proceso de regulación de la máquina de vapor y el de los organismos vivos frente a cambios externos o internos que podían perturbar su metabolismo. Había observado que ciertas sustancias del cuerpo conservaban un índice de concentración muy estable, lo que condujo a postular la estabilidad del “medio interno” como una de las condiciones elementales de la vida. Walter Cannon dará el nombre de *homeostasis* a esta tendencia de mantener el equilibrio interno; ésta se hace posible gracias a los procesos autorreguladores complejos que garantizan una constancia relativa del nivel de concentración de azúcar en la sangre, de la presión osmótica, de la temperatura corporal, etcétera (Wittezaele y García, 1994).

En esa misma época, Ludwing von Bertalanffy concibe su Teoría General de Sistemas (Bertrando y Toffanetti, 2000); una teoría general de la organización aplicable en cuanto a sus principios a cualquier tipo de sistema, independientemente de los materiales constituidos que tenga. Según Bertalanffy, se puede describir formalmente cualquier sistema: el sistema es un todo que se comporta de manera diferente a la de la simple suma de sus partes; es una totalidad ordenada, y el modo como se ordena tiene consecuencias significativas sobre su forma de comportarse.

Paralelamente, Norbert Wiener, un matemático del Massachusetts Institute of Technology (MIT), Arturo Rosenblueth, un neurofisiólogo del Instituto Nacional de Cardiología (México) y Walter Cannon se reúnen regularmente en la Harvard Medical School para discutir sobre sus trabajos. Creen que se hallan frente a problemas parecidos – circuitos de computación, sistema nervioso, homeostasis biológica- pero no consiguen encontrar un lenguaje que permitiría establecer puentes entre sus diferentes disciplinas y, por tanto, beneficiarse de sus descubrimientos recíprocos. En esa época, Wiener participa en las investigaciones que permitirán la creación de los ordenadores modernos. Pero Norteamérica entra en guerra y, como otros científicos, debe participar en el esfuerzo común de lucha contra el enemigo. Los progresos de la aeronáutica, y en especial el aumento de la velocidad de los aviones, han dejado anticuadas las piezas de artillería antiaérea. Se encarga a Wiener que estudie la cuestión. Él se da cuenta de que es “necesario integrar en el aparato de control el tratamiento de todas las operaciones necesarias”. Así, con la ayuda del ingeniero norteamericano Julian Bigelow, Wiener se aplica a construir un aparato que permita tener en cuenta el desplazamiento del avión blanco (y las características de previsión que esto necesita), así como la reducción del error de tiro. Bigelow y Wiener llegaron a la conclusión

de que un factor muy importante de la actividad voluntaria es lo que los ingenieros llaman *feedback* (o retroacción). Cuando se desea que un movimiento siga un modelo dado (verbigracia, una trayectoria definida para que un misil alcance un blanco), la desviación entre este modelo y el movimiento realmente efectuado es utilizada como un nuevo dato (feedback) para hacer que la parte que se desplaza siga una trayectoria más próxima al movimiento previsto por el modelo (Witzezae y García, 1994).

Muy pronto, Wiener y Bigelow comparan este tipo de fenómenos con los movimientos voluntarios en el hombre; lo que se produce cuando se quiere; verbigracia, alcanzar un objeto con la mano. En este caso, como sucede con la interceptación de un blanco por un misil, se efectúa una serie continua de rectificaciones o recalibraciones (conscientes o inconscientes) que conducen la mano hacia el objetivo fijado; para realizar este gesto con éxito, se debe, durante la realización del movimiento, reducir constantemente la desviación entre la posición de la mano y el “blanco”. Por eso, cuando los ingenieros se dan cuenta que el feedback debe responder a ciertas condiciones, principalmente de esperas pero también de amplitud (en efecto, todo feedback demasiado brusco corre el peligro de hacer que la parte regulada efectúe una desviación más importante en la otra dirección y así continuamente hasta entrar en una oscilación salvaje), se dirigen al doctor Rosenblueth para preguntarle si, en sus pacientes, no ha observado algunas de las patologías con las que tienen que enfrentarse los mecanismos de feedback. La respuesta va totalmente en el sentido previsto por Wiener: efectivamente, unos pacientes afectados de ciertas lesiones o malformaciones del sistema nervioso tienen comportamientos análogos a los de las maquinas descritos por Wiener. Los investigadores se entusiasman con estos indicios prometedores; desean confrontar los datos que disponen y continuar sus intercambios metodológicos con otros científicos interesados por cuestiones referentes a estos procesos. Dentro de este marco, en 1942, la Fundación Macy organiza su primera conferencia, en donde además de los tres personajes antes mencionados, asistieron a esta conferencia el matemático John von Newman, el fisiólogo español Rafael Lorente de No, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead, el hipnoterapeuta Milton H. Erickson y Lawrence Kubie (Witzezae y García, 1994).

Para 1943, el diario “Philosophy of Science” publica uno de los artículos derivados de este encuentro: *Behavior, purpose and teleology* (Comportamiento, objetivo y teleología) el cual es importante porque este artículo es reconocido como la primera publicación cibernética. Dicho trabajo explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a

través del tiempo y, más aún, como su conducta se da en función de cierta finalidad a la que tiende en todo momento a corregirse y de este modo regularse (Vargas, 2004).

Este estudio comportamental no intenta analizar la organización interna de las entidades que estudia, su estructura o propiedades. Al contrario, se propone examinar en ellas el comportamiento observable, las reacciones, los *outputs* (los “productos de salida” de los datos) en relación con los *inputs* (las “entradas de los datos”) sin especular sobre las características internas de la entidad la que se considera como una “caja negra”. Los autores de dicho artículo exponen también un punto de vista común afirmando que el concepto de feedback es la clave de la explicación de todo comportamiento intencional (Wittezaele y García, 1994).

Desafortunadamente, el comienzo de la Segunda Guerra Mundial imposibilitó que se continuaran con éstos trabajos. Sin embargo, esta primera reunión fue la que dio pie a la organización de otras conferencias que tuvieron que esperar cuatro años. De cualquier modo, Bateson, ya se ha interesado por las discusiones del feedback. En sus primeros trabajos como antropólogo había estudiado el comportamiento de los iatmul en Nueva Guinea, había notado la complementariedad o la simetría¹⁹ de los subgrupos frente a frente; por ejemplo, cuanto más animaban las mujeres a los hombres durante la ceremonia Naven, mas “exageraban” ellos, en cierto modo. Bateson había deducido que se trataba de un proceso que debía llevar a un “cisma” entre los diferentes grupos. Como todavía en esa época no se hablaba de feedback negativo, Bateson no había podido encontrar una explicación coherente al retorno a la normalidad de las relaciones entre los diferentes subgrupos. En realidad, puede decirse que él sólo había descrito el principio de feedback positivo y que en ocasión al primer encuentro Macy descubre el de feedback negativo, base del fenómeno de autorregulación. Aunque experimenta ciertas dificultades en “traducir” el lenguaje de los matemáticos y de los

¹⁹ Bateson, a partir del estudio de los iatmul de Nueva Guinea infiere que, para comprender el comportamiento de un individuo, hay que tener en cuenta los lazos entre dicho individuo y las personas con las que está en relación; la conducta de un ser humano está igualmente determinada por la respuesta del otro. Observa en la vida social de los iatmul fenómenos de interdependencia del comportamiento y comprueba principalmente que ciertos comportamientos (tanto de hombres como de mujeres) tienden a mantener el *status quo* en las normas culturales mientras que otros producirían cambios si no fuesen reprimidos. Es así que Bateson considera el status quo como un equilibrio dinámico en el que se producen cambios continuamente. A partir de estas observaciones, Bateson formuló dos conceptos importantes para lo que sería después el enfoque interaccional de la comunicación: El ethos y la esquismogénesis. El análisis de los datos iatmules llevó a la definición del ethos como la expresión de un sistema culturalmente estandarizado de los instintos y emociones de los individuos. Por su parte, el ethos iatmul –que consistió en ordenar ciertas recurrencias, “acentuaciones” o “temas”- llevó a reconocer la esquismogénesis. Estas secuencias de esquismogénesis podrían clasificarse en dos clases: a) esquismogénesis simétrica, en la cual las acciones recíprocamente desencadenantes de A y B eran recíprocamente similares, por ejemplo en los casos de competición, rivalidad y otras semejantes; y b) esquismogénesis complementaria en las cuales las acciones recíprocamente desencadenantes eran diferentes en esencia, pero mutuamente apropiadas, por ejemplo, dominio-sumisión; auxilio-dependencia y otras comparables (Bateson, 1998a)

ingenieros, Bateson ha presentado que estas discusiones podrían permitirle lanzarse a un enfoque más riguroso de los fenómenos sociales (Vargas, 2004; Wittezaele y García, 1994).

Es entonces que para 1946, gracias al esfuerzo conjunto de Bateson, McCulloch y Lawrence Frank, la Macy Foundation decidió llevar a cabo más conferencias que girarán en torno al desarrollo de un nuevo lenguaje interdisciplinar que pueda describir fenómenos tan diferentes como la transmisión de información mediante señales eléctricas, la neurofisiología así como la posibilidad de diseñar máquinas de cálculo y sistemas artificiales capaces de autorregularse. Por tanto, lo discutido en estas conferencias se expondrá a continuación.

3.1.1 Las Conferencias Macy, la cibernética y los mecanismos de retroalimentación en los sistemas sociales.

Independientemente de la importancia de lo discutido en la primera Conferencia Macy sobre los mecanismos de feedback, algunos autores (Bertrando y Toffanetti, 2000) mencionan que estos encuentros iniciaron formalmente en 1946.

Además de Bateson, Mead y McCulloch; en la segunda conferencia participaron el matemático autodidacta Walter Pitts²⁰, Norbert Wiener, John von Newman, el matemático Leonard Savage; el ingeniero electrónico William Bigelow; los neurofisiólogos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No; los psicólogos Molly Harrower, Kurt Lewin y Henrich Kluever. Otros, como el teórico de sistemas Heinz von Foerster se unieron poco después. La estructura de las conferencias era muy peculiar: se organizaban sólo debates libres, en los que los participantes podían lanzar y retomar ideas siempre nuevas sin la preocupación de defender sus propias teorías (Vargas, 2004)

El joven Heinz von Foerster, ingeniero recién llegado al término de la guerra de la destruida Viena, se encargará de llevar las actas de las conferencias, que comienzan a ser transcritas precisamente a partir de 1949 (Wittezaele y García, 1994).

Un resumen de la segunda conferencia, titulada “The Feedback Mechanisms and Circular Causal Systems in Biology and Social Sciences” (los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales), organizada los días 8 y 9 de marzo en Nueva York, puede dar una idea mejor de los contenidos que abordan tales encuentros. En la mañana del día 8 hablan von Newman, que

²⁰ En 1940 Pitts trabajó con McCulloch y juntos comprobaron que el lenguaje utilizado para describir la interacción entre neuronas es el lenguaje de la lógica formal y del álgebra booleana (Bertrando y Toffanetti, 2000)

describe la estructura básica de los computadores digitales, y Rafael Lorente de No presenta las analogías entre dicha máquina y la transmisión de los impulsos nerviosos, tema sobre el que estaba trabajando. Por la tarde, Wiener habla de máquinas teleológicas y de retroalimentación negativa, mientras que Rosenblueth se ocupa de los mecanismos homeostáticos y del comportamiento finalístico de los organismos. Durante la segunda jornada, McCulloch y Pitts exponen su trabajo sobre la lógica de las redes nerviosas; Bateson y Mead tratan el tema de la carencia de principios fundamentales científicamente correctos en las ciencias sociales y de la posibilidad de utilizar la retroalimentación negativa y la homeostasis como modelo explicativo de los fenómenos sociales. El filósofo Filmer Northrop especula sobre la posibilidad de obtener una ética de las ciencias naturales; la psicóloga Molly Harrower habla de las diferencias perceptivas entre las personas normales y las personas que han tenido lesiones cerebrales; el analista Kubie habla de neurosis (en concreto, sobre la neurosis obsesivo-compulsiva), mientras que el psicólogo de la gestalt Heinrich Kluever expone como la mente humana, a través de los mecanismos de retroalimentación, ajusta las percepciones para mantener constante no sólo su ambiente exterior. Se puede comentar que las teorías expuestas en aquel primer encuentro no sólo dieron forma a todas las conferencias posteriores, sino que también sentaron las bases para el análisis de problemas en donde las siguientes generaciones de cibernéticos han llegado a abordar hasta la actualidad (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Como se ha expuesto, las Conferencias Macy fueron una serie de encuentros que causaron un gran entusiasmo entre sus participantes, porque lo analizado en estos eventos permitió formular un nuevo marco conceptual para abordar múltiples problemas de investigación no sólo de las ciencias duras, sino también de las denominadas ciencias blandas. Es más, estas conferencias (especialmente la realizada en 1949) marcó la génesis de una nueva disciplina: la cibernética. Según la definición de Wiener (en; Bertrando y Toffanetti, 2000) su creador, la cibernética es el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina. Posteriormente, Bateson (2006) la definió como la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información.

En síntesis y retomando el concepto de feedback, el estudio de la autorregulación tal como se da, bien en los sistemas naturales (por ejemplo, la regulación homeostática del cuerpo), bien en los sistemas artificiales (por ejemplo, el termostato que regula la calefacción), Wiener es quien formula el concepto de retroalimentación. Como se definió, el feedback es la característica que presentan las unidades que forman un sistema cibernético en cuanto que no son meros emisores o centros de una comunicación, sino que dan o que

reciben siempre un mensaje de respuesta relacionado con el mensaje emitido o recibido. El mensaje, por tanto, regresa siempre al emisor, modificándolo. Es conveniente entonces distinguir entre una retroalimentación positiva (cuyo objetivo es hacer que el sistema continúe en la dirección del movimiento precedente, aumentando su inestabilidad) de una negativa (en la que el mensaje sobre el éxito del funcionamiento precedente es usado para ajustar el mecanismo que regula el funcionamiento futuro, llevando el sistema hacia la estabilidad). Por ende, el concepto de retroalimentación permite idear y diseñar mecanismos orientados a un fin sin necesidad de tener en cuenta la teleología: los sistemas de control automático del tiro concebidos por Wiener parecen autocorregirse ante un objetivo determinado, pero en realidad responden al esquema del propio proyecto. La retroalimentación y la recursividad, análogamente, pueden ser usadas para plantear explicaciones del comportamiento humano que desbordan el estrecho marco del enfoque comportamental, todavía imperante en la psicología académica (Bertrando y Toffanetti, 2000)

Bateson (el cual desempeñó un papel fundamental para ajustar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento), retomará las ideas de Wiener y las aplicará a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales. Como ejemplo de la retroalimentación, Bateson suele citar el caso del termostato. Un sistema de calefacción es controlado por un termostato; cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o lo apaga, haciendo volver la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. Así pues, el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo. En una familia, por ejemplo, una pelea entre dos miembros puede intensificarse, como la temperatura de la casa, hasta alcanzar un umbral máximo intolerable; este último es a veces regulado o definido, igual que el termostato, por la conducta de otro miembro que detiene la pelea. Un hermano y una hermana pueden discutir entre sí hasta que el perro de la familia empieza a ladrar: la conducta del perro distrae a los hermanos, que se le aproximan y empiezan a jugar con él (Vargas, 2004).

De acuerdo con el mismo autor, lo anterior es la forma en que Bateson pensó en las interacciones humanas se corporizan los procesos de retroalimentación como eran descritos en la cibernética. Estos procesos de retroalimentación son los que darían la estabilidad a la organización descrita (sea una familia, una pareja o incluso una cultura). Esta organización se puede mantener gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta; se dice que tal organización o sistema perdura debido a que es autocorrectivo.

Esta condición de estabilidad de un sistema siempre ha de ser analizado a la luz de los cambios que permiten tal estado. La cibernética sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener una cierta constancia (estabilidad/cambio), y que puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (homeostasis). Wiener propuso de manera original que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de la retroalimentación. En otros términos, la retroalimentación puede referirse al éxito o al fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura. Esta retroalimentación de nivel superior suele ofrecer una manera de preservar y de cambiar una determinada organización social (Vargas, 2004).

Igualmente, otras de las aportaciones conceptuales que Bateson retomó de la cibernética para explicar los intercambios de los mensajes en un sistema de interacción son; por una parte, el ya citado cambio epistemológico lineal a una visión de los fenómenos bajo una causalidad circular y, por otro, el análisis de la teoría de los tipos lógicos, en donde ambos principios son trascendentales para la terapia familiar breve del MRI. En el caso del primero, la causalidad circular ha permitido la observación y definición de la psicopatología no como una afección individual, histórica e intrapsíquica, o sea definiendo el problema aislando variables sino; por el contrario, la noción de circularidad permite analizar las afecciones psicológicas como fenómenos de intercambios comunicacionales que son concretados a un nivel relacional en un sistema compuesto por dos o más miembros. En el caso de la teoría de los tipos lógicos, el análisis realizado por Bateson permitió esclarecer el cómo las paradojas en la comunicación a diferentes niveles son medulares para que se concrete un problema psicológico. Por tanto, se expondrá a continuación ambos principios que permitieron formular el enfoque interaccional de la comunicación la cual es la base conceptual del MRI en su estudio y observación de la psicopatología.

3.1.2 Causalidad circular.

La ciencia “clásica”, tal cual como es concebida en la actualidad, es formalizada por cuatro normas cartesianas en la cual su autor postuló que para realizar un quehacer científico adecuado, estos preceptos no deben ser ignorados bajo ninguna circunstancia:

1. No admitir nunca una cosa como verdadera si no se conociese evidentemente como tal; es decir, evitar cuidadosamente la precipitación y la prevención.
2. Dividir cada una de las dificultades con que tropieza la inteligencia al investigar la verdad, en tantas partes como fuera necesario resolverlas.
3. Ordenar los conocimientos, empezando siempre por los más sencillos, elevándose este análisis por grados hasta llegar a los más compuestos y suponiendo un orden en aquellos que no lo tenían por naturaleza.
4. Hacer enumeraciones tan complejas y generales, con el objetivo de tener la seguridad de no haber incurrido en ninguna omisión.

Según estos principios, la ciencia consiste en que, si se quiere llegar a comprender la complejidad del universo, se debe antes de comprender sus elementos constitutivos. Es necesario pues dividir: disciplinas de estudio bien separadas; es decir, esferas y dominios científicos, campos de investigación precisos, variables bien definidas y controladas por el experimentador, que deben determinar la importancia relativa de cada una de las variables sometiéndolas a un test sucesivamente mientras mantiene las otras constantes. El investigador debe permanecer “objetivo” y llegar a una cuantificación de las variables.

De acuerdo con Wittezaele y García (1994), la cibernética y la teoría general de sistemas defienden una visión diferente del enfoque de los fenómenos complejos sosteniendo que un análisis de cada elemento de un sistema no permite captar las características del conjunto; el conjunto posee unas propiedades que no son reductibles a las de los elementos tomados separadamente. En los sistemas simples, la cibernética tiene poco interés. Mientras es posible variar un solo factor a la vez, el método antiguo funciona, pero cuando los sistemas y las variables son tan *dinámicos* y están tan *interconectados* que el cambio de un factor produce automáticamente la alteración de uno o varios factores distintos, entonces el método tradicional ya no resiste. Hasta ahora, la ciencia tendía a evitar este género de fenómenos, concentrándose en lo simple, lo particular y lo reductible. Una de las características principales de estos sistemas es que obedecen a unas reglas de causalidad diferentes de los fenómenos simples estudiados por la física clásica.

Si el sistema en su totalidad responde a una cierta lógica, principalmente si tiende hacia una norma de funcionamiento estable, es evidente que sólo se podrá comprender el sentido del comportamiento de uno de sus elementos si se sitúa en el contexto del conjunto del que forma parte, porque está “controlado” por el conjunto. Por tanto, es necesario distinguir dos niveles de descripción y de análisis: si este análisis se sitúa a nivel de un

elemento preciso, puede parecer que su comportamiento es una reacción a una causa determinable, pero si el análisis se sitúa con una cierta perspectiva, de manera que se pueda observar el conjunto del sistema, el sistema de causalidad lineal ya no vale: cuando diferentes elementos están en interacción, *en cualquier punto del sistema*, el comportamiento de un elemento es una “causa” para el elemento que lo sigue en el lazo o el circuito de interacción, la causalidad es entonces circular (Wittezaele y García, 1994).

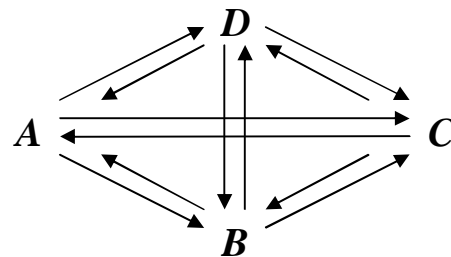
Para enfatizar esta diferencia entre los fenómenos estudiados por la física clásica y los fenómenos que deben ser analizados por una causalidad circular, Bateson (2006) establece una distinción entre el mundo de los objetos físicos y el mundo de las formas vivas. El mundo físico, el mundo de Newton, supone un modelo de bola de billar en que la causalidad es lineal y las fuerzas actúan unidireccionalmente sobre las cosas. Bateson objeta diciendo que el mundo de las formas vivas está mal explicado al compararlo con una mesa de billar. En el mundo de las formas vivas no sólo la fuerza, sino también la información y las relaciones son importantes.

Un ejemplo de estos argumentos es la diferencia entre patear una piedra y patear un perro. En el caso de la piedra, la energía transmitida por el puntapié hará que la piedra recorra cierta distancia, lo que puede predecirse por el peso de la piedra, la fuerza del puntapié, etc. Pero si un hombre patea un perro, la reacción del perro no depende enteramente de la energía, y el resultado es impredecible. Lo transmitido es noticia acerca de la relación: la relación entre el hombre y el perro. El perro responderá de una de muchas maneras, dependiendo de la relación y de cómo interprete el puntapié. Podrá encogerse, huir o tratar de morder al hombre. Pero el comportamiento del perro a su vez se vuelve noticia para el hombre, que puede modificar su comportamiento ulterior. Por ejemplo, si el hombre resulta mordido, podrá pensarlo dos veces antes de volver a patear a ese perro en particular (Hoffman, 2005).

De este modo, los planteamientos expuestos en los párrafos anteriores sugieren que en la observación de ciertos fenómenos es fundamental la causación recíproca de variables y el intercambio de *informaciones* en un contexto relacional de un sujeto. Si se observa el comportamiento de un individuo en términos interaccionales, esto es, considerando las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental “determinado” propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente, entonces se modifica completamente la perspectiva clásica del estudio de la personalidad y de la

conducta humana ofrecida por los modelos psicoanalítico y conductual, fieles a una epistemología unidireccional. El análisis de la persona, en sí, no en función de sus relaciones con las demás personas o con el contexto situacional parece insostenible. Igual que en matemáticas, donde un número existe sólo en relación con su función en un contexto operativo y en su relación con los demás números, así también la persona singular se expresa a sí misma y expresa su comportamiento en función de sus interacciones con los demás y el ambiente que lo rodea (Nardone y Watzlawick, 2007).

A esta consideración de orden general, se debe añadir el ya mencionado concepto de *retroacción*, que de ahora en adelante se entenderá como *la peculiaridad de todos los seres vivientes que se hallan dentro de un sistema de comunicación de no ser simples emisores o receptores de información, sino de dar y recibir indicadores pragmáticos en relación con el mensaje emitido y recibido. La retroacción es el mensaje de retorno al emisor que establece un juego circular de informaciones e influjos recíprocos entre el emisor y receptor del primer mensaje*. De tal modo que se produce una forma de causalidad circular en el interior de la cual no existe una verdadera relación de causa y efecto entre el primer emisor del mensaje y el receptor, sino una forma más compleja de causación recíproca entre las variables en juego de una relación. Se supera de suerte el concepto determinista de unidireccionalidad y causalidad lineal a favor de una concepción no determinista que puede expresarse genérica y gráficamente de la siguiente manera:



En la que el proceso adopta una forma circular de reverberación mediante las retroacciones recíprocas entre las variables. Una vez desencadenado este proceso circular, no existe ya un comienzo o un fin, sino sólo un sistema de influjo recíproco entre variables. De aquí brota la exigencia de estudiar el fenómeno en su globalidad, teniendo siempre presente que toda variable se expresa en función de su relación con las otras variables y el contexto de la situación. Luego viene la comprobación de que la suma de las partes no es igual al todo, y de que el aislamiento de una sola de las variables para el estudio de sus características conduce inexorablemente a un reduccionismo y a distorsiones de tipo cognoscitivo, que no pueden representar cabalmente las prerrogativas de cada una de las variables, ni pueden llevar a la

reconstrucción del proceso relacional entero. Por tanto, queda la exigencia de estudiar los fenómenos interactivos, porque ellos son los que determinan, junto con la peculiaridad de las variables, la expresión del proceso en curso y la expresión de cada variable en concreto. Sólo si se da la debida importancia a esta dinámica interactiva y a las reglas²¹ que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de los fenómenos individuales y de su procedencia (Nardone y Watzlawick, 2007).

Por consiguiente, cuando un investigador se encuentra frente a unas variables múltiples interdependientes, la situación exige recurrir a nuevos instrumentos conceptuales y a nuevos métodos de tratamiento: recurrirá a la modelización y a la simulación; es decir, que se esforzará a una representación (matemática, grafica, verbal...) del sistema que se ha de describir y su funcionamiento. Sin duda el modelo será simplificado con respecto a la *situación concreta*, pero deberá respetar los lazos formales entre las variables, la estructura y, haciendo variar el modelo, simulando el fenómeno a estudiar, se podrá obtener informaciones sobre la dinámica del sistema modelizado. Así pues, la sistémica recurrirá a un razonamiento del tipo analógico, con las ventajas y los inconvenientes de este tipo de enfoque: pérdida de precisión cuantitativa, dificultades en la elección de un modelo adecuado para la situación estudiada, pero respeto a las cualidades propias de los fenómenos complejos y las interacciones entre los elementos.

3.1.3 Bateson: la teoría de los tipos lógicos, comunicación y psiquiatría.

Se acaba de ver que, cuando se estudian unos sistemas de elementos en interacción, es necesario distinguir los niveles de análisis: los parámetros que conciernen al circuito en su conjunto no pueden ser considerados en el mismo plano que los parámetros que conciernen a los diferentes elementos del circuito; deben ser objeto de un tratamiento diferente. Si se desea, verbigracia, modificar ciertas reglas de funcionamiento del sistema entero, como la

²¹ Stierlin (1997) distingue dos tipos de reglas: reglas prescriptivas y reglas descriptivas. En el caso de un terapeuta, si se guía por concepciones psicoanalíticas, puede interpretar las reglas prescriptivas como aquellas que determinan el superyo; es decir, este tipo de reglas se transmiten a través de herencias y delegaciones y actúan de manera transgeneracional. A este tipo de reglas se pueden contraponer aquellas que se constituyen porque las relaciones humanas simplemente no pueden funcionar sin reglas. Considérese el ejemplo de una pareja que aún no se conoce en absoluto: tan sólo al pasar el umbral de una puerta, uno de los dos tiene que pasar primero y el otro debe seguir. Así se forma una regla acerca de si el hombre deja el paso a la mujer o si es indiferente quien pasa primero; pero incluso esto ya es otra regla. En el caso de que los dos sigan juntos, se formarán inevitablemente otras reglas más que marcarán su convivencia y que se expresan luego en esquemas que se convierten, a su vez, en factores estabilizadores de la relación. También aquí hay que diferenciar nuevamente entre unas reglas de las que los afectados saben más o menos claramente que determinan su conducta y que producen remordimientos de conciencia en casos de transgresiones, y otras reglas que sólo puede captar un observador externo gracias a su posición exterior. En este caso se podría hablar de reglas descriptivas.

temperatura media de un sistema de calefacción o la velocidad media de un motor, se debe recurrir a un tipo de información diferente a la que transmiten las retroacciones. Éstos permiten una regulación del sistema respecto a dichas normas, pero no pueden modificar la norma misma. Para hacerlo, es necesario “recalibrar” el sistema entero.

Bateson nunca pretendió comprender el “denso” lenguaje matemático que expone la teoría de los tipos lógicos, pero él pensaba que cualquier especialista en el estudio de la conducta, mientras ignore los problemas planteados por los *Principia Mathematica* (en; Bateson, 1998b), se puede considerar que sus estudios tienen una obsolescencia de aproximadamente 60 años.

De acuerdo con el mismo autor, la teoría de los tipos lógicos afirma que ninguna clase, en un discurso formal lógico o matemático, puede ser miembro de sí misma; que en una clase de clases no puede ser una de las clases que son sus miembros; que un nombre no es la cosa nombrada; que “John Bateson” es la clase de la cual ese niño es el único miembro y así sucesivamente. Estas aseveraciones pueden parecer triviales y hasta obvias, pero de ninguna manera es inusual que los teóricos de las ciencias de la conducta cometan errores que son análogos al error de clasificar el nombre junto con la cosa nombrada –o “comerse el menú en lugar de la cena”- lo que constituye un error en la *asignación de los tipos lógicos*.

Algo menos obvia es la aseveración que viene luego en la teoría, que una clase de clases no puede ser uno de los ítems clasificados correctamente como sus no-miembros. Si se clasifican juntas las sillas para formar la clase de las sillas, se puede pasar a comentar que las mesas y las pantallas son miembros de una clase más amplia de “no sillas”, pero se cometerá un error en el discurso formal si se cuenta la clase de las sillas entre los ítems que están dentro de la clase de no-sillas. En la medida en que ninguna clase puede ser miembro de sí misma, la clase de no sillas manifiestamente no puede ser una no-silla. Simples consideraciones de simetría pueden bastar para convencer al investigador sin formación matemática de: a) Que la clase de las sillas es del mismo orden de abstracción (es decir, del mismo tipo lógico) que la clase de no-sillas; y además, b) que si la clase de sillas no es una silla, entonces correspondientemente la clase de no-sillas no es una no-silla. Por último, la teoría afirma que si se contraviene esta sencilla regla del discurso formal, se generará una paradoja y el discurso quedará vacío (Bateson, 1998b).

Otro ejemplo de lo antes argumentado es la paradoja del cretense, quien declaró “todos los cretenses mienten”; este ejemplo revela que un enunciado autorreferencial oscila entre ser un enunciado y ser un marco de referencia sobre sí mismo en calidad de enunciado. El oyente queda desconcertado: ¿Miente el habitante de Creta cuando declara que “todos los

cretenses mienten”? Si miente, dice la verdad; si dice la verdad, miente. Los lógicos primitivos no querían admitir estas oscilaciones indeterminantes, y por ende las paradojas fueron proscritas del ordenado mundo de los filósofos. La teoría de los tipos lógicos se convirtió en una “regla” de la lógica, según la cual para evitar las paradojas había que indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados. De este modo no se confundirían niveles lógicos distintos. Como otro ejemplo, considérese la distinción entre un libro y sus páginas que, a su vez, indica dos niveles lógicos, análogos a los de una clase y sus miembros respectivamente. Russell adujo que la especificación del nivel lógico de un término, concepto o expresión impedía que éste fuera autorreferencial. Así, el uso primitivo que se hizo de la tipificación lógica consistió en vedar que las expresiones oscilaran entre distintos niveles lógicos. En el caso del libro y sus páginas, esto es natural: lo corriente es que ni la página se confunda con el libro, ni el libro con la página. No obstante, en el caso de la afirmación del cretense, puede considerársela como un marco de referencia o como uno de los ítems o rubros que lo integran. Para evitar esta autorreferencia el observador ha de estipular desde que lugar de la jerarquía de niveles lógicos contempla el enunciado. El descuido de la tipificación lógica da origen a la paradoja, precisamente porque el observador no sabe cuál nivel escoger, y esta misma ambigüedad genera la experiencia de la paradoja (Keeney, 1994).

Asimismo, Russell admitió que él y Whitehead no habían sabido cómo emplear formalmente la paradoja. Von Foerster (en; Keeney, 1994) puso en tela de juicio la epistemología de los tipos lógicos de Russell, objetando que se la prescribiera para evitar la paradoja y sosteniendo que existía otra manera posible de abordar esta última. Las paradojas autorreferenciales podían ser los ladrillos conceptuales con los cuales construir una cosmovisión alternativa. Puede partirse puntualizando que el observador siempre participa en lo que observa; en tal caso, todos los enunciados, siendo enunciados de observadores, son autorreferenciales y por consiguiente están cargados de paradojas. Bateson coincidió con la propuesta de Foerster, pero adoptó la tipificación lógica como instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y en la interacción entre los hombres. Así pues, la tipificación lógica puede concebirse simplemente como una manera de trazar distinciones y, desde esta perspectiva, utilizarla para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas.

En síntesis y acentuando lo anterior, no es la solución de la paradoja lo que interesó a Bateson, sino la distinción aportada por Russell y Whitehead: *la existencia de una estructuración jerárquica de las proposiciones del lenguaje*. Cuando se formula un enunciado sobre un conjunto, este enunciado es de un orden de abstracción superior a los

enunciados emitidos sobre los elementos particulares de dicho conjunto. En otras palabras, no se puede considerar en el mismo plano lógico a un individuo preciso (un hombre) y “al hombre” en general (la clase de los seres humanos): este último es el resultado de una abstracción de las cualidades comunes a los diferentes individuos que componen la especie humana. Para llegar a la clase, se ha de pasar a una operación mental de abstracción y generalización. Por consiguiente, se abandona la cosa misma para pasar al *nombre de la cosa*: no es posible tocar, ver, oler al “hombre”, igual que la palabra “gato” no maúlla. Esta distinción parece ser evidente, pero no se debe olvidar que en el modo comunicacional habitual, el lenguaje verbal, la diferencia entre estos dos niveles lógicos no aparece y, en todo caso, no se tiene conciencia de que se impone una distinción de sintaxis cuando se pasa de un nivel a otro. Bateson prestó mucho interés a no confundir estos niveles de abstracción. Un término que sirve para describir un fenómeno general es de un nivel de abstracción superior al fenómeno descrito, y el investigador debe recordar tal distinción bajo pena de atribuir a la abstracción las propiedades del fenómeno mismo y de conferirle un orden de realidad que en ningún caso puede reivindicar. La teoría de los tipos lógicos ofrece, pues, un instrumento científico para evitar ciertas amalgamas semánticas inadecuadas (Witzezae y García, 1994).

Como se ha comentado, la aplicación de la teoría de los tipos lógicos que llevo a cabo Bateson no fue, valga la redundancia, un estudio correspondiente a la lógica formal, sino un estudio de la comunicación humana en términos de niveles jerárquicos; es decir, el interés de Bateson consistió en pensar de qué manera la cultura se perpetúa a sí misma. El aprendizaje, para Bateson, no es un fenómeno de un nivel único sino y esto influye en el nivel más amplio de la cultura y su mantenimiento. Este interés en los niveles de aprendizaje y de sistemas de clasificación lo lleva a investigar la naturaleza general de la comunicación en términos de niveles: los denominados niveles lógicos de Russell y es esta discontinuidad entre niveles “clase/miembros” el ámbito en dónde ocurre la paradoja.

Es en este contexto, Jurgen Ruesch un psiquiatra suizo interesado en los procesos de la comunicación, invitó a Bateson a participar en un estudio de la comunicación humana la cual marcó un giro hacia una nueva visión en este campo de la psiquiatría. Junto con Ruesch, Bateson escribió el libro *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría* (Ruesch y Bateson, 1984). No obstante al título, no se trata de un libro de psiquiatría: para escribirlo, Bateson entrevistó a un gran número de psiquiatras buscando comprender cuáles son las ideas mediante las que se construye la propia noción de salud y enfermedad mental. Es además el primer libro en el que Bateson utiliza de forma exacta y precisa para aplicarlos a la psiquiatría, los conceptos cibernéticos desarrollados en las Conferencias Macy. El análisis

principal de este libro se centró en la comunicación como la matriz donde encajan todas las actividades humanas (Bertrando y Toffanetti, 2000; Vargas, 2004).

En el libro, Bateson puso especial énfasis en la interacción del hombre con su entorno en el sentido amplio, que se efectúa a través de la comunicación. Resalto que en los procesos de interacción, el elemento que determina las reacciones y el comportamiento es el paso de informaciones así como los procesos que están implicados en su tratamiento. Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación. Todo suceso es un mensaje y lo que cuenta es qué tipo de transmisión de información se está llevando a cabo (Vargas, 2004).

Según Bateson (1998d), la comunicación verbal humana (y tal vez la animal) puede operar, y siempre opera en muchos niveles contrastantes de abstracción. Estos forman una gama en dos direcciones, desde el aparente nivel denotativo (“El gato está en el felpudo”). Una gama o conjunto de estos niveles más abstractos incluye los mensajes explícitos o implícitos en el que el tema del discurso es el lenguaje, a lo que Bateson denominó metalingüísticos (por ejemplo, “El sonido verbal ‘cat’ representa cualquier miembro de una clase tal y cual de los objetos”, o “La palabra ‘gato’ no tiene pelos y no puede arañar”). El otro conjunto de niveles de abstracción se denominaría metacomunicativo (por ejemplo, “El hecho de decirle yo dónde estaba el gato fue amistoso”, o “Estos es un juego”). En estos casos, el tema del discurso es la relación entre los hablantes.

Se observará que la gran mayoría de los mensajes metalingüísticos y metacomunicativos permanecen implícitos; y también que, especialmente en la entrevista psiquiátrica, tiene lugar una clase más de mensajes implícitos acerca de cómo deben interpretarse los mensajes metacomunicativos amistosos u hostiles (Bateson, 1998d).

De esta forma, el mismo autor invita a la reflexión sobre la evolución de la comunicación, resulta evidente que un estadio muy importante de esta evolución tiene lugar cuando el organismo cesa gradualmente de responder enteramente “automática” a los estados afectivos-signos de otro y se hace capaz de distinguir el signo en cuanto señal; es decir, a reconocer que las señales de otro individuo y sus propias señales son solamente señales, en las que se puede confiar o desconfiar, que pueden ser falsificadas, negadas, ampliadas, corregidas, y así sucesivamente. Por tanto, con estos argumentos, Bateson introdujo la idea de los niveles jerárquicos del mensaje; pues refirió que cada mensaje contiene por lo menos dos niveles: un nivel de contenido y un nivel de significado; es decir, los niveles lógicos de la comunicación.

De manera paralela al trabajo con Reusch, en 1952 la Rockefeller Foundation le concede a Bateson una beca de dos años para estudiar la naturaleza y los niveles de

comunicación antes expuestos. Para tal proyecto, Bateson reúne un equipo ecléctico y heterogéneo. John Weakland es un ingeniero químico que con el tiempo desarrolló un profundo interés por la literatura y cinematografía china. Jay Haley es en aquellos años un joven aspirante a escritor que, ante la necesidad de ganarse la vida, ha abandonado la universidad cuando obtiene su diploma de primer ciclo, y trabaja de bibliotecario, cultivando un interés académico por el cine. William Fry, el único médico del grupo, trabaja en la escuela de psiquiatría.

Durante estos dos primeros años el equipo analizó, entre otras cosas, el entrenamiento de perros para ciegos, el diálogo entre un ventrílocuo y su marioneta, el discurso esquizofrénico en “ensalada” de palabras, así como también la comunicación ambigua, es decir, de mensajes y metamensajes que se califican mutuamente, poniendo al receptor en una situación paradójica. Al recordar sus antiguas experiencias, Bateson recuerda a Milton Erickson, que había participado en la primera Conferencia Macy, como el maestro de la comunicación ambigua. Envía a Haley y a Weakland a Phoenix, Arizona, donde vive y trabaja Erickson, poniendo así en contacto a dos de sus investigadores con uno de los terapeutas más creativos y peculiares de la época. Es así que, para 1953, el grupo comenzó a examinar de manera más profunda la práctica psicoterapéutica. Existía el interés por el trabajo con esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos, esta investigación lograda gracias a un desconocido médico interno en el Veterans Administration Hospital que participaba en el proyecto. Dentro de esta orientación, se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente, y que no hacía una diferencia entre fantasía y realidad (Vargas, 2004; Bertrando y Toffanetti, 2000).

Cuando en 1954 concluye la beca concedida por la Rockefeller Foundation, el equipo Bateson apenas ha delineado su campo de estudio, y nadie parece dispuesto a aportar nuevos fondos para que terminen su trabajo. Bateson se da cuenta de que precisamente la comunicación entre esquizofrénicos puede ser el tema que les reporte más subvenciones. Justo en esa época conoce a un afamado psiquiatra y psicoanalista, Donald D. Jackson. Licenciado en 1943 por la Universidad de Stanford, Jackson entra a formar parte del personal del Chestnut Lodge en 1949, donde trabaja en estrecha colaboración con Sullivan, al tiempo que entra en el Washington Baltimore Psychoanalytic Institute. A partir de 1951 dirige el departamento de psiquiatría de la Palo Alto Medical Clinic, es miembro del instituto de psicoanálisis de la ciudad y profesor del departamento de psicología de Stanford (Bertrando y Toffanetti, 2000).

En una importante jornada de 1954, se organizó en el Palo Alto Veterans Administration Hospital la Conferencia Frieda Fromm-Reichmann. Entre el público estaba presente Bateson, quien se acercó a Jackson después de la conferencia. Las investigaciones de Jackson llamaron poderosamente la atención de Bateson y fue así que éste concluyó que los estudios de Jackson estaban relacionados con los objetivos del proyecto. Es así que por invitación de Bateson, Jackson se integró como consultor del proyecto y el grupo se inclina decididamente por la clínica y por la terapia.

Por consiguiente, a continuación se describirá con más detalle la naturaleza de las investigaciones del proyecto Bateson acerca de la comunicación esquizofrénica, pues además de ser una influencia directa en el modelo terapéutico del MRI, los resultados obtenidos de las investigaciones formuladas por el equipo probablemente sean la génesis definitiva de la explicación interaccional de la psicopatología, rompiendo muchos de los supuestos clásicos de las corrientes psicológicas de la época acerca del origen y el mantenimiento de un problema psicológico.

3.2 El proyecto Bateson y la familia como sistema cibernético.

Como se ha comentado, Bateson encabezó un notable proyecto de investigación que intentaba de clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. Entre otros campos de interés, el grupo contemplaba las pautas de la transacción esquizofrénica. Sus miembros se preguntaban si estas pautas surgirían de una incapacidad de discriminar entre niveles del tipo lógico: por ejemplo, entre lo literal y lo metafórico. Personas consideradas dementes emplean literalmente las figuras de dicción o hablan en metáforas sin reconocerlo. El grupo Bateson planteó la hipótesis de que una persona con este tipo de dificultad podría, en palabras de Bateson, “aprender a aprender”²² en un contexto en que esta dificultad fuese, de alguna manera, adaptativa. Si podía comprenderse este contexto del aprendizaje, podrían comprenderse también los

²² La hipótesis del “aprender a aprender” es sinónimo de la adquisición de aquella clase de hábitos abstractos de pensamiento (libre albedrío, pensamiento instrumental, dominio, pasividad, orientación en ciertos tipos de contexto, etc.). Para aclarar lo anterior, se acuñarán dos palabras: “protoaprendizaje” y “deuteroaprendizaje”. Considérese que hay dos clases de gradientes discernibles en todo aprendizaje continuado. Visualícese que el gradiente que se encuentra en cualquier punto de una curva de aprendizaje simple (verbigracia, la curva de aprendizaje memorístico) representa principalmente la tasa de protoaprendizaje. Pero si se inflige a un mismo sujeto una serie de experimentos similares de aprendizaje sobre el mismo tema, se comprobará que en cada experimento sucesivo el sujeto manifiesta un gradiente de protoaprendizaje algo más empinado, que aprende más rápidamente. Este cambio progresivo en la tasa de protoaprendizaje se denomina deuteroaprendizaje (Bateson, 1998c).

misterios del habla y del comportamiento esquizofrénico. Como la familia es el contexto básico del aprendizaje para los seres humanos, el grupo Bateson razonó que la familia del esquizofrénico acaso hubiese modelado estas formas peculiares por la vía de los peculiares requerimientos de la comunicación que se le imponían (Hoffman, 2005).

Al mismo tiempo, los psicoterapeutas que por su cuenta estaban observando a los esquizofrénicos en el marco de la familia notaron que si el paciente mejoraba, otro miembro de su familia empeoraba. Era casi como si la familia necesitara la presencia de una persona con un síntoma. El grupo Bateson no sólo encontró pruebas de esta suposición; quedó impresionado por el punto en que la familia fomentaba y aun exigía que el paciente mostrara un comportamiento irracional (Hoffman, 2005).

Observando esta dinámica de relaciones en la familia del esquizofrénico en cuanto a que sus miembros se oponen al cambio aun a costa de la mejoría del paciente identificado, Jackson (1957) eligió el término de homeostasis familiar para describir estas interacciones tan peculiares. Jackson definió la interacción familiar como un sistema cerrado de información, de tal manera que las variaciones de comportamiento, u *output*, se inyectan de nuevo (retroacción) en el sistema, con el fin de corregir sus reacciones. De esta manera, la atención se desplazó del individuo en sí al individuo visto como sistema, en el interior de un sistema de relaciones complejo y estructurado.

Sacrificando por el momento la continuidad en la exposición de las investigaciones del grupo Bateson, es imprescindible mencionar que la conceptualización de Jackson de la familia como un sistema homeostático adquirió una gran importancia en algunas escuelas de terapia sistémica. Como ejemplo de ello, Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin y Prata (1988) formularon una concepción propia de la familia que se considerará a partir de ahora como la definición más completa de la familia como sistema cibernético.

En esta investigación documental, por tanto, se entenderá a la familia como un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen a lo largo del tiempo a través de ensayos y errores. La idea central de esta hipótesis es que cada grupo-natural-con-historia, en los cuales la familia es fundamental (pero que podría ser también un equipo de trabajo, una comunidad espontánea, un grupo empresario), se forma en un cierto lapso mediante ensayos, intercambios y retroacciones correctivas, experimentando así sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de *reglas* que le son peculiares. Estas reglas se refieren a los intercambios que se suceden en el grupo natural, y que tienen el carácter de comunicación tanto de nivel verbal como no verbal (Selvini Palazzoli, et. al.).

Retomando al grupo Bateson en relación con la exposición de la familia como sistema cibernético, el equipo llegó a identificarse con una idea de la familia como entidad destinada a mantener el equilibrio, en parte porque muchas de las investigaciones del grupo se efectuaban con familias que tenían una gama de comportamiento sumamente limitada. Una pregunta importante era saber si podía decirse que una familia se comportaba como “sistema”: si todas las familias tenían una mayor pauta en sus comunicaciones de lo que se habría podido esperar si estas comunicaciones fueran gobernadas por el azar. Esta pregunta pareció contestada afirmativamente en experimentos que mostraron una rigidez de las pautas de comunicación (por ejemplo, en el turno para hablar) en familias en que alguien tenía un síntoma, rigidez mayor que en las familias en que nadie lo tenía. Sin embargo, el grupo Bateson mostró en su labor clínica una clara conciencia de lo importante de la desviación al conducir a un nuevo marco para el sistema familiar. Jackson a menudo observó lo que llamaba una “escapada” mientras trabaja con familias. Esto se refería a cualquier proceso amplificador de retroalimentación que se intensificará rápidamente, conduciendo a una descomposición, a una amplificación o a algún resultado violento. Jackson dijo frecuentemente que prefería trabajar con una familia en que estaba ocurriendo este tipo de movimiento, especialmente a una que incluyera a un miembro esquizofrénico crónico, a veces trataba Jackson de provocar una escapada como gambito terapéutico (Hoffman, 2005).

De acuerdo con el mismo autor, esto podía hacerse “prescribiendo el síntoma” (es decir; una paradoja terapéutica) aumentando el ángulo de desviación del paciente ante el resto de su familia. Por otra parte, el terapeuta podía reforzar el comportamiento de cualquier miembro de la familia, empujándolo a seguir en la misma dirección, en una especie de *reductio ad absurdum*. Podía suponerse que semejantes intervenciones amenazarían la homeostasis de la familia, haciendo así que sus miembros captaran más fácilmente las sugerencias del terapeuta, con la esperanza de establecer un nuevo equilibrio o de crear un nuevo equilibrio propio.

3.2.1 La hipótesis del doble vínculo.

Lo extraño de lo anterior era que durante las primeras fases del estudio de la comunicación esquizofrénica por el grupo Bateson, nadie pensó en observar a los esquizofrénicos con sus familias. En cambio, se celebraron entrevistas con pacientes internados en el Hospital de Veteranos de Palo Alto, donde Bateson era asesor. Como resultado de las entrevistas y de muchas conversaciones entre los miembros del grupo,

empezó a tomar forma la hipótesis del doble vínculo. En 1956 se publicó el célebre artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1998) y finalmente se formuló el concepto del doble vínculo.

Por consiguiente, el doble vínculo describe el contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. En algunas circunstancias, estos callejones sin salida parecen provocar las respuestas conocidas en su conjunto como esquizofrenia. Un doble vínculo era, en esencia, una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel era solapadamente anulada o contradicha por otro nivel. “Domíname”, es un ejemplo relativamente no tóxico del doble vínculo. Aquí, la persona a la que se dirige sólo puede “dominar” obedeciendo, lo cual es lo opuesto de la dominación. Por tanto es imposible responder a semejante petición. Como cualquier paradoja, hay que dividirla en sus dos niveles 1) el manifiesto deseo de someterse, contradicho por 2) la orden implícita o explícita que se obedezca al que habla. El mensaje de “mando” es de un tipo lógico superior al mensaje “informe”, porque especifica quién fija las reglas para la subclase de comportamiento permisible. La única manera en que se puede responder a tal petición es señalando cuán imposible es, burlarse de ella o a abandonar el campo (Hoffman, 2005).

En el artículo donde se describe la hipótesis se dieron ejemplos de este tipo de callejón sin salida, y se fijaron condiciones en toda forma como requisitos para su aparición en forma tóxica y patógena. He aquí los ingredientes para cumplir tal situación (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1998):

1. *Dos o más personas.* A una de ellas los investigadores la designaron como “víctima”. Bateson, Jackson, Haley y Weakland no supusieron que el doble vínculo sea infligido sólo por la madre, sino que puede serlo o por la madre sola o por alguna combinación de madre, padre y/o hermanos.
2. *Experiencia repetida.* El doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima; o sea, es una experiencia tan reiterada que la estructura del doble vínculo pasa a ser una expectativa habitual.
3. *Un mandato primario negativo.* Este puede tener una de estas dos formas: a) “No hagas eso, o te castigaré”, o b) “Si no haces eso, te castigaré”, esto en un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo y no un contexto de búsqueda de recompensa.

4. *Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que, al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia.* Este mandato secundario es más difícil de describir que el primario, por dos razones. En primer lugar, el mandato secundario se comunica a la víctima (verbigracia, un niño), por lo común, mediante medios no verbales. La postura, el gesto, el tono de voz, la acción significativa y las implicaciones ocultas en el comentario verbal pueden usarse todas para transmitir el mensaje más abstracto. En segundo lugar, el mandato secundario puede chocar con cualquier elemento de la prohibición primaria. La verbalización del mandato secundario puede, por consiguiente, revestir gran variedad de formas; por ejemplo: “No consideres esto un castigo”; “No me veas como el agente castigador”; “no te sometas a mis prohibiciones”; “No pienses lo que no debes hacer”; “No dudes de mi amor, del cual la prohibición primaria es (o no es) un ejemplo”; y así sucesivamente.
5. *Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo.* En un sentido formal, quizá sea innecesario clasificar este mandato como un elemento separado, ya que el refuerzo en los otros dos niveles implica una amenaza a la supervivencia y si los dobles vínculos han sido impuestos durante la infancia, naturalmente es imposible escapar.
6. Por último, el conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima aprendió a percibir su universo bajo patrones de doble vínculo. Casi cualquier parte de una secuencia de doble vínculo puede resultar entonces suficiente para precipitar el pánico o la cólera. El patrón de mandatos conflictuantes puede llegar a ser asumido por voces alucinatorias.

Como ilustración, el artículo cita el ejemplo de una madre a quien está fastidiando un niño, pero en vez de decirle “vete, estoy harta de ti”, dice “vete a la cama, estás muy cansado y quiero que duermas”. Si el niño acepta esta amorosa preocupación por su apariencia y trata de acercarse más, la madre probablemente se retirará. Si desconfía de tanto amor o reacciona negativamente, ella acaso se enfurezca más. Así castigará al niño por discriminar con precisión. Probablemente, él quedará demasiado confuso para hacer algún comentario sobre su situación y, siendo un niño, no se le permitirá retirarse. Éste sería un ejemplo en toda forma de un doble vínculo.

Parece ser así, que ambas partes pueden encontrarse ante un extraño juego del “gato y el ratón”. Tales juegos probablemente justifiquen la razón inicial de que Bateson se interesará

en la comunicación esquizofrénica: la aparente incapacidad del esquizofrénico para distinguir lo literal de lo metafórico²³. Esto pareció traducirse en una virtual alergia a cualquier mensaje o informe que secretamente incluye un mensaje de “orden”, indicando que el remitente controla la relación. Vistos a esta luz, algunos “desordenes de pensamiento” pueden redefinirse como maniobras en una lucha desesperada. Las comunicaciones vagas, amorfas o descalificadoras presentadas por otras las otras partes de esta lucha también pueden definirse como maniobras. Puede verse la lógica de recurrir al pensamiento confuso si se acepta que la definición de la relación implicada por la afirmación de otra persona equivalía a ceder el puesto de mando a la otra persona; verbigracia, una madre puede decir a su hijo hospitalizado “por la forma en que me estás mirando, parece que vas a estallar”. El hijo puede responder a esta observación, aparentemente inocente (implicando hostilidad de su parte, desde luego, y no tan inocente) diciendo: “No soy una bomba, para estallar” y dando después unos ridículos saltos. La madre puede entonces preguntar “¿Has tomado hoy tus medicinas?” (Traducción: estás enfermo, no estás furioso conmigo; pero yo sigo controlando la definición de esta relación: Hoffman, 2005).

Referente al marco más general de la familia como sistema cibernético, observa Haley (en; Hoffman, 2005) que así como el “gobernador” en un servomecanismo controla la gama de movimientos que hay dentro de él, así las personas de una familia actúan para controlar la gama de comportamientos entre sí. La tragedia de una familia que emplea esta táctica es que la lucha por el predominio existe no sólo al nivel de la regla particular, sino también al metanivel de “¿Quién fijará las reglas?”. Cabe recordar que la teoría russeliana de los tipos lógicos enuncia que todos los mensajes consisten en 1) una declaración y 2) una declaración acerca de tal declaración. La teoría establece una jerarquía de tipos o niveles de abstracción y prohíbe que se unan a un nivel superior y un nivel inferior. Por consiguiente no existe una comunicación sencilla; todo mensaje es condicionado por otro mensaje en un nivel superior. Cuando estos dos niveles de mensaje son tratados como uno solo se tiene una situación contradictoria o paradoja. Basándose en estos argumentos, afirma Haley que en la

²³ Recuérdense los estudios antecesores de Bateson acerca de la teoría de los tipos lógicos y la comunicación. Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1998), mencionan la tesis central de la teoría de los tipos lógicos. Según estos autores, existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros. La clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase, dado que el término empleado para la clase es de un nivel de abstracción diferente –un tipo lógico diferente- de los términos empleados para sus miembros. Aunque en la lógica formal se intenta mantener esta discontinuidad entre una clase y sus miembros, se considera que en la patología de las comunicaciones reales esta discontinuidad se quiebra de manera continua e inevitable, y que a priori se tiene que esperar que se produzca una patología en el organismo humano cuando se dan ciertos patrones formales de esta quiebra en la comunicación entre la madre y el hijo.

lucha por el dominio en la familia, si se unen las reglas en dos niveles de abstracción, resulta de allí una similar dificultad comunicacional, y no hay forma de poner fin a la lucha. Al Nivel Uno, cada quien hace una declaración. Al Nivel Dos, cada quien intenta definir la relación que actúa como contexto de tal declaración. Pero como no puede tomarse ninguna decisión acerca de comportamientos (Nivel Uno) sin un acuerdo sobre quién ha de decidir que comportamientos se tolerarán (Nivel Dos), hay una constante negativa y confusión casi en todo lo que cualquier miembro de semejante familia trate de decir o hacer.

En síntesis, la teoría de los tipos lógicos modificada al estudio de la interacción comunicacional y la hipótesis del doble vínculo razonada ésta como definitoria de paradojas en la comunicación de un paciente esquizofrénico dentro de un sistema cibernético (la familia) están sujetas a críticas y precisiones, construidas en este caso por los mismos autores que formularon la hipótesis del doble vínculo²⁴.

Sea como fuere, por cuestiones de espacio en esta investigación documental no se incluirán todas las implicaciones e investigaciones realizadas durante las últimas tres décadas sobre el doble vínculo, pero es imprescindible el acentuar que las observaciones del equipo Bateson fueron angulares en una nueva y revolucionaria concepción de la psicopatología, pues las lecturas de la transacción esquizofrénica puntuadas cibernéticamente permitieron de 1956 a la fecha delimitar, en el marco psicoterapéutico, los problemas psicológicos no como un proceso orgánico, individual y, por consiguiente, intrapsíquico, sino como resultado de intercambios recursivos de mensajes y metamensajes paradójales entre dos o más personas, en dónde el síntoma del paciente identificado cumple una función estabilizadora del sistema o contexto de interacción de dicho sujeto.

A modo de conclusión, las ideas de la comunicación que surgieron del proyecto Bateson constituyen un valioso medio para describir el trato mutuo de los seres humanos. La idea de que un mensaje mantiene un antagonismo paradójico con un mensaje en otro nivel

²⁴ Por una parte, Bateson (1993) comenta que es esperable que la diversidad de etiologías (factores genéticos, organismos invasores, autointoxicaciones o por la psicoterapia misma) que las características de interacción biológica y humana son progresivas y pueden validarse por sí mismas. El error humano, la locura o el pesar pueden tener profundas raíces primarias en combinaciones genéticas o en la dieta o en la intoxicación, pero aun así el error, la locura o el pesar llegan a ser, por su autovalidación progresiva, un parte de su propia etiología. Si el doble vínculo entra en la definición de la esquizofrenia, cabe esperar que llegue a ser parte de la danza que se promueve a sí misma y que contribuye a mantener y quizás originar esa condición. Bajo esta misma línea, Haley (2003), menciona que los problemas inherentes a la utilización del enfoque del doble vínculo para la descripción de la familia se complican al combinarlos con la idea de que el cambio se produce mediante interpretaciones que ayudan a la gente a entender lo que pasa. Los miembros de la familia se vieron forzados a escuchar, de boca de bienintencionados terapeutas, que terribles dobles vínculos se imponían uno al otro, y sintiéndose incomprendidos, reaccionaron en forma airada y se pusieron a la defensiva. Los terapeutas interpretaron esto como resistencia, condenando así a la conducta que ellos mismos habían provocado –lo cual se parece bastante a un “doble vínculo”-.

puede hacerse extensiva a la descripción de una organización, ya que ésta no es otra cosa que un sistema de secuencias reiteradas de comunicación: cuando la gente se comunica entre sí de manera sistemática, esa comunicación deviene la organización. En un resumen del trabajo realizado por el proyecto Bateson se pueden observar las siguientes ideas y ejemplificaciones de lo antes expuesto (Vargas, 2004):

- El doble vínculo ilustrado con datos de transcripciones de conversaciones que involucraban la etiología de la esquizofrenia.
- Una descripción organizacional de la familia, donde se ofreciera un modelo que permitiese diferenciar a las familias esquizofrénicas de otro tipo de familias y describir entonces a la esquizofrenia de manera que pudiera ser vista como una respuesta de adaptación a un tipo particular de sistema familiar.
- El doble vínculo y el concepto de niveles. Los miembros del proyecto de investigación habían preferido la exploración teórica a la metodología o a la documentación estadística; sin embargo, el fondo de 1959 (el último del proyecto) establecido para una investigación experimental llevó al equipo a trabajar en esta vertiente.
- Una investigación del campo psicoterapéutico en individuos y familias desde el punto de vista del conflicto de niveles de comunicación. A pesar de que el objetivo explícito de Bateson era la observación naturalista con el mínimo de intrusión sobre los datos, el tema de la psicoterapia fue una fuente continua de estudio del proyecto.

Haley recordaba hacia 1993 (en; Vargas, 2004) como el proyecto Bateson pasó de la comunicación a la terapia y la hipnosis, la psiquiatría y la esquizofrenia. Es de aclarar que a Bateson no le interesaban ninguno de estos temas; sin embargo, se indica que su influencia en la terapia familiar sistémica es enorme al llevar a cabo lecturas cibernéticas de la psicopatología en un sistema comunicativo-interaccional. De hecho, los fundadores del enfoque del Centro de Terapia Breve (CTB) señalan de modo explícito que son batesonianos al momento de comprender el comportamiento humano y sus patologías.

3.3 Donald D. Jackson y la fundación del MRI.

Mientras trabaja como consultor del proyecto Bateson, Jackson no dejaba de desarrollar sus propias ideas. En 1959 publica un artículo fundamental sobre la “terapia

familiar conjunta” (Jackson, 1959), indicada como método de elección de tratamiento de numerosos trastornos psiquiátricos a los que hasta entonces se habían aplicado exclusivamente terapias individuales.

Un año antes, animado por el enorme éxito del artículo sobre el doble vínculo, Jackson desea tener su propio instituto de investigación independiente. Hacia finales de 1958, se crea el MRI, que abrirá oficialmente sus puertas en marzo de 1959, con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar. Al principio, el personal del nuevo instituto es muy reducido: Jackson, una secretaria (que de hecho era trabajadora social) Virginia Satir y Jules Riskin; ambos de Chicago y están muy motivados por la lectura de los artículos del proyecto Bateson (Witzezaele y García, 1994).

El trabajo de Jackson permitió desarrollar una serie de preceptos técnicos para la conducción de una sesión, que años después serían fundamentales para el Centro de Terapia Breve. En primer lugar, se establece el uso del espejo unidireccional y del trabajo en equipo en el curso de las sesiones. Por consiguiente, el espejo unidireccional cambia la estructura de la terapia. El espejo, en cierto modo, crea también al equipo terapéutico en el sentido de que un equipo trabaja con la familia como si fuera un único terapeuta, en la que la supervisión era casi siempre directa. Segundo, la concepción de Jackson era eminentemente funcionalista. El síntoma del paciente reviste, en el sistema familiar, una función vital en cuanto al equilibrio de las relaciones entre los miembros: la persona que presenta síntomas tiene por “función” la asunción de los problemas; su presencia permite además a los otros familiares no exhibir dificultades evidentes. Por lo tanto, es inútil centrarse en el individuo sintomático y no tomar en consideración a todos los demás miembros de la familia. Así, el trabajo terapéutico primordial sería tratar de entender en qué contexto podría adquirir el comportamiento desviado un sentido razonable para el observador externo. La atención se centra en las formas de comunicación; precisamente las ideas del doble vínculo, la homeostasis y las reglas familiares no se ocupan de “que” sucede en la interacción, sino del “cómo” sucede (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Tabla 9. *Los ocho presupuestos básicos de Jackson.*

1. *Homeostasis familiar.*
2. *Retroalimentación positiva y negativa.*
3. *Redundancia.* Las personas implicadas en una larga relación interactúan siempre de un modo más formalizado, que puede ser catalogado por un observador como redundancia y del que se puede deducir las “reglas descriptivas” que gobiernan el sistema.
4. *Hipótesis de las reglas.* Cada familia es un sistema gobernado por reglas que no sólo describen, sino que prescriben el comportamiento de los miembros del sistema, mientras que la desviación de las reglas es sancionada mediante alguna forma de castigo.
5. *Hipótesis sobre el cambio.* Es necesario que se desarrollen reglas nuevas para que suceda un cambio en la relación.
6. *“Quid pro quo”²⁵ conyugal.* Cada matrimonio se funda sobre un *do ut des* (consciente o inconsciente) sobre el cual se basan las reglas familiares.
7. *Puntuación.*
8. *Causalidad circular.*

Nota: De “Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas”, por P. Bertrando y D. Toffanetti, 2000, España: Paidós. Adaptado

De acuerdo con los mismos autores, el estilo de Jackson se basa en la discreción, pero al mismo tiempo es franco y directo; el terapeuta, muy atento a los esquemas de interacción de la familia, parece que relega a un segundo plano las emociones. Jackson se caracteriza por conceder una atención casi exclusiva a los procesos *cognitivos* de la familia. Transmite esta prístina racionalidad al MRI y desde él a todos los terapeutas de las generaciones posteriores. Asimismo, Jackson declara abiertamente que la familia “es” el problema y que será el terapeuta que imponga las reglas, creando así una atmósfera expuesta incluso al riesgo de la ruptura traumática: si ello no sucede es probablemente gracias a la habilidad, sensibilidad y carisma de Jackson como terapeuta, muy atento a la comunicación y capaz de comprender una situación de un solo vistazo.

El modelo del primer MRI queda así definido en sus líneas esenciales. De la atmósfera experimental y de libre investigación en la que había nacido conserva el espíritu curioso, el deseo de emprender nuevos caminos. Del estudio de la comunicación deriva la idea de los comportamientos humanos son comunicacionales, no secuencias de lo que sucede “dentro de

²⁵ Los estadounidenses usan la frase latina *quid pro quo* para indicar el intercambio que se define como *do ut es*.

la persona”. De la cibernética proviene la idea de que es necesario estudiar las secuencias de las acciones y no las acciones aisladas (pauta de interacción). Del movimiento de desinstitucionalización procede la atención constante al contexto además de la voluntad de afrontar los grandes problemas de la psiquiatría, la psicosis y sobre todo, la esquizofrenia. Del psicoanálisis deriva una definición negativa: la nueva terapia debe ser todo lo que el psicoanálisis *no* es; concretamente, niega por principio la importancia del insight para el cambio de los clientes, excluyendo cualquier comprensión de los procesos intrapsíquicos y no debe centrarse en el pasado en busca del origen de la psicopatología del sujeto (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Ya para finales de 1959, el MRI de Jackson se traslada definitivamente a su pequeña y modesta sede de la avenida de Palo Alto, en la bahía de San Francisco. Inicialmente el centro era un instituto multidisciplinar sin fines de lucro y su objetivo era investigar las comunicaciones y la naturaleza de las interacciones de las familias con otros sistemas sociales. Entretanto, se incorporan al instituto nuevos miembros. En 1961 llega Paul Watzlawick; en 1962 se unen Jay Haley y John Weakland, desde el desaparecido grupo Bateson²⁶. Los campos de interés del MRI son en esos momentos la clínica, la formación y la investigación (Witzezaele y García, 1994).

La fundación del MRI afecta especialmente a los hospitales y las universidades locales, por tanto, a profesionales de procedencias más remotas. Mientras tanto, la esquizofrenia se convierte en uno de los principales temas de interés, aunque no el más importante; se trabaja ahora sobre las patologías psicósomáticas y el potencial intelectual de los niños en edad escolar, dejando al margen (de momento) las aportaciones familiares.

En lo referente a la formación, puesta en marcha por Virginia Satir, la enseñanza terapéutica del MRI se caracteriza sobre todo por la “transparencia” introducida en un dominio hasta entonces considerado como íntimo y secreto (bajo las premisas del modelo psicoterapéutico psicoanalítico, imperante en esa época), que concernía únicamente al terapeuta y sus pacientes. El instituto está a la vanguardia tecnológica en el campo de la terapia familiar: después de haber asimilado el espejo unidireccional, la grabación de audio y

²⁶ Durante el proyecto de investigación que se formalizó en 1952 y concluyó en 1959, la preocupación de Bateson siempre fue la de obtener unos principios de comunicación que fuesen tan generales que pudiesen explicar los procesos que actúan en todo el mundo animal. Al final del proyecto sobre las paradojas, Bateson pensaba seriamente en emprender una nueva investigación enfocada al estudio de la comunicación en las nutrias. Pero en el momento en que sus estudios iban a concretarse, recibió una proposición de John Lilly invitándole a ir a estudiar delfines en su laboratorio situado en las Islas Vírgenes. Se marchará en la primavera de 1963. Esta partida es en resumidas cuentas bastante lógica, porque la orientación terapéutica cada vez más marcada de las investigaciones de Palo Alto casaba mal con la búsqueda mucho más general de Bateson (Witzezaele y García, 1994).

la costumbre de filmar las sesiones, pasa a emplear una técnica totalmente novedosa en aquellos años: la videograbación. A esto se refiere la transparencia en la formación terapéutica, pues los videos permiten mostrar a los alumnos la primera sesión de una familia y después confrontarla con la sesión siguiente; o mostrarles sesiones particularmente interesantes para los docentes o para los maestros en escuelas; o grabar las sesiones de los alumnos y contrastarlas con sus propios trabajos. En terapia el uso más frecuente consiste en mostrar a las familias las sesiones del proceso terapéutico, de forma que el terapeuta pueda comentar con ellos sus patrones de interacción. Esta modalidad desaparece rápidamente de las prácticas del grupo del MRI (Witzezaele y García, 1994; Bertrando y Toffanetti, 2000).

No son menos relevantes, sin embargo, las repercusiones del MRI en la evolución de la terapia y sobre todo en su difusión. Los equipos más activos comienzan a intercambiarse videos y los congresos se transforman en el centro de esos intercambios cada vez más regulares. Precisamente, gracias a los avances tecnológicos prospera la investigación del MRI. Watzlawick estudia las grabaciones y analiza las transacciones verbales; Haley crea un mecanismo que registra automáticamente cómo se alternan los turnos de palabra; además, Haley contribuye de forma determinante a la literatura con sus artículos y sobre todo con su primer libro, *Estrategias en psicoterapia*. Riskin, junto a Elaine Faunce, comienzan a elaborar una metodología para el estudio de las interacciones familiares. Carlos Sluzki, psicoanalista argentino que trabaja en el MRI desde comienzos de la década de 1960, destaca por su trabajo de formalización de las relaciones simétricas y complementarias (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Por último, el MRI contribuye sustancialmente a la fundación de *Family Process* en la persona de su primer director, Jay Haley. Pero la obra clave del MRI (al menos en esta década) es sin lugar a dudas "*Teoría de la comunicación humana*" (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006), la cual se puede considerar como una (sino la única) de las mejores *interpretaciones* hecha por los autores del pensamiento batesoniano acerca de la comunicación interpersonal y la interacción, ahora recontextualizadas completamente al marco psicoterapéutico.

Esta publicación, según Wittezaele y García (1994), causó un impacto extraordinario desde su aparición, impacto que por otra parte no se le niega todavía en el momento actual. No hay duda que los autores consiguieron llevar a cabo una tarea que era muy delicada y difícil: presentar bajo una forma accesible las ideas principales de la cibernética, de la teoría de los sistemas aplicada a la situación familiar y las ideas esbozadas en la obra de Ruesch y Bateson sobre la comunicación. La síntesis es brillante y Watzlawick, el autor principal,

rápidamente se hace celebre en todo el mundo. La obra prefigura una nueva ciencia del comportamiento: enunciando una serie de axiomas con sus respectivas patologías, al modo de las matemáticas o la lógica, abre la puerta a la creación de un enfoque formal e integrado del comportamiento apoyándose en la noción de comunicación. De esta forma, los autores consiguen relacionar la teoría con la práctica y, en esto, puede considerarse que la obra es realmente un jalón capital para la evolución posterior de la terapia sistémica y la nueva conceptualización de la psicopatología.

3.4 Teoría de la comunicación humana.

En primera instancia, Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) definen que un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. La imposibilidad de comprender las complejidades de las relaciones que existen entre un hecho y el contexto en que aquél tiene lugar, entre un organismo y su medio, o enfrenta al observador con algo “misterioso” o lo lleva a atribuir a su objeto de estudio ciertas propiedades que quizá el objeto no posea. En comparación con la amplia aceptación que este hecho tiene en biología, las ciencias de la conducta parecen basarse en una visión monódica del individuo y del método que consiste en aislar variables. Ello resulta particularmente evidente cuando el objeto de estudio es la conducta perturbada (psicopatológica). Si una persona exhibe una conducta alterada se la estudia en aislamiento, entonces la investigación debe ocuparse de la naturaleza de su estado y, en sentido más amplio, de la naturaleza de la mente humana. Pero, si los límites de la investigación se amplían con el propósito de incluir los efectos de esa conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente aquéllas y el contexto en que todo ello tiene lugar, entonces el foco se desplaza desde la mónada artificialmente aislada hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio. El observador de la conducta pasa de ese modo de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación; en donde el vehículo de tales manifestaciones es la comunicación.

De este modo, Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) sugieren que el estudio de la comunicación humana puede subdividirse en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática. Así, la primera de estas tres áreas abarca los problemas relativos a la transmisión de información y, por ende, constituye el campo fundamental del teórico de la información, cuyo interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades estadísticas del lenguaje. Igualmente, el significado constituye la

preocupación central de la semántica. Si bien es posible transmitir series de símbolos con corrección sintáctica, carecería de sentido a menos que el emisor y el receptor se hubieran puesto de acuerdo a su significado. En tal sentido, toda información compartida propone una convención semántica. Por último, la comunicación afecta a la conducta y éste es un aspecto *pragmático*. Si bien es posible efectuar una separación conceptual entre estas tres áreas son, obstante, interdependientes. En muchos sentidos es válido afirmar que la sintáctica es lógica matemática, que la semántica es filosofía o filosofía de la ciencia y que la pragmática es psicología, pero estos campos no son en realidad completamente distintos.

Haciendo referencia acerca de la conducta y la pragmática de la comunicación, debe aclararse que estos términos; comunicación y conducta, en este caso se usarán virtualmente como sinónimos pues los datos de la pragmática no son sólo palabras (en función de sus configuraciones y significados) que están al servicio de la sintáctica y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal. Más aún, se agregarían a las conductas personales los componentes comunicacionales inherentes al contexto en que la comunicación tiene lugar. Así, desde esta perspectiva de la pragmática, *toda conducta y no sólo el habla, es comunicación y toda comunicación –incluso los indicios comunicacionales de contextos interpersonales- afectan la conducta*. Además, este enfoque no solo enfatiza el análisis –como sucede con la pragmática en general- del efecto de una comunicación sobre el receptor, sino también –por considerarlo como algo inseparablemente ligado- el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor. Por consiguiente, este enfoque se ocupa menos de las relaciones emisor-signo o receptor-signo y más *de la relación emisor-receptor que se establece por medio de la comunicación*.

En síntesis, Watzlawick, Beavin y Jackson probablemente sean los padres de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (por consiguiente, en la posición teórica de la conducta del MRI). Para llegar a ello, sin embargo, hacen una clara distinción entre sintáctica, semántica y pragmática. Los estudios de la sintaxis se centran en el problema de la transmisión de la información de los fenómenos comunicativos. La semántica, en cambio, trata de profundizar en los problemas relacionados con la atribución de los significados en los signos y símbolos que constituyen un mensaje comunicativo. Y la pragmática estudia el papel que desempeña y el valor que tiene la comunicación al condicionar el comportamiento de varias personas en interacción. Se ocupa, por tanto, de cómo define la comunicación entre personas.

Es de esta forma que, posiblemente, la pragmática de la comunicación es un instrumento de definición y de control de las relaciones entre los que participan en la

comunicación. Según esta óptica, cada argumento de tipo semántico, que se refiere al papel de la comunicación, participa de los significados de la relación, siguiendo la línea de los contenidos de la comunicación son poco interesantes o incluso confusos para los objetivos terapéuticos. Ya en la teoría, los principios antes mencionados e ideados por Bateson y por sus investigadores se convierten en axiomas de la comunicación, que se refleja en patologías de la comunicación. Estos axiomas se enunciarán a continuación.

3.4.1 Axiomas de la comunicación.

Como punto aclaratorio, es pertinente denominar como *comunicación* al aspecto pragmático de la teoría de la comunicación humana. Para las diversas unidades de comunicación (conducta), Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) trataron de elegir términos que suelen no ser comprendidos desde un estudio de la conducta tradicional. Así, se llamará mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se hablará de una comunicación cuando no existan posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de *interacción*. Además, con respecto incluso a la unidad más simple posible, es evidente que una vez que se acepta toda conducta es comunicación, ya no se manejaría una unidad-mensaje monofónica, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta –verbal, tonal, postural, contextual, etcétera– todos los cuales limitan el significado de los otros. Los diversos elementos de estos conjuntos (considerados como un todo) son susceptibles a permutaciones muy variadas y complejas, que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico. Entonces, bajo estos argumentos, los axiomas de la comunicación tienen el interés central en estudiar el efecto pragmático de tales combinaciones en las situaciones interpersonales.

3.4.1.1 La imposibilidad de no comunicarse.

En primer lugar, hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica por cual suele pasársela por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no conducta, o, para expresarlo de un modo más simple: es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en una situación e interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que se intente, no se puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre un valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales

comunicaciones y, por ende, también comunican. Debe entenderse que la mera ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción a la afirmación antes expuesta.

Para una mejor comprensión de lo antes argumentado, considérese el siguiente ejemplo: una persona A se encuentra sola en un elevador de un edificio X para ir a trabajar en el piso que le corresponde. En este transcurso, el elevador para en un piso intermedio y lo aborda una persona B la cual accede al elevador y aprieta el botón al piso al cual quiere ir. Al mirar la persona A a la B, la primera con alguna gesticulación (sin ninguna palabra) intenta saludar a la persona B, pero esta (al percibir este hecho) sólo dedica una mirada furtiva a A y se voltea inmediatamente. En este caso, la posición de B se podría interpretar “no quiero que me hables” o más radicalmente “para mí, no existes”, esto sin intercambiar palabra alguna.

Además, no se quiere decir que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, consiente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo. Que el mensaje emitido sea o no igual al mensaje recibido constituye un orden de análisis importante pero distinto, pues, en últimas instancia, debe basarse en la evaluación de datos específicos, introspectivos y proporcionados por el sujeto. Con respecto a los malentendidos, dadas ciertas propiedades formales de la comunicación de, -y de hecho, a pesar de- las motivaciones o intenciones, se refiere al desarrollo de patologías afines relacionadas, aparte de los comunicantes (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

De acuerdo con los mismos autores, la imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno de interés no sólo teórico; por ejemplo, constituye una parte integral del “dilema” esquizofrénico (y probablemente de cualquier psicopatología). Si la conducta esquizofrénica se observa dejando de lado las consideraciones etiológicas, parecería que el esquizofrénico trata de no comunicarse. Pero, puesto que incluso el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación, el esquizofrénico intenta la tarea imposible de negar que se está comunicando y, al mismo tiempo, de negar que su negación es una comunicación. La comprensión de este dilema básico en la esquizofrenia constituye una clave para muchos aspectos de la comunicación esquizofrénica que, de otra manera, permanecerían oscuros. Puesto que cualquier comunicación implica un compromiso y, por ende, define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor, debe sugerir que el esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse.

En síntesis, cabe postular esto como un axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación: *es imposible no comunicarse*.

3.4.1.2 *Los niveles de contenido y relación en la comunicación.*

En los párrafos anteriores se sugirió otro axioma cuando se señaló que toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Ésta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson (en; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006), estas dos operaciones se conocen como los aspectos “referenciales” y “conativos”, respectivamente, de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de *contenido* del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensajes debe entenderse que es, y, por ello, en última instancia, a la *relación* entre los comunicantes²⁷.

Para evitar malentendidos con respecto a lo dicho, es necesario aclarar que las relaciones rara vez se definen deliberadamente o con plena conciencia. De hecho, parecería ser que cuanto más espontánea y “sana” es una relación, más se pierde en el trasfondo el aspecto de la comunicación vinculado con la relación. Del mismo modo, las relaciones “enfermas” se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante. Así, resulta interesante que los expertos en computadoras hubieran tropezado e indagado acerca de estos aspectos de la comunicación humana. Se hizo evidente en tal sentido que, cuando se comunicaban en un organismo artificial, sus comunicaciones debían ofrecer aspectos tanto referenciales como conativos. Por ejemplo, si una computadora debe multiplicar dos cifras, es necesario alimentar tanto esa información (las dos cifras) como la información acerca de esa información: esto es, la orden de multiplicarlas. Ahora bien, lo importante de todo esto es la conexión que existe entre los aspectos de contenido (lo referencial) y los relacionales (lo conativo) en la comunicación. En esencia, es de subrayar la definición acerca de que una computadora necesita información (datos) e *información acerca de esa información* (instrucciones). Es evidente, pues, que las instrucciones son de un tipo

²⁷ Como ejemplo, visualícese a una mujer A que señala el collar que lleva una mujer B y pregunta: ¿Son auténticas esas perlas?, el contenido de su pregunta es un pedido de información acerca de su objeto. Pero al mismo tiempo, también proporciona –de hecho, no puede dejar de hacerlo– su definición de la relación entre ambas. La forma en que pregunta (en este caso, sobre el tono y el acento de la voz, la expresión facial y el contexto) indicarían una cordial relación amistosa, una actitud competitiva, relaciones comerciales formales, etcétera. B puede aceptar, rechazar o definir, pero, de ningún modo, ni siquiera mediante el silencio, puede dejar de responder al mensaje de A (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006.).

lógico superior al de los datos; constituyen *metainformación* puesto que son información acerca de información, y cualquier confusión entre ambas llevaría a un resultado carente de significado (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

Ahora, volviendo al análisis de la comunicación humana, se puede observar que esa misma relación existe entre los aspectos referencial y conativo. El primero transmite los datos de la comunicación y el segundo, cómo debe entenderse dicha comunicación. “Esto es una orden” o “sólo estoy bromeando” constituyen ejemplos verbales de esa comunicación acerca de una comunicación. La relación también puede expresarse en forma no verbal gritando, sonriendo o de muchas otras maneras. Y la relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar. Es de enfatizar que el aspecto relacional de una comunicación resulta idéntico al concepto de metacomunicación que se limita al marco conceptual y al lenguaje que el experto en análisis debe utilizar cuando comunica algo acerca de la comunicación. De este modo, es dable observar que no sólo ese experto sino cualquier ser humano enfrenta dicho problema. La capacidad de metacomunicarse de forma adecuada constituye no solo una condición de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro. Entonces, es necesario señalar que es posible construir mensajes, sobre todo en la comunicación escrita, que ofrecen indicios metacomunicacionales muy ambiguos.

En resumen, el segundo axioma se podría mencionar de la siguiente manera: *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.*

3.4.1.3 La puntuación de la secuencia de hechos.

En este punto habrá que recordar el concepto de puntuación entendida esta como el empleo de las distinciones para marcar una indicación. Epistemológicamente hablando, la puntuación permite organizar la experiencia de un sujeto en un marco de referencia y, por ende, permite percibir los hechos de ese complejo universo denominado “realidad” la cual es exclusiva de un sujeto; es decir, una interpretación del mundo que a veces suele ser o no concordante con otros marcos de referencia.

En este sentido, Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) comentan que la característica básica de la pragmática de la comunicación a explorar es la que se refiere a la interacción – intercambio de mensajes- entre comunicantes. Para un observador, *una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios.* Sin

embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson “la puntuación de la secuencia de hechos”. De esta forma, no se trata de determinar si la puntuación (distinciones que marcan una indicación) de las secuencias comunicacionales sea, en general, buena o mala, pero resulta evidente que la puntuación; como se argumentó, organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha. Desde el punto de vista cultural, los seres humanos suelen compartir muchas convenciones de puntuación que, si bien no son más ni menos precisas que otras versiones de los mismos hechos, sirven para reconocer secuencias de interacciones comunes e importantes.

Por consiguiente, la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar las secuencias de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Supóngase que una pareja tiene un problema marital al que el esposo contribuye con retraimiento pasivo, mientras que la mujer colabora con sus críticas constantes. Al explicar sus frustraciones, el marido dice que su retraimiento no es más que defensa contra los constantes regaños de su mujer, mientras que ésta dirá que esa explicación constituye una distinción burda e intencional de lo que “realmente” sucede en su matrimonio, estos es, que ella lo critica debido a su pasividad. Despojados de todos los elementos efímeros y fortuitos, sus discusiones consisten en un intercambio monótono de estos mensajes: “Me retraigo porque me regañas” y “Te regaño porque te retraes” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

Referente a la percepción de los hechos puntuados bajo el juicio “lo que veo es la realidad”, Watzlawick (2003) formuló un “chiste” que tiene implicaciones epistemológicas significativas en el análisis de los marcos de referencia y de la práctica psicoterapéutica misma. Imagínese que una rata de laboratorio le explica a otra el comportamiento del experimentador: “Tengo tan amaestrado a este hombre que cada que ves que oprimo esta palanca me trae comida”. Evidentemente, en una misma secuencia de estímulo-reacción, la rata contempla una regularidad distinta de la del observador. Para éste, la rata oprime la palanca en virtud de una reacción que el animal ha aprendido en respuesta a un estímulo que le ha sido dado inmediatamente antes. Pero tal como la rata ve las cosas (la realidad), cuando oprime la palanca produce un estímulo sobre el experimentador, al que éste responde con la aprendida reacción de suministrar comida. Aunque los dos contemplan los mismos *hechos*, les atribuyen diversa significación y son, por tanto, para ellos, al pie de la letra, *dos realidades distintas*.

Es sorprendente, pues, que la no consideración de realidades diferentes de uno u otro individuo en interacción conlleve inevitablemente a visiones dispares de muchos elementos

de su experiencia en común. Así, el problema radica en la incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de pautar su interacción. Dicha interacción es de una naturaleza oscilatoria de tipo si-no-si-no-si que, teóricamente, puede continuar hasta el infinito y está casi invariablemente acompañada por típicas acusaciones de maldad y locura (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

De esta forma, se puede incorporar un tercer axioma de la metacomunicación: *La naturaleza de la relación depende de la puntuación de la secuencia de comunicación entre los comunicantes.*

3.4.1.4 Comunicación digital y analógica.

Antes de abrir la exposición de este axioma de la metacomunicación considérese el siguiente ejemplo en los organismos artificiales fabricados por el hombre: hay computadoras que utilizan el principio de “todo o nada” de los tubos al vacío o los transistores a los que se llama *digitales*, porque básicamente son computadoras que trabajan con dígitos; y hay otra clase de aparatos que manejan magnitudes positivas discretas –análogas a los datos- por lo que se les llama *analógicas*. En las computadoras digitales tanto los datos como las instrucciones son procesados bajo la forma de números, de modo que a menudo (sobre todo en el caso de las instrucciones), sólo existe una correspondencia arbitraria entre información y su expresión digital. En otros términos, estos números son nombres codificados arbitrariamente asignados, que tienen tan poca similitud con las magnitudes reales como los números telefónicos con aquellos a los que están asignados. Por otro lado, el principio de la analogía constituye la esencia de toda computación analógica (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

En la comunicación humana, es posible referirse a los objetos, -en un sentido más amplio del término- de dos maneras totalmente distintas. Se los puede representar por un símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre. Estos dos tipos de comunicación –uno mediante una semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra- son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales respectivamente. Puesto que se utiliza una palabra para nombrar algo, resulta obvio que la relación entre el nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan con una sintaxis lógica del lenguaje. No existe por ningún motivo por el cual, verbigracia, las cuatro letras “g-a-t-o” denotan a un animal en particular. En última instancia, se trata sólo de una convención semántica del lenguaje español y fuera de tal

convención, no existe otra correlación entre ninguna palabra y la cosa que representa, con la posible aunque insignificante excepción de las palabras onomatopéyicas. Por otro lado, en la comunicación analógica hay algo particularmente “similar a la cosa” en lo que se utiliza para expresarla. Es más fácil referir la comunicación analógica a la cosa que representa. La diferencia entre ambos modos de comunicación se volverá algo más clara si se piensa que, por ejemplo, por mucho que un sujeto escuche un idioma extranjero por la radio no logrará comprenderlo, mientras es posible obtener con cierta facilidad cierta información básica si este sujeto observa el lenguaje de signos y los llamados movimientos intencionales, incluso cuando los utiliza una persona perteneciente a una criatura totalmente distinta. Se sugiere entonces que la comunicación analógica tiene sus raíces en periodos mucho más arcaicos de la evolución y, por lo tanto, encierra una validez mucho más general que el modo digital de la comunicación verbal, relativamente reciente y mucho más abstracto. ¿Qué es entonces la comunicación analógica? Es toda comunicación que no sea verbal, incluyendo la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de voz, la secuencia, el ritmo, la cadencia de las palabras mismas y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

Así, el hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógicos y digitales. La significación de tal hecho no ha sido aún del todo comprendido, pero eso no niega su radical importancia. Por un lado, no cabe duda de que el hombre se comunique de manera digital, de hecho todos los logros civilizados del hombre resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Ello asume particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de los *objetos* y a la función de continuidad temporal inherente a la transmisión de conocimientos. Y sin embargo, existe un vasto campo donde un ser humano utiliza en forma casi exclusiva la comunicación analógica, a menudo, sin introducir grandes cambios con respecto a la herencia analógica recibida de sus antepasados mamíferos. Se trata aquí del área de la *relación*. De hecho, puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales se puede comprobar que el lenguaje digital carece casi por completo de significado. Esto ocurre no sólo entre los animales inferiores, y entre el hombre y los animales, sino en muchas otras situaciones de la vida humana, por ejemplo, el galanteo, el amor, los actos de salvamento, el combate y, desde luego, todo trato con niños muy pequeños o enfermos mentales muy perturbados. En sí, si se recuerda que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional cabe suponer que se

comprobará que ambos modos de comunicación sólo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

De acuerdo con los mismos autores, en su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, sea como emisor o receptor, debe *traducir* constantemente de uno al otro, y al hacerlo debe enfrentar curiosos dilemas (los cuales serán expuestos en el apartado 3.4.2). En la comunicación humana la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta difícil: *hablar acerca de una relación* requiere una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital.

En resumen a lo anterior: *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de semántica adecuada en el campo de la relación. Por el contrario, el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.*

3.4.1.5 Interacción simétrica y complementaria.

En este rubro habrá que puntualizar los estudios realizados por Bateson acerca del *ethos* y la *cismogénesis* (véase la nota al pie núm. 19) en los que, especialmente la cismogénesis, Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) denominan a ésta simplemente como interacción simétrica y complementaria. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse *simétrica*. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso, la conducta de unos de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de *gestalt* y recibe el nombre de *complementaria*. Así pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con “bueno” o “malo”, “fuerte” o “débil”. Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrático de relación de una idea particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el

carácter de mutuo encaje de la relación en que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienen cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

Además, los autores sugieren un tercer tipo de relación, a saber, la “metacomplementariedad”, en la que A permite u obliga a B a ejercer el control de la relación; mediante idéntico razonamiento, se podría arreglar la “pseudosimetría”, en la que A permite u obliga a B ser simétrico. Sin embargo, esto puede evitarse si se recurre a la diferenciación entre la observación de las redundancias en la conducta y las explicaciones inferidas bajo la forma de mitologías; esto es, en este caso interesa saber *cómo* se comporta la pareja sin que el investigador de la interacción se distraiga tratando de averiguar por qué (creen ellos que) se comportan así. Sin embargo, si los miembros utilizan los múltiples niveles de comunicación para expresar distintas pautas a distintos niveles, pueden surgir resultados paradójicos de gran importancia pragmática (patologías en la comunicación, Watzlawick, et. al).

Por consiguiente, el último axioma de la pragmática de la comunicación podría formularse de la siguiente forma: *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia.*

En síntesis, los axiomas de la teoría de la comunicación humana son un instrumento para llevar a cabo lecturas de naturaleza cibernética de la interacción humana, permitiendo así –y quizá sea el aspecto más relevante de la teoría-, la formulación de una definición alternativa de la conducta y de sus respectivas patologías las cuales son angulares para el enfoque sistémico. De este modo, la imposibilidad de no comunicarse hace que todas las situaciones en las que participan más de dos personas sean interpersonales y comunicacionales; el aspecto relacional de tal comunicación subraya aún más este argumento. La importancia pragmática, interpersonal, de los modos digital y analógico radica no solo en el supuesto isomorfismo con los niveles de contenido y relación, sino en la inevitable y significativa ambigüedad que tanto el emisor como el receptor enfrentan en lo relativo a los problemas de traducción de una modalidad a otra. La descripción de los problemas de puntuación se basa precisamente en la metamorfosis subyacente del modelo clásico de acción-reacción. Por último, el paradigma simetría-complementariedad es, probablemente lo que más se acerca a la interacción en función entre dos elementos. Así, las

posiciones de los individuos son meras variables con una infinidad de valores posibles, cuyo significado no es absoluto sino que surge sólo de la relación recíproca.

3.4.2 Patologías en la interacción comunicacional.

Cada uno de los axiomas de la teoría de la comunicación humana implican ciertas patologías inherentes. En este sentido, la mejor manera de tratar los axiomas de la comunicación para llevar a cabo lecturas cibernéticas dentro del contexto terapéutico, es relacionarlos con trastornos tradicionalmente definidos como psicológicos que pueden desarrollarse en la comunicación humana, esto dentro de su componente pragmático. Es decir, a partir de ciertos principios de comunicación se pueden examinar de qué maneras y con qué consecuencias pueden verse distorsionados esos principios. Para ilustrar lo anterior, en la tabla 10 se exponen los puntos esenciales de las patologías en la interacción comunicacional acorde a los axiomas de la teoría. Se sugiere que éstos sean concebidos como rubros recursivos de muchas patologías, pasando de la definición de éstas como mentales e intrapsíquicas, a contextuales e interaccionales.

Tabla 10. *Patologías en la pragmática de la comunicación humana.*

La imposibilidad de no comunicarse.
<p><i>Rechazo de la comunicación.</i> A le puede hacer sentir a B que no le interesa conversar. Puesto que este hecho es reprobable desde el punto de vista de la buena educación, se necesita valor para hacerlo y da lugar a un silencio más bien tenso e incómodo de modo que, de hecho, no se ha evitado una relación con B.</p> <p><i>Aceptación de la comunicación.</i> A termina por ceder y entablar conversación, resultando un odio a sí mismo y a la otra persona por su propia debilidad. Lo significativo aquí es que A no tardará en comprender la sabiduría de la norma militar según la cual “en caso de ser capturado proporcione solo su nombre, rango y número de serie”, pues B quizá no esté dispuesto a quedarse a mitad de camino, sino más bien decidido a averiguar todo acerca de A, incluyendo sus pensamiento, sentimiento y creencias. Y una vez que A ha comenzado a responder, le resultara cada vez más difícil detenerse, hecho que conocen todos los especialistas en “lavado de cerebro”.</p> <p><i>Descalificación de la comunicación.</i> A puede defenderse mediante la importante técnica de la descalificación: esto es, puede comunicarse de modo tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas, por ejemplo; autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, estilo oscuro o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, etcétera.</p> <p><i>Usar el mismo síntoma para no comunicarse.</i> A puede emplear para defenderse contra la locuacidad de B: puede fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma, o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse. En todos estos casos, entonces, el mensaje es el mismo: “A mí no me molestaría hablarle pero algo más fuerte que yo de lo cual no puede culpárseme, me lo impide”. La técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá del propio control, sigue ofreciendo una falla: A sabe que está engañando al otro. Pero la “treta” comunicacional se vuelve perfecta cuando una persona logra convencerse así misma de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control y se libera así de la censura por parte de los “otros significativos” y de los remordimientos de su propia conciencia. Con todo, esto solo significa decir que tiene un síntoma neurótico, psicossomático o psicótico. La teoría de la comunicación concibe un síntoma como un mensaje no verbal: “no soy yo quien quiere o no quiero hacer esto, sino algo fuera de mi control”, por ejemplo, “mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad, mi mala vista, el alcohol, la educación que he recibido, los comunistas o mi esposa”.</p>

Tabla 10. *Continuación*

Los niveles de contenido y relación en la comunicación.

Acuerdo de contenido y de relación. Supóngase que un sujeto A y su esposa habían experimentado muchas escaladas simétricas violentas, por lo común destinadas a establecer quién tenía razón con respecto a algún contenido trivial. Cierta día ella pudo demostrarle de manera concluyente que él estaba cometiendo un error y el contexto. “bueno, quizás tengas razón pero estas equivocada porque estas discutiendo conmigo”. En el mejor de los casos los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación.

Desacuerdo de contenido y relación. Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación. Quizás ésta sea la forma más madura de manejar el desacuerdo; los participantes acuerdan estar en desacuerdo, por así decirlo.

Acuerdo de contenido, desacuerdo de relación. Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido pero no en el relacional. Ello significa que la estabilidad de su relación se verá seriamente amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo, en el nivel del contenido.

Desacuerdo de contenido, acuerdo de relación. El fenómeno del desacuerdo ofrece un buen marco de referencia para estudiar los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre el contenido y la relación. El desacuerdo puede surgir en cualquiera de los dos niveles, y ambas formas dependen una de la otra.

Confirmación de la definición de sí mismo. O puede aceptar (confirmar) la definición que P da de sí mismo. En opinión de Watzlawick, Beavin y Jackson, esta confirmación por parte de O de la visión que P tiene de sí mismo es probablemente el factor que más pesa en el desarrollo y la estabilidad mentales de los que se ha podido detectar hasta el presente a partir de sus estudios sobre comunicación.

Rechazo de la definición de sí mismo. La segunda respuesta posible de O frente a la definición que P propone de sí mismo consiste en rechazarla. Sin embargo, el rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por ende no niega necesariamente la realidad de la imagen que P tiene de sí mismo. De hecho, ciertas formas de rechazo pueden incluso ser constructivas, como ocurre con la negativa de un psiquiatra a aceptar la definición que un paciente da de sí mismo en la situación transferencial y con la que el paciente puede tratar de imponer al terapeuta su propio “juego relacional”.

Desconfirmación de la definición de sí mismo. Tal como se observa en la comunicación patológica, la desconfirmación ya no se refiere a la verdad o falsedad –si existen tales criterios- de la definición que P da de sí mismo, sino más bien niega la realidad de P como fuente de tal definición. En otras palabras, mientras que el rechazo equivale al mensaje: “Estas equivocado”, la desconfirmación afirma de hecho: “Tu no existes”. O para expresarlos en términos más rigurosos, si en lógica formal se identificaran la confirmación y el rechazo del self del otro con los conceptos de verdad y falsedad, respectivamente, entonces la desconfirmación correspondería al concepto de indeterminación, que, como se sabe, pertenece a un orden lógico distinto.

Impenetrabilidad. Lo que hace que la impenetrabilidad sea tan difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico es el hecho de que las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas. Ello significa que no son reales en el mismo sentido que lo son los objetos concretos de la percepción conjunta. Estos últimos pueden convertirse en el material de las comunicaciones digitales, son algo que esta “ahí afuera”, por así decirlo, algo que se puede señalar. Pero en las relaciones, el sujeto está contenido en ellas; por ello, un sujeto es parte de un todo más amplio, cuya totalidad no se puede captar, tal como resulta imposible obtener una visión completa del propio cuerpo.

Tabla 10. *Continuación*

<p>La puntuación de la secuencia de hechos.</p> <hr/>
<p><i>Causa y efecto.</i> Se suele observar en los casos de la puntuación discrepante en conflicto acerca de cuál es la causa y cuál es el efecto cuando en realidad ninguno de estos conceptos resultan aplicables debido a la circularidad de la interacción. Como ejemplo, considérese que la nación A se arma porque se siente amenazada por la nación B (esto es, para A su propia conducta es el efecto de la de B), mientras que la nación B considera que los armamentos de A son la causa de sus propias medidas “defensivas”. Desde el punto de vista pragmático, hay muy poca diferencia entre las interacciones de las naciones y de los individuos una vez que la puntuación una vez que la puntuación discrepante ha llevado a visiones distintas de la realidad, incluida la naturaleza de la relación y, en consecuencia, a un conflicto interpersonal (verbigracia, relaciones maritales)</p> <p><i>Profecía autocumplidora.</i> La profecía autocumplidora que, desde el punto de vista de la interacción, constituye quizás el fenómeno más interesante en el campo de la puntuación. Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. Por ejemplo, una persona que parte de la premisa “nadie me quiere”, se comporta con desconfianza a la defensiva o con agresividad ante lo cual es probable que los otros reaccionen con desagrado, corroborando así su premisa original.</p>
<p>Comunicación digital y analógica.</p> <hr/>
<p><i>Errores de traducción.</i> El material del mensaje analógico carece de muchos de los elementos que forman parte de la morfología y la sintaxis del lenguaje digital. Así, al traducir mensajes analógicos al lenguaje digital es necesario proveer tales elementos e insertarlos, tal como en la interpretación de los sueños es necesario introducir en forma más o menos intuitiva la estructura digital de las imágenes caleidoscópicas del sueño. En tal sentido, debe recordarse que todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional, y que, por lo tanto constituyen propuestas acerca de las reglas futuras de la relación para utilizar otra de las definiciones de Bateson. Sugiere éste, mediante una conducta se puede mencionar o proponer amor, odio, pelea, etc.; pero es el otro el que atribuye futuros valores de verdad positivos o negativos a tal propuesta. Asimismo, el lenguaje digital posee una sintaxis lógica que lo hace particularmente apto en el nivel del contenido, pero al traducir el material analógico al lenguaje digital, debe introducirse las funciones lógicas de verdad, pues estas faltan en el modo analógico.</p>
<p>Interacción simétrica y complementaria.</p> <hr/>
<p><i>Escalada simétrica.</i> Se ha sugerido que en una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia. Como puede observarse, tanto en los individuos como en las naciones, la igualdad parece ser más tranquilizadora si uno logra ser un poco “más igual” que los otros. Así, en los conflictos maritales resulta fácil observar de qué manera los cónyuges atraviesan una pauta de escalada de frustración hasta que, eventualmente, se detienen agotados, física y emocionalmente, y mantienen una tregua inestable hasta que se recupera lo suficiente como para iniciar el “segundo round”. En una relación simétrica sana, cada participante puede aceptar la “mismidad” del otro, lo cual lleva al respeto mutuo y a la confianza en ese respeto, e implica una confirmación realista y recíproca del self. Cuando una relación simétrica se derrumba, por lo común se observa más bien el rechazo que la desconfirmación del self del otro.</p> <p><i>Complementariedad rígida.</i> En las relaciones complementarias puede darse la misma confirmación recíproca, sana y positiva. Las patologías de las relaciones complementarias, por otro lado, son muy distintas y en general equivalen a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Un problema característico de las relaciones complementarias surge cuando P exige que O confirme una definición que P da de sí mismo y que no concuerda con la forma en que O ve a P. Ello coloca a O frente a un dilema muy particular: debe modificar su propia definición de sí mismo de forma tal que complemente y así corrobore la de P, pues es inherente a la naturaleza de las relaciones complementarias el que una definición del self solo pueda mantenerse si el otro participante desempeña el rol específico complementario.</p> <p><i>Metacomplementariedad.</i> El lograr una metacomunicación es lograr poner un nivel arriba a la comunicación con un interlocutor como se explica enseguida: lo que se necesita para ‘clasificar’ un mensaje dado es naturalmente la respuesta del otro participante. Es decir, lo que permite definir las funciones de la comunicación no es algo inherente a ninguna de las aseveraciones como entidades individuales sino a la relación entre dos o más respuestas.</p>

Los axiomas de la pragmática de la comunicación humana (con sus respectivas patologías), posiblemente representen la consolidación de un método analítico, clínico y alternativo de la conducta humana, la cual no hubiera sido posible sin las observaciones elaboradas por el equipo Bateson así como la formulación de la llamada epistemología cibernética aplicada al estudio de las ciencias biológicas y sociales; denominada ésta como la “*metáfora de la cibernética psicosocial*” (Stierlin, 1998).

Además de que el enfoque interaccional de la comunicación hace hincapié en la definición de las alteraciones psicológicas observadas como patologías de la comunicación entre dos o más personas identificando esto en un sistema cibernético y no como alteraciones intrapsíquicas, lo expuesto en este apartado sugiere otras implicaciones respecto a la definición de la conducta humana y la enfermedad mental.

Por ejemplo, para Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) es dable una y otra vez observar que un síntoma, que se ha mantenido refractario a la psicoterapia a pesar del intenso análisis de su génesis, revela de pronto su significado cuando se lo estudia en el contexto de la interacción presente en el individuo. Los síntomas pueden mostrarse como una restricción, como una regla del “juego” interaccional en que está inmerso el sujeto. En general se entiende que un síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente. En tal sentido podría establecerse una regla empírica: cuándo el *por qué* de un fragmento de una conducta permanece oscuro, las preguntas *¿para qué?* o el *¿cómo?* pueden proporcionar una respuesta válida.

Otro punto a enfatizar es la noción de conducta “normal” y “anormal” en las ciencias de la conducta, pues tradicionalmente el modelo médico psiquiátrico apunta a clasificar pacientes con “desórdenes mentales” e internarlos en hospitales. Tal enfoque encierra considerable valor práctico, puesto que no carece de importancia el hecho de descubrir ciertos estados orgánicos, tales como la parálisis general progresiva. El siguiente paso práctico de esta modalidad de tratamiento de los desórdenes mentales consiste en incorporar la distinción conceptual entre normalidad y anormalidad al lenguaje legal, y de ahí los términos “cordura” y “alienación”. Sin embargo, cuando se acepta desde el punto de vista comunicacional, un fragmento de conducta (pauta de interacción) sólo puede estudiarse en el contexto en que tiene lugar, los términos de conducta y alienación pierden prácticamente su significado como atributos de individuos. Del mismo modo, la misma noción de “anormalidad” se vuelve cuestionable, pues es aceptable dentro del enfoque pragmático de la comunicación que el estado del paciente no es estático, sino que varía según la situación interpersonal y según la perspectiva subjetiva del observador. Aún más, cuando los síntomas

psiquiátricos se entienden como la conducta adecuada a una situación interaccional dada, surge un marco de referencia que es opuesto a la visión psiquiátrica clásica. Así, la esquizofrenia (por mencionar algún ejemplo) vista como la enfermedad incurable y progresiva de una mente individual y la esquizofrenia entendida como la *única* reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo e insostenible (una reacción que obedece y, por tanto, perpetúa las reglas en ese contexto) son dos cosas distintas y, no obstante, la diferencia radica en la incompatibilidad de los dos marcos conceptuales, en cuanto al cuadro clínico al que se aplican es el mismo en ambos casos.

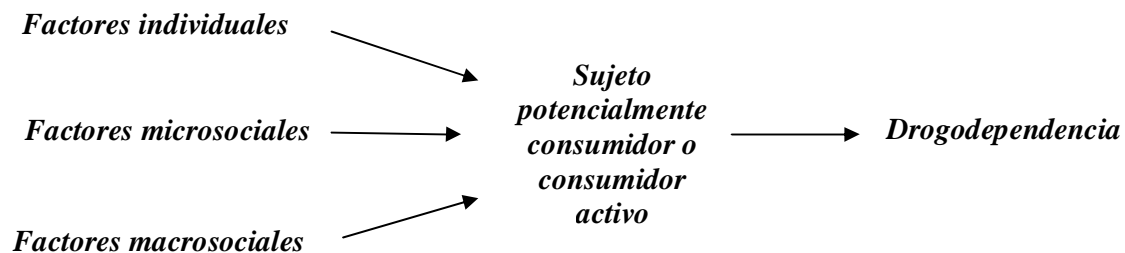
Asimismo, Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) comentan que un síntoma siempre es, en esencia involuntario y, por ende, autónomo. Pero ésta no es otra manera de decir que un síntoma es un fragmento de conducta espontánea, tan espontánea que el paciente la expresa y la experimenta como algo incontrolable. Es esta oscilación entre la espontaneidad y la coerción lo que hace que el síntoma sea *paradójico* tanto en la experiencia del paciente como su efecto en los demás; es decir, ya en el contexto psicoterapéutico la comunicación debe trascender los consejos que habitual, pero ineficazmente, dan los protagonistas mismos, así como amigos y familiares. Prescripciones tales como “sean amables”, “no te metas en líos con la policía” o, en su caso, “deja de ‘drogarte’ hijo(a)”, no pueden tildarse de terapéuticas. En este caso, la técnica ya explicada en párrafos anteriores de *prescribir el síntoma* adquiere gran importancia ya que si un terapeuta indica a su paciente que realice su síntoma, está exigiendo una conducta espontánea, entonces ya no puede ser espontánea, porque la exigencia hace imposible la espontaneidad. Esta técnica, para la escuela del MRI es fundamental porque, probablemente, es la técnica en la cual fundamenta casi todas sus prescripciones de intervención.

En conclusión, el modelo interaccional de la comunicación ofrece un marco alternativo para analizar la conducta y sus posibles trastornos. Habrá que enfatizar que este modelo “encuadra” la patología conductual no como un proceso intrapsíquico (ya sean vivencias del pasado, factores de personalidad, procesos yoicos, etc.) evaluado esto a través de una exhaustiva indagación de la vida pasada del cliente. Tampoco identifica la conducta sintomática exclusivamente en un individuo determinado. Por el contrario, para el modelo interaccional de la comunicación, la patología de la conducta se ve originada, mantenida y ampliada por secuencias de conducta disfuncionales y por un complejo intercambio de mensajes y metamensajes, que en la pragmática de la comunicación son denominados *interacción comunicacional*. Asimismo, para estudiar estas secuencias de conducta patológica, habrá que “situarlas” en un *contexto* y entre *dos o más personas*. También es

importante precisar que para la pragmática de la comunicación, la conducta humana es sumamente compleja considerándose así que para llevar a cabo un análisis funcional de la interacción humana es inaceptable aislar y ordenar variables (de manera lineal) los cuales puedan definir o influenciar a una psicopatología específica. Por ello, la pragmática de la comunicación aboga por un análisis circular y cibernético (retroalimentación, homeostasis familiar, axiomas de la comunicación, etc.) de la conducta disfuncional.

Ahora bien, acorde a estos puntos de análisis, habrá que recapitular el modelo biopsicosocial y el método el cual define el origen, funcionamiento así como la ampliación de la problemática de las drogodependencias con el fin de formular un modelo tentativo de estudio de las adicciones por medio de la epistemología cibernética.

En primera instancia, el modelo biopsicosocial de la conducta, en su estudio en el abuso de sustancias, incluye todas las denominadas variables individuales (sexo, genéticas y de personalidad), las variables macrosociales (influencia de los medios de comunicación, oferta y demanda de sustancias psicoactivas) y las variables microsociales (relación del paciente con amistades consumidoras de sustancias, la familia del drogodependiente, etcétera) y menciona que éstas están relacionadas íntima y dinámicamente, pero este modelo concibe al sujeto drogodependiente como un elemento central para el desarrollo del problema de las adicciones; es decir, el modelo biopsicosocial identifica y ordena una o varias de dichas variables que *influyen* en el individuo drogodependiente definiendo, a su vez, al problema de las adicciones como un fenómeno multifactorial obedeciendo una clara noción epistemológica de causalidad lineal y a la visión monádica de las drogodependencias como enfermedad mental. Lo anterior queda ilustrado en el siguiente esquema:



Este esquema sugiere que el especialista en el análisis de la conducta identifica y aísla una o más variables que influyen en el sujeto para que éste sea un consumidor potencial o activo de sustancias psicoactivas, modelo que obedece los principios del enfoque médico sanitarista explicado en capítulos anteriores, es más, este modelo epistemológico es imperante

en la configuración de la ciencia tradicional y contemporánea; empero, algunos investigadores (González Calleja, González y García-Señorán, 1996) mencionan la dificultad de estudiar la problemática del abuso y adicción de sustancias psicoactivas bajo el modelo biopsicosocial:

Se plantea que el uso de drogas es un problema multifactorial. Por ello, la cuestión fundamental es precisar cómo interactúan dichos factores y determinar en qué medida una variable puede incidir sobre las demás desencadenando el proceso adictivo. Este es el problema más espinoso con el que nos encontramos en la actualidad (p. 257).

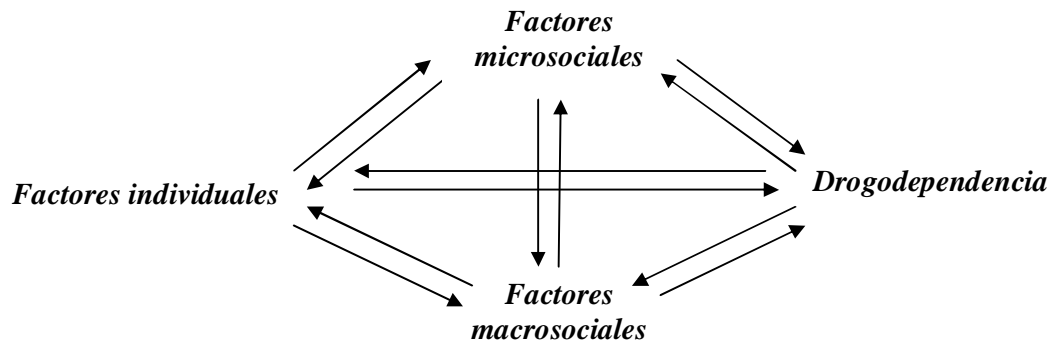
Independientemente de la ventaja que ha representado (a lo largo de los años) la observación y formulación teórica de las variables involucradas en la génesis, mantenimiento y ampliación del fenómeno de las drogodependencias, esta identificación de factores ha implicado (por su base epistemológica y metodológica de análisis) la problemática misma de considerar al fenómeno de las adicciones como *complejo*; es decir, esta complejidad es puntuada por la gran cantidad de elementos involucrados en la problemática y en el mismo aislamiento de estos factores así como el identificar al individuo (de manera monádica) como foco de atención clínica.

Esta investigación documental no niega el hecho de que el problema de las drogodependencias sea difícil de prevenir y tratar, empero, pretende señalar que el análisis del consumo de las adicciones bajo el modelo epistemológico lineal progresivo si bien no es inadecuado, pero posiblemente si es inconveniente; pues, como ya se ha señalado bajo los argumentos de Wittezaele y García (1994), un problema de la naturaleza de las drogodependencias en donde los factores a manipular son tan dinámicos y están tan interconectados, es prácticamente imposible dejar de lado reduccionismos concluyendo entonces que el paradigma científico imperante en el estudio de las drogodependencias es insuficiente.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere no aislar variables en el estudio de las drogodependencias, sino más bien, considerar éstas como elementos en función de un sistema de flujo recíproco y bajo una forma circular de reverberación mediante retroalimentaciones recíprocas entre las variables individuales, microsociales y macrosociales que definen la problemática de las drogodependencias.

Por consiguiente, de acuerdo con Nardone y Watzlawick (2007), de lo anterior brota la exigencia de estudiar dicho fenómeno en su globalidad teniendo siempre presente que estas

variables se expresan en función de su relación entre ellas y el contexto de la situación. Para lograr una mejor ejemplificación de estos argumentos, véase el siguiente esquema:



Es a partir de este esquema que es sugerente que el investigador en drogodependencias conciba que la suma o la identificación particular de uno de los efectos de una variable en drogodependencias no es igual a la concreción de todo el fenómeno y de que el aislamiento de una sola variable para el estudio de sus características conduce inexorablemente a un reduccionismo y a distorsiones de tipo cognoscitivo, que no pueden representar cabalmente las prerrogativas de cada una de las variables, ni pueden llevar a la reconstrucción del proceso relacional completo. Por consiguiente, queda la exigencia de estudiar la problemática de las drogodependencias como un fenómeno interactivo (es decir, observando pautas de interacción), porque es partir de estas pautas que se determinará, junto con la peculiaridad de las variables antes enunciadas, la expresión del proceso en curso y la expresión de cada variable. Sólo si se da la debida importancia a esta dinámica interactiva y a las reglas que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de los fenómenos individuales y la procedencia que giran en torno al problema de las adicciones.

Acorde a lo expuesto en este capítulo, se puede inferir que para el enfoque interaccional de la comunicación, el problema de las drogodependencias no es un fenómeno que se desarrolla exclusivamente en un solo individuo (identificado este como paciente o foco de atención) sino que dicha problemática debe de ser observada dentro de un contexto social inmediato del sujeto drogodependiente. Por consiguiente, esta investigación documental sugiere que dicho contexto social sea la familia del paciente identificado, pues la familia es el contexto el cual es fundamental para cualquier ser humano por las siguientes razones (Nardone, Gianotti y Rocchi, 2003):

1. La familia es el primer ambiente social del cual el ser humano depende por entero por un periodo más bien largo.
2. Es el ambiente social en el que mentes adultas, los padres o sus sustitutos, interactúan de forma recurrente, y en ciertos momentos exclusiva, con mentes en formación, los hijos, ejercitando un gran poder de modelado²⁸.
3. Es en este ambiente donde las frecuentes interacciones, intensas, duraderas en el tiempo, crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación, o por el contrario de rechazo.

De la misma forma, parafraseando la definición de familia como sistema cibernético el cual se define ésta como un sistema autocorrectivo, autogobernado por medio de reglas que se constituyen a lo largo del tiempo a través de ensayo y error en el interior del cual los miembros tienden a comportarse de forma organizada o repetitiva, aunado todo esto a la hipótesis del doble vinculo que, como ya se ha expuesto, se refiere a la observación del intercambio de mensajes y metamensajes paradójicos entre un paciente esquizofrénico con su familia postulando, por ende, que el síntoma del paciente identificado se manifiesta en función de la homeostasia familiar, se puede inferir también que el consumo inadecuado y/o prolongado de sustancias psicoactivas por un sujeto se encuentra en función del mantenimiento del *status quo* de la familia con el objetivo implícito de conservar la estabilidad familiar y, por tanto, es de suponer que el sujeto drogodependiente ha establecido con su familia toda una gama de complejas interacciones²⁹ disfuncionales que permiten (a pesar de la consideración individual, familiar, social y en muchos casos, cultural de la drogodependencia como un acto “malo”) la organización y el mantenimiento de la unidad familiar en torno a la sintomatología del drogodependiente.

Ahora bien, es de esperar a partir de lo comentado que las relaciones e interacciones del sujeto drogodependiente con su familia tiendan a ser demasiado rígidas generando

²⁸ De acuerdo con Nardone, Gianotti y Rocchi (2003), con el término modelado se indica una forma de aprendizaje caracterizada por la observación del comportamiento de una persona que hace de modelo (por ejemplo, el comportamiento de un adulto observado por un adolescente).

²⁹ Con el objetivo de lograr mayor precisión, a partir de ahora se entenderá como interacción a un acto comunicativo entre dos o más personas que se desarrolla en el presente y puede ser breve; como toda comunicación transmite ya sea un contenido, ya sea el modo en que los interlocutores entienden su vínculo. Si una de estas interacciones persiste de forma redundante por largo tiempo entre individuos que viven juntos, se generan relaciones duraderas como la relación simétrica o la relación complementaria (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003).

“juegos sin fin”³⁰, círculos viciosos de los que no se consigue salir porque nadie es capaz de cambiar las reglas: por tanto, el sistema se vuelve patológico y recuerda a un disco que se raya, que no consigue avanzar y produce hasta el infinito el mismo sonido. Estos comportamientos repetitivos son, a menudo, para quien los desarrolla procesos inconscientes. Para el observador exterior, el experto, se convierten en verdaderos y auténticos “reductores de complejidad”, es decir, fundamentos para la lectura de aquel modelo particular de relaciones familiares que guiará, como se verá en los capítulos 4 y 5, a la construcción y aplicación de una intervención terapéutica.

Por ello, en el siguiente capítulo se expondrá la estructura/protocolo de la terapia breve del MRI con el objetivo de presentar la posición teórica y práctica que asume dicha modalidad terapéutica con respecto a las pautas de interacción disfuncionales que puede presentar una persona al acudir a terapia, se explicará cómo el MRI define el problema terapéutico, también se explicará la conceptualización del cambio terapéutico así como las estrategias de intervención que son medulares para esta escuela con la finalidad de construir una propuesta de tratamiento en el problema de las adicciones.

³⁰ Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) se refieren a un “juego sin fin” a la descripción de las relaciones de un sistema gobernado por reglas que se vuelven siempre más rígidas e impiden el buen funcionamiento de dicho sistema, sin que ninguno de los participantes encuentre el modo de cambiarlas.

CAPITULO IV

La teoría y la praxis clínica de la terapia familiar breve del MRI.

Es de subrayar que los últimos años de la década de los sesentas fue trascendental para el MRI. El libro “Teoría de la comunicación humana” fue la publicación que, además de proporcionar fama mundial a sus autores, posiblemente también marcó la culminación de un enfoque alternativo clínico de la conducta humana y sus respectivas patologías, esto derivado del análisis de los conceptos de la epistemología cibernética aplicada al estudio de los sistemas sociales, dicho análisis llevado a cabo por el equipo Bateson en la década de los cincuentas. Asimismo, la publicación antes mencionada fue una herramienta de sumo valor para la formulación teórica de muchos de los enfoques en terapia sistémica que tuvieron auge en las décadas siguientes. De hecho, poco después de la publicación de “Teoría de la comunicación humana” y después de la partida de Jay Haley así como de Virginia Satir del grupo de Palo Alto, en 1967 se fundó el Centro de Terapia Breve (CTB) bajo la iniciativa y la dirección del Dr. Richard Fisch el cual había ingresado al grupo (del MRI) en 1966. Además de Fisch, al proyecto se unieron tres clínicos más: Paul Watzlawick, John Weakland y Arthur Bodin.

En principio, el proyecto se planteó tres objetivos: 1) encontrar un rápido y eficiente medio para resolver los problemas que los clientes exponen en la psicoterapia y a los consultores; 2) convertir la terapia en una tarea artesanal, para poder enseñarla fácilmente; y 3) estudiar el cambio en los sistemas humanos. Es a través de estos objetivos, que el modelo de terapia breve es la más perfecta aplicación de las teorías de Watzlawick. Además de su laxitud, tiene la virtud de sustraer la terapia a la lógica de la norma, de la tipología y de la diagnosis. De este modo, se abre el camino al modelo de Milán y las terapias constructivistas y posmodernas de los veinte años siguientes, cuyas virtudes y defectos tienen mucho que ver con las discrepancias del MRI. El éxito del CTB está garantizado por su elegancia, desde sus aplicaciones sencillas hasta el tecnicismo que permite, al menos como intención, su utilización en varios tipos de actores sociales, tras una mínima formación pragmática y clínica (Bertrando y Toffanetti, 2000).

En términos generales, la terapia propuesta por el CTB da énfasis en las potencialidades del individuo y otorga mucha importancia a la familia. Atribuir mucha importancia a la familia significaría, según la óptica de la terapia breve del MRI, reificar la

fluidez de las interacciones. De ahí que el área de las intervenciones sea la esfera individual³¹, según la praxis ya usada por Milton Erickson muchos años antes (Bertrando y Toffanetti, 2000).

Por consiguiente, en este capítulo se explicará brevemente las técnicas y la influencia que tuvo Milton Erickson en la práctica clínica del CTB. De la misma forma se definirán las características del enfoque estratégico así como la posición del CTB dentro de dicho enfoque, esto con el objetivo de llevar a cabo un planteamiento general acerca de las técnicas y la pragmática que ofrece esta modalidad. Expuesto lo anterior, se explicará la configuración teórico/práctica del MRI comenzando con la concepción del cambio que ofrece la mencionada escuela, la evaluación del problema terapéutico y el papel primordial que juega la identificación de los intentos de solución del cliente para resolver su problema. Asimismo, se mencionarán las técnicas para llevar a cabo la evaluación de los puntos anteriores, incluyendo la capacidad de maniobra del terapeuta, la entrevista, la posición del paciente y las intervenciones que pueden ser empleadas para resolver diversos conflictos de índole individual o familiar. Por último, se indicará esquemáticamente el trabajo terapéutico del CTB con el objetivo de ilustrar los pasos que el terapeuta debe cubrir en todo el tratamiento enfatizando que el enfoque MRI, por ser un estilo de terapia de corte estratégico, es sumamente flexible y adaptable en la atención de cualquier problema de orden psicológico.

4.1 Milton Erickson y la definición del enfoque estratégico en psicoterapia.

En términos generales, la influencia de Milton Erickson en los diversos enfoques estratégicos es sumamente significativa. Sus actitudes y su genio interventivo ejercieron una influencia considerable durante el desarrollo temprano del enfoque comunicacional de la conducta. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, la construcción o adecuación de la epistemología cibernética al análisis de los trastornos psicológicos en principio fue llevado por el equipo Bateson, pero la praxis clínica de algunas escuelas en terapia familiar sistémica

³¹ Efectivamente, para la terapia MRI es más conveniente diagnosticar e intervenir en la problemática del cliente individualmente. Esta afirmación podría parecer contradictoria si se contrasta con lo expuesto en el capítulo anterior y más aún si se contrasta con los objetivos de esta investigación documental, pero habrá que aclarar que la terapia MRI se fundamenta dentro del marco de la epistemología cibernética como lo hacen otras escuelas terapéuticas denominadas familiares que son incluyentes dentro del enfoque sistémico. La diferencia radica en la *táctica* del CTB en comparación a otras escuelas; es decir, para la escuela del MRI es de suma importancia identificar como ha intentado solucionar el cliente su problema y *quienes* se han involucrado en dicho intento de solución si así fuera el caso. Entonces, se podría afirmar que la terapia MRI se configuraría como una escuela de terapia familiar al momento en que, al evaluar el problema del cliente, se identifican otros sujetos que han *intentado* solucionar la queja de la persona que solicita atención psicoterapéutica. Esto se explicará con mayor precisión más adelante.

se ha basado casi en exclusiva en el método interventivo de Erickson. A este respecto Nardone y Watzlawick (1992) señalan que:

Erickson, además de ser el padre de la terapia estratégica, ha sido el inspirador técnico de buena parte de los procedimientos terapéuticos propios de la terapia familiar sistémica. Si Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccional/sistémica en psicología y psiquiatría, Erickson representa el maestro a quien hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales. Su trabajo ha sido una continuada investigación y aplicación clínica de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente se usan en terapia estratégica (p. 56).

De acuerdo a lo expuesto, es importante dar énfasis a que Erickson era psiquiatra por lo cual se infiere de modo natural que su orientación terapéutica era de corte psicoanalítico. Sin embargo, éste desarrolló su propio método terapéutico al margen de la teoría psicoanalítica. La terapia ericksoniana es breve y especulaba muy poco acerca de los orígenes de los problemas de sus pacientes incluso si éstos tenían un problema orgánico ya diagnosticado. En relación a lo anterior O'Hanlon y Weiner (1990) comentan lo siguiente:

Consideraba (Erickson) a Freud un genio para desvelar complejidades de la mente humana y la psicopatología, pero inútil a la hora de ayudar a las personas a cambiar. Tal vez esta distinción haga más fácil de comprender el trabajo de Erickson. Era un genio ayudando a las personas a cambiar, pero tenía poca pericia o poco interés en entender por qué se quedaban atascadas en sus problemas. De hecho, las cosas que otros terapeutas consideraban 'psicopatología' Erickson las consideraba habilidades, 'mecanismos mentales', que podrían usarse tanto para curar como para producir problemas. Empleaba con facilidad la amnesia, las alucinaciones y otros estados y experiencias patológicas como técnicas de terapia, convirtiendo en ventajas lo que parecían desventajas (p. 26).

De acuerdo con los mismos autores, Erickson creía que los pacientes contaban por sí mismos o dentro de su contexto social los recursos necesarios para llevar a cabo los cambios que fueran necesarios y, así, resolver sus problemáticas. La misión del terapeuta era descubrir

estos recursos y ayudar a los pacientes a usarlos en las áreas apropiadas de su vida. Entre otras tantas técnicas, Erickson fue el primer terapeuta en utilizar metáforas, historias, presuposiciones siendo también creador del enfoque de utilización, la pseudo-orientación-temporal, y la metáfora de la bola de nieve. Respecto a esta última técnica Erickson comentaba que un pequeño cambio podría desencadenar cambios mayores y más significativos.

Aunque las innovaciones de Erickson son demasiado numerosas para describirlas a detalle, se debe mencionar su utilización de la comunicación indirecta, incluyendo el empleo de las ya citadas metáforas y presuposiciones, y la “técnica de intervención sobre patrones”. Asimismo, Erickson fue uno de los primeros terapeutas en reconocer el impacto de la comunicación del terapeuta sobre el proceso de evaluación. En 1965 escribió: “...la experiencia me ha enseñado la importancia de asumir el papel de un investigador puramente pasivo, que sólo hace preguntas para recibir una respuesta, independientemente de su contenido. Una entonación de interés por el significado de la respuesta puede llevar a los sujetos a responder como si hubieran recibido instrucciones acerca de que contestación dar” (Rossi: en; O’Hanlon y Weiner, 1990).

Como se indicó, Erickson es el padre de la terapia estratégica, pero no se aclaró que se debe entender por este término y, elementalmente, cómo se relaciona el concepto “estratégico” con la terapia MRI.

Con el objetivo de aclarar lo anterior, Haley (en; Cade y O’Hanlon, 1995), define la terapia estratégica como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que el terapeuta recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz. Asimismo, Haley considera que la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el cliente.

En relación con la definición expuesta, Richard Rabkin (en; Cade y O’Hanlon, 1995) diferencia los enfoques estratégicos respecto de la terapias que “buscan sabiduría e iluminación”, definiéndolos como “usualmente breves” e interesados en “cambiar la perspectiva que tienen los pacientes de sus problemas y síntomas”. Por consiguiente, una característica típica del terapeuta breve/estratégico es la evitación de una teoría elaborada de la personalidad o la disfunción, sea en el nivel individual, familiar, o del sistema global. Las formulaciones diagnósticas tienden a representar, en cada caso, la visión más simplificada de

la evolución y el mantenimiento de los problemas, a fin de permitir el desarrollo de una intervención eficaz. A los terapeutas breves/estratégicos les interesa intervenir del modo más rápido y económico posible; realizan una exploración y una elaboración sostenidas de sus propias conductas ó actitudes que tienden a facilitar al máximo la resolución rápida de los problemas. De este modo, los enfoques breves/estratégicos pueden dividirse en dos grupos principales:

- Los enfoques (que se definen como terapias estratégicas y que son representados por el método de intervención de Jay Haley) interesados en el modo en que las secuencias repetitivas revelan y reflejan la *forma/función*. Por lo general, se considera que los síntomas cumplen una función en la familia y aportan información metafórica sobre la disfunción jerárquica. Se observan las secuencias para trazar el mapa de la organización familiar.
- Los enfoques (que se definen como terapias breves, representados en gran medida por el CTB) para los cuales el análisis de las ideas y de las secuencias repetitivas que rodean a los síntomas constituye un nivel de explicación suficiente; se consideran innecesarias las inferencias sobre su propósito, su función, o la estructura familiar. Las secuencias se observan para identificar pautas de pensamiento y conductas que se autorrefuerzan. En resumen, a estos enfoques se les puede denominar como centrados en el *proceso/circuitos de feedback*.

Aunque los distintos enfoques breves/estratégicos se basan en algunos supuestos diferentes, hay muchos modos de intervención comunes a todos los terapeutas breves. Está implícito en lo que se ha dicho que los terapeutas breves se identifican más por el modo en que actúan que por sus formulaciones teóricas. Milton Erickson parecía trabajar más a partir de una teoría implícita de la intervención que basándose en una teoría de la personalidad o de la disfunción claramente articulada. Por tanto, a continuación se enumera una lista de los principios que sustentan el enfoque idiosincrásico de Erickson. Éstos pueden verse como implícitos en el trabajo de la mayoría de los terapeutas breves (Cade y O'Hanlon, 1995):

- Las personas actúan sobre la base de sus mapas internos, y no de su experiencia sensorial.
- Las personas realizan la mejor elección para ellas en cualquier momento dado.

- La explicación, la teoría o la metáfora utilizadas para relacionar hechos concernientes a una persona no son la persona.
- Respeta todos los mensajes del cliente.
- Enseña a elegir; nunca excluyas la elección.
- Los recursos que el cliente necesita están en su propia historia personal.
- Encuéntrate con el cliente en su propio modelo del mundo.
- La persona con la mayor flexibilidad o posibilidad de elección será el elemento que controle el sistema.
- Una persona no puede no comunicar.
- Si es trabajo duro, divídelo en partes.
- Los resultados se determinan en el nivel psicológico.

En conclusión y más allá de las diferencias o puntos comunes que pueda compartir con la escuela estratégica de Haley, la terapia breve del MRI se define como una escuela terapéutica elegante y ahorrativa la cual desarrolló técnica y teóricamente una tecnología del cambio terapéutico. En términos generales, el procedimiento del MRI para seguir los comportamientos en torno de un problema constituye un inapreciable instrumento clínico, tanto más cuanto está basado en un entendimiento claro de la secuencia autoperturbadora de los comportamientos en torno a un síntoma. El empleo de técnicas paradójicas (tal como lo hacía Erickson años atrás) para contrarrestar algún problema es otro recurso inapreciable. El MRI adopta una fuerte posición terapéutica al desafiar constantemente el deseo de cambiar de la familia e insiste en sus mínimos poderes para ayudar. Esto no sólo mantiene el control del terapeuta sino que se basa en sus cualidades oposicionales de la mayor parte de las familias con síntomas psiquiátricos, casi obligándolas a cambiar al resistir a todo orden de no hacerlo. Pero, ¿cómo el terapeuta MRI consigue lo anterior? ¿Qué es “cambio terapéutico” para el CTB? ¿Cuál es el papel que juega el cliente y el mismo terapeuta dentro del contexto clínico? ¿Cómo el terapeuta MRI interviene técnicamente para conseguir que el cliente solucione su problemática en un breve lapso de tiempo, rompiendo con todos los convencionalismos terapéuticos de las escuelas ortodoxas en psicoterapia? Es así que para dar respuestas a estas interrogantes, a continuación se describirá la configuración teórica de la terapia MRI comenzando por la definición de la duración de las sesiones, el marco de referencia del cliente y como observa la generación de problemas. Asimismo, se mencionará la importancia que tiene para el MRI el análisis de los intentos de solución del cliente para resolver sus

problemáticas y, por consiguiente, se analizará y sintetizará la tecnología del cambio adoptada por el CTB.

4.2 La terapia MRI: El marco de referencia del cliente y formación de problemas.

En su artículo capital, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) describen que la terapia del CTB tiene un máximo de duración de 10 sesiones en el cual el grupo obtuvo un éxito significativo en tres cuartas partes de una muestra de 97 sujetos los cuales presentaban problemáticas diversas (violencia conyugal, problemas sexuales, delincuencia, alcoholismo). Como se puede inferir, el grupo partió de dos ideas principales: 1) el análisis de la interacción y, por tanto, de las conductas observables del o los miembros que reportan el problema en el presente y 2) la intervención deliberada de forma eficaz en dichos patrones de interacción disfuncionales.

Respecto al primer punto, ya se ha comentado que el movimiento de la terapia familiar sistémica parte de la convicción de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto; es decir, por su punto de observación que hace que perciba (o construya) una realidad ante la que él reacciona con una conducta disfuncional también denominada “psicopatológica”. Por consiguiente el enfoque del MRI no se interesa en buscar explicaciones acerca de la personalidad anormal o escudriñar la historia de los procesos del individuo, se interesa más en el comportamiento concreto en el *aquí y ahora* (Nardone y Watzlawick, 2007).

En cuanto a la noción de realidad se refiere y como un elemento trascendental íntimamente vinculado a lo anterior, Watzlawick (2000a) traza una distinción entre dos niveles de percepción de la realidad que generalmente no se distingue uno del otro. Se debe de diferenciar entre la imagen de la realidad que un sujeto percibe a través de los sentidos y el significado que éste atribuye a sus percepciones. Por suponer un ejemplo, una persona neurológicamente sana puede ver, oler y tocar un ramo de flores (por razones de simplicidad, se pasara por alto el hecho de que estas percepciones son también el resultado de construcciones excepcionalmente complejas realizadas por el sistema nervioso central y también el hecho de que la expresión “ramo de flores” tiene significado sólo para personas que hablan español mientras que es un conjunto de sonidos o una serie de símbolos escritos carentes de significado para quienes no lo hablan). Esta realidad se define como *Realidad de primer orden*.

No obstante, terapeutas tradicionales (en gran medida por la configuración epistemológica y de formación profesional de estos) raramente se detienen a pensar en este

punto. Casi constantemente un sujeto atribuye un sentido, un significado y a veces un valor a los objetos de la percepción. Y en este nivel, el nivel de las *realidades de segundo orden*, surgen los problemas. La diferencia crucial entre estos dos niveles de percepción de realidad es la indicada por el célebre dicho el cuál la diferencia entre un optimista y un pesimista consiste en el hecho de que, ante una botella que contiene una determinada cantidad de vino, el primero afirma que está medio vacía. La realidad de primer orden (una botella con una determinada cantidad de vino) es la misma para ambos; pero sus realidades de segundo orden son diferentes y sería totalmente inútil tratar de establecer quién tiene razón y quién está equivocado. Así pues, y como ya se ha mencionado anteriormente, las ciencias médicas poseen una definición razonablemente fiable de los acontecimientos y los procesos de las realidades de primer orden. En el ámbito de la psicoterapia, por el contrario, el especialista se encuentra en un universo de simples suposiciones, convicciones y creencias que forman parte de la realidad de segundo orden y, por tanto, son construcciones de la mente (Watzlawick, 2000a).

Ahora bien, cabría formularse la siguiente pregunta ¿qué importancia adquieren los argumentos presentados para la escuela del MRI? Para el trabajo clínico del CTB es significativo el concepto y el análisis del *marco de referencia del cliente* (realidad de segundo orden) puesto que, a partir de este análisis, el MRI configura su particular definición de la generación e intervención de los problemas que son reportados en psicoterapia.

Es entonces que como marco de referencia se entenderá como el conjunto de valores, puntos de vista y atribuciones con los cuales un sujeto le da significado a los objetos; es decir, gracias a este marco de referencia las personas se enfrentan a los placeres y dificultades de su propia vida. En ocasiones, las personas y sus familias se manejan por el mundo encontrando, por medio de sus estructuraciones, soluciones a sus dificultades cotidianas. Pero hay ocasiones en que estas soluciones no resuelven todas sus dificultades y, contradictoriamente, estas soluciones son mantenidas y llevadas cabo aunque no den el resultado deseado. Esto es así no por una falta de capacidad de las personas, sino porque no sabe o concibe otra forma de resolver sus problemas de una manera diferente, su marco de referencia dicta que esa forma de resolver el problema es viable.

Por tanto, toda conducta problemática, sea cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad individual, está configurada y conservada (o cambiada) de manera continúa por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema interaccional del individuo que presenta tal conducta. Estos esfuerzos mantenidos o modificados, cuando no son funcionales, son primordiales para el MRI. Es así que, para el MRI, el mantenimiento de un

problema se debe a conductas actuales y para eliminarlas o transformarlas se deben de alterar los patrones de interacción familiar, es decir, el MRI pone acento descriptivo en los circuitos interactivos que mantiene un comportamiento problemático. Por ende, el problema se define por medio de las soluciones intentadas que, paradójicamente, lo construyen. Los problemas son tan diversos como las personas, pero el intento de solución (pautas de interacción repetitivas) es lo que constituye el origen y preservación del problema. Es por ello que la táctica del terapeuta breve del MRI se basa en encontrar por medio de la indagación disciplinada los intentos de solución para idear pautas de interacción diferentes a las ya ensayadas.

De esta forma, el concepto para el MRI de lo que constituye un problema y una ayuda útil que puede ofrecer un terapeuta puede ilustrarse bajo los siguientes 4 preceptos que suelen ser observables repetidamente (Fisch, Weakland y Segal, 2003):

1. Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta –acciones, pensamientos o sentimientos- desarrollada por él o por alguna otra persona con al que se halla significativamente comprometido.
2. Dicha conducta es descrita como a) desviada, infrecuente o inadecuada, o incluso anormal, y b) aflictiva o dañosa inmediata o potencialmente, para el sujeto (o paciente) o para los demás.
3. Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos o para modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.
4. En consecuencia, el paciente o los otros implicados buscan la ayuda del terapeuta para cambiar la situación, que no han sido capaces de cambiar por sí solos.

Es a partir de estos cuatro preceptos que, en opinión del CTB, toda conducta ya sea normal o problemática, sean cuales fueren sus relaciones con el pasado o con los factores de personalidad individual, resulta configurada y conservada de manera continuada, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta. Dicho sistema de interacción incluye en especial a la familia, si bien asimismo pueden ser otros importantes sistemas de interacción, por ejemplo, un centro de enseñanza o un centro de trabajo³². En otros términos, la conducta

³² Watzlawick y Nardone (2007) identifican tres categorías de interacción generales: interacción entre el sujeto y si mismo (el cual, desde el ámbito cognitivo, incluye presuposiciones, impenetrabilidad y el dialogo interno de cada sujeto) interacción entre el sujeto y los demás (pautas comunicacionales que permiten la

de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción. Por tal motivo, el CTB concede gran importancia al contexto formado por otras conductas, dentro del cual acontece la conducta que se ha identificado como constituyente del problema. ¿Cuáles son esas conductas, del paciente o de los demás implicados, que pueden provocar la conducta problemática y que la hacen perdurar mediante la reiteración? Por supuesto, es probable que la conducta problemática provoque estas conductas vinculadas. La interacción es básicamente circular, no a una calle con una sola dirección (tal como ya se expuso en el capítulo anterior). El CTB, por tanto, considera tan importante el contexto interactivo de la conducta que, además de conceder escasa importancia a los factores históricos o de la personalidad como hipotéticos orígenes de la conducta problemática, también otorga muy poca influencia a las hipotéticas carencias orgánicas, a menos que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas. Aun en este caso, el CTB atribuye una importancia considerable a la forma en que se hace frente a dichas carencias desde el punto de vista de la conducta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con los mismos autores, una ironía a analizar y que adquiere un papel primordial, es la observación que en las soluciones “ensayadas” por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o a la exacerbación del problema. Se puede resumir así lo relativo a la persistencia de los problemas: éstos comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, dificultades que jamás dejan de escasear. Tal dificultad puede surgir de algún acontecimiento desacostumbrado o fortuito. Con más frecuencia, sin embargo, es probable que su comienzo esté en una dificultad corriente, vinculada con alguna de las transiciones que se experimentan periódicamente en el transcurso de la existencia humana –el matrimonio, el nacimiento de un hijo, el empezar ir al colegio, etc. Como se indicó, la mayoría de las

relación y el encuentro con otros sistemas cibernéticos) e interacción con el mundo (por esta categoría de interacción se debe entender por “mundo” como el ambiente social, los valores y las normas que regulan el contexto en medio de cual vive el sujeto; es decir, esta categoría de interacción clasifica las pautas comunicacionales del sujeto en función de grandes circuitos cibernéticos). El adecuado funcionamiento de estas tres categorías de interacción son las que permiten a un sujeto vivir sin problema alguno, pero si alguna de ellas no funciona bien, independientemente de la naturaleza del problema, las restantes dejarán de funcionar correctamente. De hecho, las tres áreas de relación, componentes ineludibles de la existencia de toda persona, interactúan entre sí y se influyen recíprocamente, según una forma circular de interdependencia. Pero lo importante de esta clasificación, en la perspectiva de la terapia focal de los problemas presentados es observar cómo funciona esta circularidad y si una de las tres dimensiones afecta más directamente en el problema presentado, en tal caso, ésta habrá de ser la primera área de intervención a través de la cual se modificará todo el sistema perceptivo que permite resolver el problema bajo patrones estereotipados de interacción.

personas hacen frente a estas dificultades de una forma razonablemente adecuada en la mayoría de los casos (por medio del sentido común); empero, esto no suele suceder siempre, ya que en la mayoría de los casos cuando una o más personas acuden a un terapeuta es porque estos individuos no pueden solucionar el problema que les aqueja. Entonces, para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, *se aplique una dosis más elevada de la “solución”*. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.

La idea de que las soluciones intentadas son (por decirlo de algún modo) el “motor” para que una dificultad de la vida cotidiana se convierta en un problema casi ineludible y sumamente incapacitante para las personas involucradas y es, probablemente, la noción más característica del CTB ya que, por medio de este elemento, el CTB construye su particular definición de cambio e intervención en los problemas humanos reportados en terapia. Sin embargo (aunque de la impresión de ser repetitivo), a continuación se llevara a cabo un análisis más exhaustivo de la “solución intentada” pero ahora desde el marco conceptual de la epistemología cibernética, esto con el objetivo de exponer con precisión la notable tecnología del cambio adoptada por el CTB.

4.3 Tecnología del cambio: cambio de tipo 1, cambio de tipo 2 y mantenimiento de problemas psicológicos.

Para encuadrar sus reflexiones sobre el cambio, Watzlawick, Weakland y Fisch (1989), recurren a la teoría de los grupos y a la teoría de los tipos lógicos. Respecto a la primera teoría, esta se compone de cuatro propiedades principales:

- a) Todo grupo está compuesto por *miembros*, todos los cuales son iguales en cuanto a una característica común, mientras que su índole actual carece por otra parte importancia con respecto a los propósitos de la teoría. Puede tratarse por tanto de números, objetos, conceptos, acontecimientos o bien cualquier otro género de cosas que se quieran incluir juntas en un grupo, en tanto posean un común denominador y en cuanto el resultado de cualquier combinación de dos o más miembros sea también, en

- sí, un miembro del grupo. El termino *combinación* se refiere a un cambio a partir de un posible estado interno del grupo, a otro.
- b) Todo grupo puede combinar sus miembros en distinto orden y, sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo. Por medio de lo anterior, puede afirmarse que puede existir una variación en algún proceso, pero una invariancia en un posible resultado.
 - c) Un grupo contiene un miembro de *identidad* tal que su combinación con cualquier otro miembro da a este otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro. El concepto de miembro de identidad puede parecer a primera vista carente de sentido, pero ha de ser considerado como un caso de especial invariancia de grupo. Su importancia práctica ha sido demostrada, por ejemplo, por Ashby (en; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989) con respecto a los sistemas cibernéticos, en los que él denomina la función nula del grupo de cambios paramétricos desempeña un papel directo en el mantenimiento de la estabilidad de dichos sistemas. La reflexión esencial de esta propiedad es que un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.
 - d) Por último, en cualquier sistema que se ajuste al concepto de grupo, se encontrará que cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad, por ejemplo; $5 + (-5) = 0$, cuando la ley de la combinación es la suma. Por consiguiente, se puede observar que esta combinación da lugar, por una parte, a un acentuado cambio, pero por otra, el resultado es en sí un miembro del grupo (en el presente ejemplo, los enteros positivos y negativos, incluyendo el cero) y así se halla contenido en él.

La trascendencia que toma la teoría de grupos para el CTB es que ésta ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone que aportan un cambio benéfico no hace más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior: lo que se resume en la célebre fórmula: “Cuanto más cambia, más de lo mismo” (Wittezaele y García, 1994).

Por el contrario, existen cambios que conciernen al conjunto del sistema, a la norma de su funcionamiento. Para explicar este cambio de estructuras, es necesario recurrir a una teoría que tenga en cuenta a la vez los elementos, pero también el conjunto del sistema. La teoría de

los tipos lógicos permite esta doble mirada y puede, por tanto, explicar el proceso de trascendencia del marco de referencia³³.

Bajo el análisis particular del CTB, la teoría de los tipos lógicos comienza con el concepto de colecciones de “cosas” unidas por una característica específica común a todas ellas. Al igual que en la teoría de los grupos, los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad misma es denominada clase en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos es la de que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser miembro de la misma”. Resulta evidente que la humanidad es la clase de todos los individuos humanos, pero que ella misma no es un individuo. Cualquier intento de ocuparse de uno en términos del otro está condenado al absurdo y la confusión. Así, por ejemplo, el comportamiento económico de la población de una gran ciudad no puede entenderse en términos del comportamiento de uno de sus habitantes, multiplicado por cuatro millones (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989).

El ejemplo antes citado es el resultado de ignorar la primordial diferencia entre miembro y clase y el hecho de que una clase no puede ser miembro de sí misma. En sí, el CTB en su trabajo se ha enfrentado constantemente al análisis constante de las jerarquías en los niveles lógicos, y así a los riesgos creados por las confusiones de nivel y sus extrañas consecuencias que se hallan omnipresentes. Los fenómenos de cambio no constituyen una excepción, pero ellos es mucho más difícil de advertir en las ciencias del comportamiento que, por ejemplo, en la física. Como ejemplo de esto, la forma más sencilla y más familiar de cambio es el movimiento, es decir; un cambio de posición. Pero el movimiento mismo puede estar sujeto a cambio: a aceleración o deceleración, y ello constituye un cambio del cambio (metacambio) de posición. Puede advertirse también que el cambio implica siempre un nivel inmediatamente superior. Para pasar, por ejemplo, de la posición de movimiento, es necesario dar un paso *fuera* de la trama teórica de posición. Dentro de esta trama no puede generarse el concepto de movimiento, y cualquier tentativa que ignore este axioma básico de la teoría de los tipos lógicos de lugar a una confusión paradójica (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989).

De acuerdo con los mismos autores, de los postulados de la teoría de los tipos lógicos se pueden derivar dos importantes conclusiones:

³³ Nótese que la teoría de grupos y la teoría de los tipos lógicos tienen en común el hecho de que estudian dos formas de agrupar elementos. El hecho de agrupar cosas constituye el elemento más profundo, el más indispensable de toda percepción y de la concepción de lo *real*, porque un sujeto ordena el mundo en grupos de elementos que tienen en común una propiedad importante (grupos que se entrecruzan de una forma compleja y se superponen) dando una estructura a lo que de otro modo no sería más que un caos, una fantasmagoría (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989; Wittezaele y García, 1994).

- a) Los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones.
- b) Pasar de un nivel al inmediatamente superior (es decir: de un miembro a la clase) supone una mudanza o variación; un salto, una discontinuidad o transformación, es decir, un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona un camino que conduce *fuera* de un sistema.

En resumen: la teoría de los grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase; es decir, entre sus miembros, pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior. Si se acepta esta básica distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Ahora bien, considérese el siguiente ejemplo: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas *dentro* de su sueño; correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. *En lo sucesivo se designara a esta clase de cambio como cambio 1.* El único *modo* de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. *Esta clase de cambio se denominará en lo sucesivo cambio 2* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989).

Respecto al cambio 1, se hablara de éste cuando las relaciones siguen siendo las mismas. El ejemplo más sencillo es la desviación con respecto a una norma de funcionamiento. Esta desviación será automáticamente compensada por unas reacciones homeostáticas. Nótese que este proceso de regulación por feedback puede manifestarse tanto en los sistemas interpersonales estables, por ejemplo una familia, una empresa, etcétera, como a nivel de pensamiento de un individuo. Ya se ha argumentado que la organización de las ideas, del pensamiento, puede en efecto ser considerada como un sistema jerarquizado que intenta mantener su equilibrio. Toda idea nueva será pues un objeto de un proceso de “neutralización” que tendrá como fin dejar intacta la estructura general del sistema de pensamiento. Si se toma el ejemplo de una actitud referente a la educación de los hijos, se

podría decir que cada familia ha establecido, al menos implícitamente, un arsenal de medidas educativas que juzga adecuadas. Frente algunas dificultades con los hijos, se tomarían medidas reguladoras de acuerdo con las premisas. Sólo cuando todas las medidas posibles en este marco resulten ineficaces, el sistema se enfrentará a una “crisis” que, eventualmente, podrá acabar la ampliación, a veces necesitará una reestructuración en profundidad, de las premisas anteriores. En este caso, como en los sistemas interpersonales, podrá decirse que las reglas de funcionamiento han cambiado, a menudo por el abandono de ciertas redundancias establecidas anteriormente, devolviendo así la flexibilidad al sistema. Asimismo, también puede incluirse en la categoría del cambio 1 los “desplazamientos de síntoma”, verbigracia, cuando un joven adolescente deja sus comportamientos delictivos, los padres advierten unos comportamientos malos en uno de sus hermanos, por los que éste puede llegar a cometer actos de delincuencia³⁴. De igual forma, todas las escaladas interaccionales pueden incluirse en este tipo de cambio, viéndose cada uno simplemente como alguien que reacciona a las acciones del otro: la carrera de los armamentos, los problemas árabe-israelíes, son ilustraciones bien conocidas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989; Wittezaele y García, 1994).

Ahora, en argumentos de Wittezaele y García (1994), el cambio de tipo 2 a menudo puede producirse sin “ton ni son”, como una especie de “iluminación repentina que surge de una manera imprevisible”. Sin embargo, sólo a la luz del cambio 1 parece ilógico el cambio 2, pero si no se sitúa fuera del sistema, solo aparece como un cambio de las premisas que gobiernan el sistema *como totalidad*. Es evidente entonces que el CTB se interesa sobre todo en esta clase de cambios; en efecto, cuando los procesos habituales de regulación se revelan ineficaces, el sistema atraviesa una crisis importante y puede entonces decidir recurrir a una persona exterior.

Asimismo, lo anterior toma especial relevancia porque de esta forma se puede definir aun más claramente la formación de problemas y el intento de solución dentro de un encuadre cibernético. Como ejemplo ilustrativo considérese lo siguiente: En los sistemas estables el motor del cambio es la desviación con respecto a una norma. Cuando un sujeto siente frío, éste podría llevar a cabo acciones correctivas; si la acción no es suficiente para restablecer la norma, se continuará abrigándose aún más hasta que ya no sienta frío. Igualmente, si un niño no respeta una norma familiar, uno a ambos padres (o en su caso

³⁴ Este ejemplo también puede definirse como una profecía que se autorrealiza. Una profecía que se autorrealiza es una suposición o predicción que por el solo hecho de haber sido presentada consigue que se realice el acontecimiento esperado o predicho, confirmando de esta manera, recursivamente, su propia exactitud (Watzlawick, 2003).

tutores) puede(n) aumentar la importancia de su sanción hasta el momento en que su comportamiento vuelva a ser conforme, mecanismo regulador que el MRI resumirá en la fórmula de “hacer más de lo mismo”. Se trata pues de una manera sencilla y “lógica” de resolver un problema. Tómese en cuenta que por otra parte, muy a menudo, esto permite acabar con la dificultad. Pero el CTB mostrará que, cuando esta solución lógica se utiliza de manera inapropiada, puede también conducir a la agravación del problema y no a su resolución. Incluso irán más lejos y afirmarán que la mayor parte de los problemas psicológicos e interaccionales que un especialista de la salud mental puede encontrar en sus consultas se deben a este tipo de soluciones inadecuadas: *las soluciones mantienen y refuerzan el problema que se intenta resolver* (Wittezaele y García, 1994).

Este mecanismo no concierne solamente a los problemas psicológicos; algunos problemas de la sociedad son muestra del mismo tipo del fenómeno. El CTB cita particularmente la experiencia americana de la prohibición. En los años treinta, los Estados Unidos toman (y mantienen a la fecha) medidas para frenar el aumento del alcoholismo, pero estas medidas se revelan ineficaces. Se intensifican entonces las medidas hasta la prohibición de todas las bebidas alcohólicas. Y finalmente hay que reconocer que un porcentaje elevado e igual de alcoholismo vienen a añadirse nuevos alcohólicos, así como una expansión del contrabando, de la corrupción y de la guerra de bandas de malhechores, sin hablar por supuesto del aumento de los riesgos debidos a la ingestión de alcoholes adulterados. Ante una mala solución, los problemas empeoran y, ante una intensificación de la mala solución, la degradación del problema se acelera. A este ejemplo también se añade la estrategia de todos los países occidentales para combatir el tráfico de sustancias psicoactivas con los mismos resultados. Por lo que concierne a los problemas psicológicos, se puede decir que actúa el mismo principio cuando se anima a una joven anoréxica a que coma, a un deprimido a aprovechar esta “vida maravillosa”, cuando un sujeto se esfuerza por conciliar el sueño en caso de insomnio, etc. En algunas circunstancias, aparecen problemas para modificar una dificultad real, o bien, lo que todavía es más absurdo una dificultad inexistente (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989).

En síntesis, el enfoque de terapia breve del MRI concibe dos tipos de cambio: el cambio de tipo 1 y el cambio de tipo 2: el cambio 1 que se constituye de los patrones estereotipados para enfrentar un problema y el cambio 2 es el cambio de estos patrones para dar lugar a pautas de interacción diferentes a las acostumbradas cuando se presenta un problema determinado. Por consiguiente, es tarea del terapeuta del MRI encontrar pautas diferentes a las del cliente para resolver su problemática: el terapeuta se da a la tarea de

identificar estas pautas de interacción que mantienen el problema. El cambio, por medio de la identificación de estos patrones conductuales, es concebido como un giro de 180° a lo ya intentado, es conceptualizado con el rompimiento del patrón perceptual y conductual dando lugar a nuevas pautas de interacción para enfrentar el problema.

Dentro del marco conceptual de cambio 1 y 2, el CTB establece una distinción entre el uso de términos dificultades y problemas. Como dificultades el CTB los define como un estado de cosas indeseables que, o bien pueden resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general de tipo de cambio 1, por ejemplo: calor contra frío) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, se podría definir como una situación de la vida indeseable pero por lo general bastante corriente y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo. En cuanto a problemas se refiere, el CTB los define como situaciones insostenibles, callejones sin salida al parecer insolubles creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen, fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989):

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: *es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.*
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable (por ejemplo: el hiato generacional o bien cierto porcentaje de alcohólicos dentro de la población general) o bien inexistente: *se emprende una acción cuando no se debería emprender.*
3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece “un juego sin fin” cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior o bien se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1 (por ejemplo: cuando se exige de alguien un cambio de “actitud” y no simplemente un cambio determinado de comportamiento): *la acción es emprendida a un nivel equivocado.*

Subrayando sobre los modos equivocados de abordar un problema, Watzlawick, Weakland y Fisch (1989) aducen que se opta en ocasiones por las *terribles simplificaciones*, que consisten en negar la existencia de un problema o que acepta que es, cuando mucho, un problema sin importancia y quien diga lo contrario “está loco o actúa de mala fe”. En este rubro se une la negación de los problemas y el ataque a aquellos que los señalan o intentan

enfrentarlos. Otras ideas son las relacionadas con la búsqueda de utopías (*síndrome de utopía*), donde se presenta un extremismo en la solución de problemas humanos como resultado de la creencia de un sujeto ha encontrado (o puede encontrar) la solución única o absoluta: se ve una solución donde no hay ninguna. Por último, se presentan las *situaciones paradójicas*, tema el cual el equipo Bateson estudió detalladamente formulando así la hipótesis del doble vínculo expuesto en el capítulo anterior. En las relaciones humanas y en situaciones extremas, se pueden presentar este tipo de interacciones, en las que un sujeto pide u obliga a otro a que haga algo porque quiere hacerlo; es decir, se coloca a la persona en la situación imposible de *ser espontáneo*. En otros términos, se postula que la obediencia a una orden emanada del exterior es un comportamiento inaceptable, ya que dicho comportamiento ha de estar libremente motivado desde el interior. Las paradojas se dan en el plano individual cuando se intenta provocar algo que es de por sí natural (por ejemplo, forzarse a dormir), y en el contexto social más amplio se tiene el ejemplo de las dictaduras que no sólo reclaman la obediencia a las leyes, sino que desean cambiar el marco de referencia a quienes van dirigidas; aquí no basta con su sometimiento, sino que además tienen que quererlas.

Ya se comentó bajo una configuración teórica que el marco de referencia del cliente, el análisis del intento de solución y, por tanto, la concepción del cambio de tipo 1-2 toman una relevancia significativa, pues es a partir de estas nociones que la terapia del CTB define la naturaleza de los problemas humanos bajo un encuadre cibernético. Así pues, habrá que mencionar también la relevancia técnica de estas nociones así como citar la táctica que emplea el MRI para dar respuesta a una pregunta obvia ¿Cómo el especialista puede llevar a cabo una terapia exitosa, en la que ésta cumpla los objetivos demandados por el cliente? Entonces, para dar respuesta a esta pregunta fundamental, se planteará a continuación lo que el CTB denomina la capacidad de maniobra del terapeuta, elemento que en su conjunto probablemente es el punto de partida táctico de la terapia MRI.

4.4 La capacidad de maniobra del terapeuta.

Una condición que debe tener en cuenta el terapeuta breve del MRI es su propia libertad de acción en terapia. La libertad del terapeuta se define como la capacidad de maniobra, término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. De esta forma, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se le presentan al terapeuta.

Por tanto, la dirección y el control del tratamiento recaen en la responsabilidad del terapeuta. (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Asimismo, con respecto a la idea de que el tratamiento recae en la responsabilidad del terapeuta y que éste debe controlarla, para el CTB resulta evidente que el cliente no se halla en posición de saber cuál es la mejor forma de enfocar su problema puesto que, lógicamente, el cliente si pudiera resolverlo no iría a solicitar tratamiento. También el CTB subraya en no defender el arbitrario propósito de controlar por controlar. Por el contrario, es éticamente coherente de que la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta, y que si este abdica de tal responsabilidad probablemente puede provocar perjuicios en el cliente. Sin embargo, se reduce apreciablemente el uso efectivo y responsable de tales elementos si estos permanecen implícitos y no se explican como tácticas concretas. Por consiguiente, esta investigación documental concibe la capacidad de maniobra metafóricamente como un juego de ajedrez, pues el objetivo es reducir las posibilidades del paciente para aumentar las del terapeuta en el juego terapéutico: si el paciente (como se verá más adelante) mantiene una postura ante la terapia, entonces se podría comentar que el terapeuta mantiene una posición particular la cual se ve concretada con su libre acción en el contexto terapéutico, esto con el objetivo de resolver el problema del cliente eficazmente y en el menor tiempo posible. Por ello, el MRI hace uso de una serie de tácticas que se expondrán a continuación y las cuales deben ser cuidadosamente evaluadas durante el marco del tratamiento.

4.4.1 Oportunidad y ritmo.

La capacidad de maniobra depende en parte de que el terapeuta decida retirarse de la postura que haya asumido con un paciente o abandonar la estrategia que haya comenzado a poner en práctica, en vez de ceñirse a ella férreamente. Por lo general ejercerá esta afición cuando se encuentre con una resistencia significativa con el paciente. En cambio, si insiste en utilizar una estrategia que no funciona, se estará arriesgando a un aumento de la resistencia o a una pérdida de credibilidad a criterio del paciente. De hecho, el terapeuta no debe esperar que se produzca una resistencia obvia y sólida. Tiene que cambiar de rumbo apenas aparezcan indicios concretos, aunque pequeños, de que la estrategia no funciona. Para evitar estas complicaciones, puede buscar primero informaciones por medio de un examen inicial, antes de decidirse por un enfoque definitivo. Más aun, debe efectuar comprobaciones a lo largo del tiempo, con objeto de evaluar si el paciente acepta o no cada paso que se da. En

otros términos, el terapeuta ha de ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios a las respuestas que el paciente manifieste (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Cuando entrevista por primera vez al cliente, es muy probable que el terapeuta sepa poco acerca de sus valores, opiniones o prioridades, todo lo cual puede influir en la manera de afrontar el problema que lo aqueja. Si de modo prematuro se asume una postura definida, puede reducirse notablemente la propia capacidad de maniobra, si resulta que aquella posición se revela contraria a la sensibilidad, valores o algún punto de vista muy arraigado del paciente (evaluación del marco de referencia del cliente). En tal situación disminuirá de modo significativo la credibilidad del terapeuta y la disponibilidad del cliente. Es así que, cuando se habla de oportunidad y ritmo, el CTB se refiere a no “dispararse” en un posible intervención hasta que se hayan comprobado cuales son las opiniones del cliente y a ir dando, a lo largo del tratamiento, pequeños pasos al tiempo que se evalúa el cómo el paciente admite cada paso (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con los mismos autores, los procedimientos utilizados para recoger datos durante la sesión inicial brindan la ocasión oportuna para averiguar cuál es la sensibilidad del cliente sin que el terapeuta tenga que tomar posiciones prematuramente puesto que se limita a hacer preguntas para estar mejor informado y comprender al cliente. De este modo, dichas preguntas deberán estar formuladas de tal forma que auxilien al terapeuta al momento de obtener información sobre las opiniones del cliente con respecto a su problema y al objetivo del tratamiento. Además, estas preguntas le permitirá al terapeuta definir que gama de conductas o que enfoque está dispuesto a poner en práctica el cliente o, por el contrario, estaría dispuesto a rechazar.

4.4.2 El tiempo necesario.

La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que a éste no se le presione para que actúe o intervenga de manera prematura en la resolución de la queja presentada. Ante el apremio del cliente, ha de salvaguardar su posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar el mejor curso de acción y/o comprensión de las pautas comunicativas que giran alrededor de la problemática. Quizá los clientes apremien al terapeuta intencionadamente, pero a menudo, llenos de zozobra y desesperación crean un clima que impele al terapeuta a hacer algo enseguida. Para que la labor terapéutica avance eficientemente y constructivamente no habría que acosar al terapeuta para que tome decisiones prematuras en relación con el tratamiento. A largo plazo, el tiempo que se dedique

a evitar estas trampas servirá para reducir el tiempo dedicado al tratamiento global, cosa que es totalmente coherente con el objetivo de que el tratamiento sea breve. Para evitar lo anterior, el terapeuta puede hacer uso de expresiones específicas para tomarse el tiempo necesario como, por ejemplo: “bueno, déjeme pensar un poco en ello”, “creo que no puedo contestarle eso en este momento” que sirven bien para indicarle al interlocutor que en aquel preciso momento no se le puede ofrecer una directriz específica (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Del mismo modo, cuando los pacientes ofrecen informaciones vagas y muy prolongadas, el terapeuta quizá se sienta apremiado y llevado a un intento de intervención basada en datos insuficientes o equívocos. De modo semejante, al preguntar al terapeuta sobre determinados aspectos, es posible que sólo reciba respuestas vagas. Entonces, tiene que emplear cada vez más esfuerzo para que el paciente sea claro, mientras que éste usa cada vez de menos esfuerzo. En situaciones de esta clase, el tomarse el tiempo necesario suele requerir que el terapeuta reconozca que está esforzándose demasiado y que no llega a ninguna parte y que si se continúa por el mismo camino, el resultado puede ser contraproducente. A esas alturas, el terapeuta puede hacer frente a la presión que se ejerce sobre él mediante la adopción de una postura de aparente embotamiento: “no entiendo”, “me he perdido”, “a veces es mejor no moverse con demasiada precipitación en una situación compleja” o algo por el estilo. El asumir esta posición exige asimismo que el terapeuta se resista a la opinión corriente según la cual siempre debe transmitir empatía, receptividad y comprensión. Sin embargo, el terapeuta debe por lo general manifestar, verbal y no verbalmente, que la falta de comprensión se debe a un supuesto defecto del propio terapeuta. Por ejemplo, se puede excusar por ser tan torpe, para pedirle a continuación al paciente que repita su afirmación (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

4.4.3 El uso de un lenguaje condicional.

A menudo los pacientes formulan preguntas que invitan al terapeuta a comprometerse antes de que desee hacerlo, o a asumir una postura que no desea asumir en absoluto: “No cree usted que mi marido está siendo injusto conmigo” Si el terapeuta contesta “sí”, está otorgando validez al punto de vista de la paciente y forma con ella una coalición contra su marido; pero si dice “no”, provoca una discusión o descredito a los ojos de la paciente. Sin embargo, el terapeuta puede mantener intacta su capacidad de maniobra si responde de una manera condicionada: “Bueno, nunca he visto a su esposo; pero juzgando en base a lo que

usted me ha dicho, creo que me inclinaría a estar de acuerdo con usted”. Recurriendo a esta clase de afirmaciones, el terapeuta conserva su capacidad de maniobra, es decir, su libertad para mantener diversas opciones abiertas ante sí y al mismo tiempo da la sensación de haber adoptado una postura concreta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con los mismos autores, en muchos momentos del tratamiento el terapeuta tal vez desee efectuar una intervención específica o encargarle algo al paciente, pero no sabe si funcionará la estrategia sobre la que se basa dicha intervención. En consecuencia, no quiere que su credibilidad dependa del éxito o del fracaso de la intervención. Si no funciona, querrá disponer de tiempo para evaluar por qué no ha funcionado, y diseñar una nueva estrategia o una nueva táctica para poner en práctica la estrategia anterior. En tales casos, la sugerencia puede formularse en lenguaje condicional: “Me gustaría hacerle una sugerencia, pero no estoy seguro de cuánto nos servirá. Dependerá de su habilidad para usar la imaginación y, quizás, de su disposición para avanzar hacia un mejoramiento”. En este ejemplo el lenguaje condicional se muestra un poco más sutil que en el primero. La segunda frase condiciona la adecuación o la legitimidad de ambas frases –“no estoy seguro”, “cuánto”, “habilidad”, “usar la imaginación” y “disposición para avanzar”- son de carácter condicional. Las condiciones ponen de manifiesto que la sugerencia que se desea brindar es adecuada, pero que su éxito dependerá de los esfuerzos del paciente más que de la bondad de la sugerencia en sí misma. Si el terapeuta utiliza el marco condicional (tal como se enuncio en el ejemplo anterior) y la intervención no sale bien, puede atribuirlo a que el cliente no fue capaz de utilizar en la medida suficiente su imaginación. Y al revés, si la paciente manifiesta haber obtenido un éxito concreto gracias a la sugerencia, el terapeuta puede optar por elogiar al paciente por medio de una frase bien estructurada, esto con el objetivo de infravalorar implícitamente la adecuación y efectividad de la sugerencia cosa que compromete más al cliente con ella. En sí, lo que pone de relieve el CTB es que el terapeuta debe de cuidarse de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y tiempo suficiente para decidir qué postura quiere asumir y cuándo. El lenguaje condicional es una herramienta importante para llevar a cabo a la práctica esta opción.

4.4.4 El cliente debe concretar.

Ya se ha comentado que para el CTB es fundamental examinar los intentos de solución por parte del cliente para resolver el problema que le aqueja así como la función que juegan estos intentos en el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de estas pautas de

interacción deficientes, empero, en su caso ¿Cómo se podrían identificar *claramente* dichas pautas? Para lograr un análisis adecuado de dichas pautas es necesario que el terapeuta examine con exactitud (ósea, en términos de conductas observables) cuales son estas pautas y debe, por tanto, pedir al paciente información clara y concisa acerca de lo que quiere conseguir el paciente del proceso terapéutico; es decir, el terapeuta debe ser sumamente perspicaz al momento de interpretar información vaga o nebulosa que el paciente le pueda ofrecer. Estas informaciones vagas se traducen con expresiones generales como, por ejemplo: “me gustaría que mi hijo tuviera *una mejor actitud*” o “mi mujer es *sumamente grosera* conmigo”. Realmente, “una mejor actitud” o “sumamente grosera” no es información concreta de utilidad puesto que se puede entender cualquier cosa por medio de ellas. En este punto es necesario que el terapeuta reformule sus preguntas para conseguir qué es lo que el paciente quiere realmente decir.

Por consiguiente, este aspecto de la capacidad de maniobra afecta especialmente la entrevista inicial, cuando el terapeuta debe conseguir la mayor parte de información que necesita para planificar el tratamiento. Sin embargo, por ningún motivo ha de limitarse únicamente a esta fase del tratamiento (efectivamente, como se verá más adelante, la entrevista puede ser una técnica de intervención en sí misma), dado que el terapeuta debe tener como objetivo imprescindible obtener información clara y concreta, ya se trate de la descripción del problema, la forma en que se ha afrontado, los acontecimientos que han tenido lugar entre las distintas sesiones, o la manera en que ha puesto en práctica el cliente las sugerencias formuladas por el terapeuta. Con respecto a esto último, es decisivo que el terapeuta insista o no en conseguir un informe claro. Después de señalarles tareas para hacer en casa, los pacientes quizá regresen al próxima sesión diciendo que han hecho lo que se les había mandado, pero que no provocó ninguna diferencia en relación con su problema, o que la diferencia fue inapreciable. Si se les pide que concreten la forma en que llevaron a cabo las tareas señaladas, a menudo se descubre que su actuación se ha apartado significativamente de las instrucciones recibidas. Si esto no sale a la luz, el terapeuta puede verse confundido y el paciente puede subestimar el consejo del terapeuta como algo inútil, con lo que disminuye la capacidad de maniobra. Por el contrario, si queda en evidencia que el paciente no siguió las instrucciones, la capacidad de maniobra del terapeuta no sólo queda intacta sino que de hecho aumenta, puesto que el paciente se halla frente a una mayor presión que le induce a ajustarse cuidadosamente al consejo recibido (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

4.4.5 Actitud igualitaria.

El éxito del tratamiento depende en gran medida de la capacidad del terapeuta para que el cliente le comunique información estratégica y para que éste le haga caso llevando a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas. Algunos pacientes pueden responder positivamente ante una imagen de autoridad o de pericia profesional: en tal caso, dicha postura es de utilidad. Sin embargo, la anuencia de algún paciente suele reducirse notablemente si al principio se considera que el terapeuta ocupa una posición de poder. Una posición de este tipo intimida a muchos pacientes, que quizá se encuentran ya abrumados por sus problemas; resulta menos probable que revelen informaciones que, en su opinión, les desmerecen aún más. Probablemente, numerosos pacientes interpretan esta actitud de superioridad como un signo de la especial sabiduría y sagacidad del terapeuta. En consecuencia, no le darán a éste determinada información o no se la darán con claridad, puesto que supondrán que el terapeuta es perspicaz y lo comprenderá de todos modos. Cuando a los pacientes se les pide que acepten ideas o sugerencias, aparecen consideraciones del mismo tipo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

A menudo se piensa que un terapeuta que manifieste pericia profesional inspira confianza en el paciente y gracias a ello supera toda reticencia a colaborar. En cambio, el CTB supone que el paciente ya se encuentra motivado por su deseo de verse aliviado de las molestias provocadas por su problema y que está preparado a colaborar a menos que el terapeuta interfiera, por ejemplo, dando a entender que todavía no ha conseguido dar con una solución adecuada, que toda la colaboración necesaria consistirá en cumplir las órdenes recibidas o que su colaboración se realiza en beneficio del terapeuta y no necesariamente en su propio beneficio. Obviamente, lo anterior debe de ser evitado, pero el terapeuta corre el riesgo de plantear estos mensajes si adopta una actitud de superioridad. Tal actitud puede transmitirse mediante los comentarios del terapeuta. También puede comunicarse a través de un intento voluntario de ser empático. No obstante, la actitud de superioridad se transmite con más sutileza, de modo que en la práctica real es difícil discernir cuando se está adoptando tal posición (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Si bien el MRI defiende que se adopte una actitud igualitaria, tampoco con esto se quiere decir con ello que haya que evitar siempre la actitud de superioridad. Como sucede con todas las actitudes e intervenciones terapéuticas, éstas deben adaptarse a cada cliente y a cada situación a lo largo del tratamiento. Si se trabaja con un cliente cuya cooperación se vería estimulada por el hecho de que el terapeuta adopte una actitud de confianza y aliento,

entonces lo adecuado sería asumir esta actitud. Hay dos razones que justifican la importancia a la actitud igualitaria: son más bien raros los clientes que responden positivamente a la autoridad, y si desde el principio no queda claro cuál es la mejor actitud resulta más fácil pasar del igualitarismo a la superioridad que al revés. En consecuencia, la actitud igualitaria le concede al terapeuta mayor capacidad de maniobra (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

4.4.6 Sesiones individuales y conjuntas.

Se ha descrito que el enfoque del CTB se basa en la interacción pero, en contrate, la mayoría de las sesiones de esta escuela terapéutica se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas y no con una familia completa. Como ya se expuso, los motivos de ello son de orden estratégico y táctico. Comúnmente, la labor del CTB se tiende a conceptualizar bajo una orientación familiar o sistémica. Para el CTB un enfoque sistémico implica básicamente un marco conceptual; lo que importa es como se encaran los problemas y no si un terapeuta lleva a cabo una sesión con un individuo o con dos o más miembros de la familia. El CTB se ocupa primordialmente de la interacción que tiene lugar en torno a la dolencia, recordando siempre que en definitiva lo que se pretende es eliminar de los participantes la conducta que mantienen vivo el problema. Coherentemente con este enfoque interaccional, *el MRI supone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción –familia u otro tipo de grupo- influirá en la conducta de los demás miembros de esta unidad. En la mayoría de los casos, se considera que las interacciones que permiten la persistencia de un problema constituyen ejemplos de retroalimentación positiva o de giros de amplificación o desviación. En otras palabras, determinada conducta del paciente suscita en otro sujeto una conducta de intento de solución, pero esta última incrementa la conducta desviada del paciente, lo cual provoca a su vez un esfuerzo de solución aún más fuerte y así sucesivamente* (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Entonces, para incrementar la capacidad de maniobra cabría formularse la siguiente pregunta que es básica para el CTB: *¿Cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema?* La respuesta probable es que dicha persona es la que se sienta más perturbada por el problema, el principal afectado. Con frecuencia, por ejemplo, en problemas infantiles, el solicitante no es el paciente. La mayoría de los padres que plantean solicitudes esperan que el terapeuta trate a su hijo, incluso le apremian a que lo haga. Otros sugieren al terapeuta que vea a toda la familia. Salvo en casos excepcionales, el CTB propone trabajar primordialmente con uno de los padres o con los dos, aunque se puedan

concertar algunas sesiones conjuntas con el niño y sus padres, o una sesión individual con el niño con el propósito de reunir información inicial o de realizar una intervención que exige un planteamiento conjunto (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con los mismos autores, las sesiones individuales pueden también incrementar la capacidad de maniobra del terapeuta cuando dos o más miembros de la familia se hallan auténticamente afectados por un problema y están interesados en su solución con el deseo casi idéntico, pero se encuentran en conflicto mutuo. Si las partes en conflicto, por ejemplo, un matrimonio, luchan entre sí durante las sesiones, la capacidad de maniobra del terapeuta se ve obstaculizada, dado que éste debe enfrentarse con el problema de conducir adecuadamente la sesión terapéutica. De igual modo, en las sesiones conjuntas con un adolescente y sus padres, aquel se vuelve a menudo beligerante contra sus padres o a la inversa, permanece en un silencio adusto y se niega a hablar. Estos fenómenos ocurren con tanta frecuencia que por regla general, rara vez el terapeuta MRI se reúne conjuntamente con los miembros de la familia se encuentren en un significativo conflicto recíproco. La capacidad de maniobra del terapeuta resulta mucho mayor si se reúne con ellos por separado. Además, puesto que el terapeuta quiere la colaboración de los diversos miembros de la familia, a lo largo de las sesiones conjuntas debe cuidarse mucho no tomar partido cuando se produce un desacuerdo entre ellos, especialmente cuando el desacuerdo es serio y enconado. Dicho esfuerzo de prudencia limitará apreciablemente sus palabras y la gama de razones que estará en condiciones de brindar a los clientes con objeto de ganarse su colaboración. Asimismo, el terapeuta puede sugerir que una de las partes lleve a cabo determinada acción; como es evidente, tal acción ejercerá un efecto distintivo sobre las demás partes si se trata de algo que se ha debatido y planeado deliberadamente en una sesión conjunta y no parece algo totalmente espontáneo. Estas limitaciones pueden desaparecer y las opciones del terapeuta quedan potenciadas si éste se reúne para trabajar con las partes en conflicto separado. En resumen, cuando se entrevista a los clientes por separado, el terapeuta posee la libertad de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada, pudiendo obtener así con más facilidad la colaboración de todos.

En síntesis, las nociones de la capacidad de maniobra del terapeuta construidas por el CTB reflejan aun más la posición pragmática en el contexto terapéutico de la mencionada escuela; es decir, los principios de la capacidad de maniobra consolidan la renunciación a la elaboración de una teoría de la personalidad y, por consiguiente, una definición anormal de la enfermedad mental, abogando así por un enfoque interaccional y estratégico particular en la resolución de problemas humanos. Ahora bien, las nociones de la capacidad de maniobra

reflejan la postura del terapeuta como experto en el contexto terapéutico, pero a su vez, también definen a la terapia del CTB como sumamente flexible al momento de evaluar las necesidades del cliente y, por consiguiente, llevar a cabo intervenciones adecuadas para la solución de problemas presentados en terapia a pesar de las posibles incertidumbres que se puedan llegar a concretar en la práctica terapéutica.

Asimismo, si la teoría de la comunicación humana es el instrumento que el experto debe remitirse para elaborar mapas que puedan describir la conducta humana como procesos de interacción comunicacional (identificando a su vez patologías de la comunicación en diversas esferas sociales) y, por ende, calibrar cuidadosamente para cada caso presentado su adecuación, entonces la capacidad de maniobra debe asumirse por el terapeuta MRI no como una serie de instrumentos o elementos aislados, sino como un *conjunto* de nociones o posiciones profesionales táctico/estratégicas que deben ser cuidadas y observadas a lo largo de *todo* el tratamiento. Es más, probablemente la capacidad de maniobra refleja en primera instancia la naturaleza flexible y táctica del CTB puesto que, como se describirá en breve, la terapia del CTB se divide en etapas definidas, pero cada una de ellas está en función de la otra; es decir, este enfoque permite al terapeuta (en todas sus etapas) formular replanteamientos analíticos/prácticos para llevar a cabo una terapia exitosa tanto para cliente como para el terapeuta; pero en todo caso, habría que preguntarse cuál es el componente central que permite alcanzar este éxito terapéutico y que, simultáneamente, está en función del adecuado funcionamiento de las otras etapas que forman parte del enfoque MRI. Por ello, a continuación se plantearán las características de la entrevista del CTB tanto como un medio de recopilación de información relevante para la resolución de problemas así como una técnica de intervención en sí misma.

4.5 La entrevista inicial.

La entrevista del MRI no es un formato determinado como en otros tipos de psicoterapia. Es una configuración de entrevista que es aparentemente libre y que está sujeta en gran medida a la curiosidad del terapeuta. Pero, como es obvio, lo anterior en la práctica suele ser complicado. La entrevista estilo MRI está definida para encontrar los intentos de solución del cliente además de evaluar tanto su marco de referencia y la postura de éste, esto con el objetivo de llevar a cabo un tratamiento exitoso. La capacidad de maniobra también es importante en esta etapa del tratamiento, pues depende mucho de ésta para persuadir al cliente a decir exactamente lo que él desea de la terapia. La entrevista, como se comentó,

tiene el objetivo de identificar los intentos de solución del cliente acerca del problema, pero también tiene el objetivo de análoga importancia de concretizar el problema; ósea, la entrevista debe estar dirigida de tal forma que permita obtener información clara, concisa y útil, en términos de conductas. Los clientes por lo regular son sumamente ambiguos al explicar la naturaleza de sus problemáticas, así que la entrevista debe ser configurada para explorar el contexto del problema, como se ha desarrollado actualmente, quienes han participado en él, cuál es el cambio mínimo que quiere alcanzar el cliente y, principalmente que se ha hecho para resolver el problema que lo aqueja. Nunca se pregunta en la entrevista del MRI el por qué con la finalidad de encontrar patologías o historia del problema sino más bien se pregunta el cuándo/cómo. Existen tres preguntas básicas en la entrevista del MRI las cuales pueden después derivar en otras tantas para definir el problema, los objetivos terapéuticos, el cambio mínimo de la situación problemática, el intento de solución y la línea común en que se configuran dichos intentos (Cruz, S.V, 2008):

- ¿Qué es el problema?
- ¿Qué es la persona?
- ¿Cómo es y se puede provocar el cambio?

Subrayando la tercera pregunta general de la entrevista MRI, la investigación acerca del “cómo” puede resultar decisiva al menos en tres situaciones muy comunes que en parte se solapan. En primer lugar, se trata de aquellos casos en los que el problema declarado no parece ser más que una cuestión secundaria. Resulta entonces esencial establecer si, en cierto sentido, la conducta es más seria de lo que a primera vista parece; o bien, si el cliente se haya excesivamente preocupado por algo, pero se le puede tranquilizar sin más, algo bastante infrecuente; o si el cliente está convirtiendo un grano de arena en una montaña. Esto último constituye un problema grave en sí mismo, aunque es diferente a la conducta manifiesta gravemente desviada, y una actitud afablemente tranquilizadora no hace más que exacerbarlo. En segundo término, los clientes pueden plantear como problemas determinadas dificultades que, si bien son graves, otras personas considerarían como vicisitudes de la vida imposibles de modificar y con las cuales hay que convivir. Darse cuenta de esto le servirá al terapeuta como mínimo para no caer en la trampa de intentar cambiar lo que resulta imposible de

modificar³⁵. Por último, algunos problemas vitales no son de la incumbencia del terapeuta, sino que exigen de la ayuda de, por ejemplo, un abogado, un médico o un asesor financiero. La pregunta “¿En qué forma es eso un problema?” sirve para aclarar este punto y quizás haya que agregarle otra interrogante a continuación: “¿En qué forma cree que yo le puedo ayudar a usted a afrontar este problema?” Además, de ¿cuál es el problema?, a menudo hay que formular una pregunta subsidiaria: “¿Por qué me ha llamado usted en el momento justo que lo ha hecho y no antes o después?” Con frecuencia se obtiene nueva luz de la naturaleza del problema cuándo se recibe información sobre las circunstancias que precipitan o rodean esta acción inicial. Por ejemplo, puede ponerse de manifiesto que el cliente, según sea el caso, no se encuentra demasiado preocupado acerca del problema enunciado y que otra persona lo ha sometido a coacción (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El paso siguiente consiste en preguntar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él. Entre estas personas, además del paciente, se encuentran los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, profesionales, etc., según las circunstancias particulares de cada caso. También ahora, esta investigación debe centrarse en conductas reales: ¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema o de hacerle frente cuando se presenta? Consecuentemente, cuando se investiga acerca del problema en sí mismo, algunos clientes están perfectamente dispuestos a ofrecer respuestas claras y directas. Hay otros, no obstante, que son confusos imprecisos, que se escapan por la tangente o que ofrecen interpretaciones y no descripciones de conducta. En tales casos se hace necesario efectuar una investigación muy persistente. Puesto que dicha persistencia quizás inoportunamente al cliente o implique que éste no logre comprender, el terapeuta puede evitar tales suposiciones mediante una sencilla estratagema: antes de cada pregunta ofrecer una explicación que le haga a él responsable de no comprender las cosas: “Le ruego que se ponga en mi lugar. Tengo una mente muy concreta, ¿podría indicarme uno o dos ejemplos de lo que usted ha intentado?” (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

³⁵ Para Fisch y Schlanger (2002) un problema es una conducta que el paciente considera claramente indeseable, más que la manifestación de alguna patología. Así, la lógica de este concepto considera que si la persona o el paciente no se queja de alguna conducta, no se tiene algún problema para trabajar en la terapia; es decir, si no hay queja, no hay problema alguno que resolver. En ese sentido las ideas del MRI se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad, y en cambio, se basan más en la queja. Es por ello que, si la persona al acudir a consulta sostiene que dicha situación por terrible que parezca no representa ningún problema para él, no se juzga la legitimidad de la queja o la palabra del paciente, simplemente se trabaja con la conducta que para éste si representa una dificultad. Asimismo, el terapeuta debe poner énfasis especial en formular objetivos terapéuticos resolubles.

Es probable que la investigación, a la hora de obtener una respuesta clara y de los objetivos mínimos del tratamiento tal como se los plantea el cliente resulte más difícil que informar sobre el problema y su manejo. Es conveniente ser consciente de ese fenómeno y no interpretar cualquier dificultad a la hora de obtener una respuesta clara y concreta como síntoma de resistencia o conducta patológica. Como se indicó, lo corriente son las respuestas dubitativas, vagas o generalizadoras puesto que los pacientes (como cualquier otra persona) ven con más claridad lo que no quieren que lo que quieren. A pesar de estas probables dificultades es importante plantear esta pregunta y obtener una respuesta: “Si llegase a producirse, ¿qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?” Dentro de la experiencia del CTB, en un porcentaje satisfactorio de casos, se obtiene una respuesta pertinente, si se utiliza un esfuerzo razonable. Incluso en el caso de que no sea así, dicha pregunta sirve adecuadamente para expresar que el terapeuta se preocupa por lograr un cambio observable de conducta que resulte significativo, por pequeño que sea (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En síntesis, en los párrafos anteriores se ha descrito la estructura básica así como los objetivos que se deben plantear en la entrevista estilo MRI, en donde es evidente que una adecuada formulación de la entrevista permitirá establecer cuatro elementos imprescindibles para una terapia exitosa: Primero, la descripción del problema terapéutico; segundo, un examen exhaustivo de los intentos de solución, tercero; la línea común de estos intentos (los cuales, teóricamente, se pueden definir como Cambio 1) y, cuarto; un examen preliminar del marco de referencia del cliente. Consecuentemente, se han expuesto algunas preguntas generales y específicas para evaluar cuatro de los elementos táctico/estratégicos del enfoque MRI pero, sin lugar a dudas, estas preguntas son (permítase la analogía) sólo una “línea base” para llevar a cabo esta fase. De esto se deriva que la entrevista inicial debe configurarse como una conversación libre y natural dando lugar a la creatividad del terapeuta para formular otras tantas preguntas las cuales dependerán de cada caso, problema o persona que se presente a terapia, claro está, sin perder de vista los objetivos antes subrayados.

De acuerdo con lo anterior, debe plantearse que la entrevista también puede ser tanto un punto de referencia para que el terapeuta evalúe su propia estrategia terapéutica así como una intervención en sí misma para provocar el cambio³⁶. Este formato se describirá a continuación.

³⁶ El enfoque del MRI formuló una serie de intervenciones las cuales son características de la escuela y que, obviamente, se describirán en este capítulo, pero en esta investigación documental se incluirá la entrevista inicial como una técnica de intervención, formato semiestructurado denominado como *diálogo estratégico*. Se

4.5.1 El diálogo estratégico.

En su experiencia, Nardone y Portelli (2006) han comprendido que escondida detrás de una solicitud de ayuda por parte de la mayoría de los pacientes que acuden a terapia existe una demanda subyacente, que dice “cámbienos sin cambiarnos”. Esta petición en forma de doble vínculo indujo a estos teóricos a buscar medios de intervención alternativos a los tradicionales, a utilizarlos correctamente desde la primera sesión que esté libre de explicaciones causales y discursos racionales. A la luz de estas premisas, la reciente evolución de *la terapia breve estratégica* gira alrededor de la primera sesión y de la utilización del *diálogo estratégico*.

Continuando sobre esta misma línea de análisis, el diálogo estratégico es un instrumento de intervención y discriminación que implica el lenguaje utilizado, la relación establecida entre paciente/cliente, la lógica de intervención y se caracteriza por su continua orientación hacia el cambio. Del mismo modo, el diálogo estratégico es un instrumento terapéutico utilizado para llevar a cabo en la primera sesión y subsecuentes, que se basa en la lógica del autoengaño. Al adoptar el diálogo estratégico parece que el terapeuta asume una posición *one-down*. Humildemente, hace una serie de preguntas en apariencia sencillas al paciente, que tiene la ilusión de ser el director del diálogo; sin embargo, en realidad este método conduce al paciente hacia el descubrimiento de alternativas útiles para solucionar su problema; es decir, a través de la investigación exhaustiva el diálogo estratégico está enfocado, en una primera instancia, a identificar ciertas percepciones específicas y las reacciones consecuentes las cuales se pueden enunciar como soluciones intentadas que alimentan el problema reportado en terapia, relación descrita ya con anterioridad. Estas nociones permitieron a idear un instrumento que permitiera comprender el sistema perceptivo/reactivo del cliente y, al mismo tiempo, *iniciar una forma temprana de reestructurar la realidad de la persona*³⁷. Al hacer una serie de preguntas que siguen un proceso de eliminación, el terapeuta se dirige a la comprensión de la representación de la realidad del paciente más rápida y meticulosamente que haciendo las tradicionales preguntas abiertas (Nardone y Portelli, 2006).

incluye en esta investigación como una alternativa que, probablemente, complementa la descripción de la entrevista MRI ya mencionada en los párrafos anteriores.

³⁷ La reestructuración es una de las principales técnicas de comunicación persuasiva que implica el cambio de la percepción de una situación colocándola en un marco diferente que se ajuste bien, o mejor, con los hechos de aquella situación concreta (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989). Formas apropiadas de reestructuración permiten construir realidades inventadas que producen nuevas y concretas realidades. Por ello, para el CTB es una intervención en sí misma la cual se describirá detalladamente en este capítulo.

Este tipo avanzado de cuestionario esconde una *ilusión de alternativas*³⁸. Esta es una de las formas más elegantes de conminación utilizadas por Milton Erickson para superar de una manera amable la resistencia del paciente. En la mayoría de los casos, la aplicación de una ilusión de alternativas puede ser altamente eficaz, especialmente cuando el terapeuta necesita reestructurar o prescribir algo que el especialista concibe que no va a ser fácilmente realizado por el paciente. En estos casos se le ofrecen al paciente dos posibilidades de elección; la primera diseñada para que sea muy aterradora e imposible de que el paciente la lleve a cabo en esta fase de la terapia. En contraste, la segunda elección es considerada menos amenazadora y más fácil de poner en práctica. La persona aceptará la segunda elección, aunque primero la considerará como difícil, ya que parece de lejos mucho mejor que la primera. Por lo tanto, se crea una realidad que la persona se siente forzada a realizar. Sin embargo, es muy cierto que, si se presentara como la única opción, sería considerada como excesiva e inmediatamente rechazada. Por consiguiente, a través del diálogo estratégico se pueden empezar a sembrar dudas en el cliente acerca de sus soluciones intentadas habituales y a su percepción, al hacer que el paciente sienta que estos intentos dictados normalmente por una percepción rígida (que éste siempre consideraba como medios útiles para superar el problema) contribuyen finalmente a empeorar la situación. La intención es que el paciente sienta la necesidad de reemplazar una vieja certeza, una antigua percepción disfuncional, por otra nueva. Se presenta de esta forma *una lógica del autoengaño más funcional que dirige las soluciones intentadas utilizadas por el paciente hacia su autoanulación*. Este procedimiento es muy efectivo y eficaz porque hace sentir al paciente que es un descubrimiento suyo (Nardone y Portelli, 2006).

De acuerdo con los mismos autores, este descubrimiento es importante para ambos, terapeuta y paciente, que empieza a ver un mapa mucho más claro de su problema, el paciente empieza gradualmente a ver su realidad desde un punto de vista diferente, más funcional.

³⁸ Haciendo referencia al doble vínculo, O'Hanlon (2001) comenta que este intercambio comunicacional patógeno esencialmente se refiere a "si haces esto, malo; y si no lo haces, también" sin que la víctima de este conflicto familiar se pueda librar de él salvo por medio de la locura. Milton Erickson empleaba unos conflictos similares en su terapia, aunque en este caso quería decir "si haces esto, te curarás; y si no lo haces, también". Recuérdese que Erickson no daba mucha importancia al factor curativo. Estaba más interesado en que sus pacientes pensarán y actuarán de una manera distinta y con frecuencia lo conseguía empleando estos conflictos terapéuticos. Por ejemplo, a un paciente al que quería poner en trance le podía decir: "Podrá usted entrar en un trance ligero o en un trance profundo". Esta técnica se denomina ilusión de alternativas porque el paciente tiene la sensación de que dispone de una opción, aunque el hecho es que cualquiera de las opciones ofrecidas conducirá a un trance.

Después de haber realizado un par de preguntas discriminantes, es fundamental introducir una corta *paráfrasis* como reestructuración, o reiteración de las respuestas dadas. Después de un par de respuestas dadas por el paciente, que describen su percepción de la realidad, el terapeuta necesita recapitular y reestructurar con la utilización de la paráfrasis. Parafrasear es otro elemento fundamental del diálogo estratégico, porque ayuda al terapeuta a comprobar con el paciente las conclusiones que se han sacado de las preguntas con ilusión de alternativas y a verificar si se está en la pista correcta, mientras se empieza a introducir pequeños elementos de reestructuración. Lo anterior se comienza diciendo: “Si no le he entendido mal, usted ha dicho que...”, “Si le he entendido bien, de otro modo, por favor corriójame...” y entonces se parafrasea lo que el paciente ha contestado a las preguntas discriminantes e interventoras. Con la paráfrasis, se comienza a introducir elementos de reestructuración, pero en forma interrogativa. También se comprueban continuamente las informaciones recogidas y reestructuradas con el paciente. El terapeuta aparenta tomar una posición one-down, haciendo sentir al paciente que él (el paciente) está dirigiendo el proceso de descubrimiento. Esto crea una alianza de colaboración entre el terapeuta y el paciente. A través de estas paráfrasis que reestructuran, el paciente se hace consciente de sus soluciones intentadas fallidas que lo atrapan en un círculo vicioso patológico. Esto lo induce a sentir la necesidad del cambio. Además, por medio del diálogo estratégico ambas partes (terapeuta y paciente) pueden observar un cuadro mucho mejor de cómo funciona el problema: se puede determinar con facilidad dónde ocurre normalmente, cómo se siente el paciente, cómo intenta manejar el problema y sus límites. Cuando el terapeuta realiza una paráfrasis precisa de la situación descrita por el paciente, este último se siente comprendido y con más confianza hacia el terapeuta y la terapia. Esto ayuda a incrementar la capacidad de maniobra (Nardone y Portelli, 2006).

Asimismo, a través de la utilización de las preguntas con ilusión de alternativas, seguidas por la paráfrasis que reestructuran, se puede lograr que el paciente *sienta y no sólo comprenda* que, cuando pide ayuda y recibe, la situación incluso empeora. En terapia, es importante que el paciente sienta que algo tiene que cambiar, más que meramente comprenderlo. El terapeuta, por ende, necesita cambiar la percepción de algo y no la cognición, porque, si se cambia la percepción, se cambia la reacción emotiva; entonces es fundamental cambiar la reacción conductual y, como efecto final, se cambiara la cognición. Lo que provoca el proceso de cambio en un sujeto es su propio sentimiento, su percepción, todo lo demás, entonces, le seguirá.

Además, el diálogo estratégico induce al cambio mediante la utilización adecuada y deliberada de formas de lenguaje poéticas y retóricas como aforismos, metáforas, anécdotas, experiencias de la vida real, etcétera, que crean una emoción abrumadora en el paciente. Sin embargo, es importante destacar que para ser efectivo, la estructura de la retórica ha de ser a medida del sistema representativo del paciente y coherente con el estilo personal del terapeuta. Poder evocar sensaciones de una manera estratégica es, de hecho, una técnica muy compleja y delicada que requiere una gran competencia en las tres esferas de la terapia: lenguaje, relación terapéutica y estrategia. Aunado con esto, una vez que se han completado las preguntas estratégicas, el terapeuta procede a recapitular la información obtenida, destacando los hallazgos más significativos llevados a cabo, haciendo que se unan al cambio. Así pues, el terapeuta resume con el fin de redefinir. Para hacerlo, se debe recurrir, una vez más, a una metáfora descriptiva, un aforismo o anécdota que describa la situación presentada en la que el paciente pueda reconocerse a sí mismo y su problema.

Es entonces que las preguntas orientadas al cambio, las continuas redefiniciones y la recapitulación global de evocar sensaciones, provocan un proceso persuasivo a través el cual el paciente se reconocerá gradualmente a sí mismo en la nueva visión sugerida por el terapeuta, sintiéndose al mismo tiempo como si fuera él mismo el que alcanza esta nueva visión. Ahora el terapeuta puede ser más “directivo” y, por tanto, dar las prescripciones, partiendo de la convicción de que el paciente estará más dispuesto a aceptarlas y a seguirlas, puesto que la adecuada evolución del diálogo estratégico no solamente hace que las prescripciones sean más aceptables para el paciente sino que logra que sean, en consecuencia, percibidas como una especie de inevitable continuación del proceso en desarrollo. De hecho, el arte de la terapia es el de conseguir el cambio, no sólo como un objetivo deseado sino como un resultado inevitable (Nardone y Portelli, 2006).

Con el objetivo de lograr distinguir con mayor precisión los elementos que conforman el diálogo estratégico véase la siguiente tabla:

Tabla 11. *Puntos que componen el diálogo estratégico.*

1. Preguntas interventoras y discriminantes que dan una ilusión de alternativas.
2. Paráfrasis que reestructuran, que permiten al paciente aprobar o desaprobar los descubrimientos hechos mientras se está empezando a introducir el cambio.
3. Evocación de sensaciones –utilización de metáforas, aforismos, anécdotas, etcétera- para hacer que el paciente sienta la necesidad del cambio.
4. Recapitulación final –para resumir así como para redefinir-.
5. Prescripciones –una continuación inevitable del descubrimiento compartido-.

Nota: De “Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica”, por G. Nardone y C. Portelli, 2006, España: Herder. Adaptado

En conclusión, el dialogo estratégico permite al terapeuta corregir errores o esclarecer información inexacta a lo largo del proceso de descubrimiento. De este modo, este instrumento salvaguarda al terapeuta de cometer errores irremediables en la discriminación y definición del problema y en consecuencia en el tratamiento aplicado. Este instrumento puede ser de gran ayuda para el terapeuta principiante, que puede sentirse con más confianza en su hipótesis final ya que sus descubrimientos parciales se comprueban continuamente junto con el paciente, a lo largo del proceso entero. Del mismo modo, el diálogo estratégico puede obtener una importancia transcendental en el proceso terapéutico, porque, además de ayudar a capturar al paciente y a identificar el problema con mayor precisión, es el mediador de un pequeño, pero fundamental cambio. Es así que el diálogo estratégico es una técnica de persuasión sofisticada y evolucionada que transforma una sencilla sesión de investigación en un autentico medio de cambio.

Acorde hasta lo ahora comentado, el dialogo estratégico es un instrumento que si bien se compone de una estructura, también es flexible pues no está sujeto a un formato físico de preguntas que generen una respuesta determinada, si no que se compone de principios que el terapeuta puede manejar y evaluar conforme se vaya desarrollando el proceso terapéutico. En este sentido, este instrumento es idóneo para plantear preguntas que permiten determinar y examinar los objetivos específicos de la entrevista propuesta del CTB así como, simultáneamente, manejar óptimamente la capacidad de maniobra.

Como una serie de notas adicionales, es necesario enunciar algunas precisiones acerca del método terapéutico de Giorgio Nardone respecto al enfoque terapéutico del CTB. Nardone y Portelli (2006) mencionan que, desde su origen, a principios de los años setenta, la terapia breve estratégica ha experimentado una evolución constante y progresiva; desde el modelo general de la terapia, hasta la formulación de protocolos específicos de tratamiento para patologías particulares, hasta el actual *modelo avanzado*. Un aspecto esencial que hace que el modelo avanzado sea diferente de los modelos históricos³⁹ es que va más allá de la idea de que los sistemas pueden reorganizarse a sí mismos de forma espontánea y establecer un equilibrio no patógeno una vez que el equilibrio patológico se ha roto. Esta idea impone la interrupción de la terapia tan pronto como se ha alcanzado el desbloqueo del trastorno.

En experiencia clínica de los autores citados en el párrafo anterior, éstos se han dado cuenta de que la mayoría de los casos, especialmente cuando las patologías persisten durante años, la reorganización espontánea del sistema a menudo inicia y restablece más equilibrios patógenos. Por lo tanto, se puede conseguir un conocimiento fundamental en cuanto a la aplicación del modelo avanzado: una fase terapéutica de consolidación del resultado de desbloqueo es necesaria para constituir un nuevo equilibrio no patógeno dentro del sistema humano, basado en sus características individuales y recursos que fueron desbloqueados durante las precedentes intervenciones terapéuticas.

Ahora bien, más allá de las convergencias o divergencias del método terapéutico nardoniano con respecto al enfoque terapéutico del CTB, es imprescindible señalar que Giorgio Nardone no perteneció ni ha pertenecido nunca al MRI. Sin embargo, se describió el diálogo estratégico como un instrumento que, por sus características metodológicas anteriormente descritas y bajo los argumentos ya enunciados, puede ser incluido en el formato de la entrevista inicial del CTB. En este sentido, se subraya que Giorgio Nardone, si bien no pertenece al MRI, es un terapeuta con una significativa capacidad de análisis y una notable habilidad práctica al momento de influir en sus clientes y, por consiguiente, provocar el cambio terapéutico bajo sus particulares preceptos sobre la terapia breve estratégica.

Aclarado lo anterior, a continuación se expondrá la *postura del cliente* ya que, si la capacidad de maniobra, la entrevista MRI así como el diálogo estratégico cumplen la función de evaluar el problema terapéutico, el intento de solución y la primera etapa del cambio, la evaluación de la postura del cliente permitirá al terapeuta la consolidación de un enfoque

³⁹ Nardone y Portelli (2006) distinguen tres modelos históricos en terapia breve estratégica. Los dos primeros, los cuales se han definido en este capítulo como los modelos breves estratégicos centrados ya sea en la forma/función o en el proceso/circuitos de feedback y un tercero, conocido a nivel mundial como la Terapia Centrada en Soluciones en la cual sus representantes más significativos son Steve de Shazer e Insoo Kim Berg.

estratégico para lograr el cambio terapéutico y, lógicamente, adecuar un marco interventivo que obedezca las características particulares de cada cliente/paciente para resolver su problemática.

4.6 La postura del cliente.

En esencia, la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo se podría influir sobre otro individuo depende en gran medida de a quién se intente influir. No se trata sólo de que puedan formularse diferentes sugerencias; se trata, sobre todo, de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El cómo se exprese algo, puede resultar convincente para una persona pero no para otra. Es por ello que la noción de postura del paciente toma una relevancia significativa para el CTB.

De este modo, la postura del cliente en sus directrices más elementales, se define como las concepciones del cliente acerca del problema y, en sí, que es lo que espera del tratamiento particular de la terapia. La postura del paciente juega un papel sumamente importante, pues una adecuada evaluación la postura indica cuáles son los valores, creencias, atribuciones y el compromiso que pueda adquirir el cliente para con las sugerencias del terapeuta dentro del marco de tratamiento. Además, una evaluación correcta de la postura del paciente y una adecuada capacidad de maniobra permite llevar a cabo terapias exitosas. Se puede decir que evaluando la postura del cliente se tiene el 50% de éxito en la terapia pues la evaluación de la postura permite la posterior intervención.

Respecto a la evaluación de la postura del cliente, es de subrayar que el hecho de saber cuál es la posición del cliente permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente la acepte. Al empezar la entrevista, es importante fijar la atención en las palabras que la persona menciona, así como el tono y el énfasis con que se expresa. Por ello, es imprescindible que el terapeuta analice los puntos anteriores y que éste maneje un lenguaje similar al del cliente, pues llevando a cabo esto se conseguirá una mayor cooperación del paciente para aceptar las sugerencias del terapeuta. También es importante escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes, porque en esa específica formulación es donde estos señalan sus posturas; es decir, el terapeuta ha de estar atento a la postura del paciente en relación con su dolencia y en relación con el tratamiento y/o terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con lo antes argumentado, Fisch, Weakland y Segal (2003) observan las siguientes clasificaciones de la postura del cliente:

- El individuo puede verse a sí mismo como un ser único o parte de la masa.
- Cuando las personas se definen a sí mismos como pacientes, manifestando un problema doloroso el cual requiere un cambio urgente por necesidad.
- Cuando la persona define a otro miembro de la familia como paciente, que presenta un problema incomodo pero que necesita un cambio con urgencia.
- El ser un paciente por coacción.
- Las personas se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y los consejos del terapeuta.
- Las personas toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva, o
- buscan ayuda a través de una actividad y una reciprocidad entre ellos y el terapeuta.

De esta forma, es importante hacer hincapié que en este capítulo se han utilizado, permítase la expresión, indiscriminadamente los términos paciente y cliente de manera análoga; pero el CTB indica diferencias conceptuales y operativas entre cliente y paciente. El cliente es la persona que solicita un tratamiento específico para el mismo o para otra persona y que muestra una preocupación evidente o está dispuesto a hacer algo para resolver un problema particular. El paciente es la persona que presenta algún síntoma que es concebido por el sistema familiar como desequilibrante, molesto o anormal. Hay ocasiones en las cuales una persona es cliente y paciente al mismo tiempo, dependiendo de su objetivo para asistir a terapia. Que un sujeto se defina sí mismo como cliente significa que se halla hondamente interesado en el cambio y experimentar un alivio en su dolencia ya que esta se refiera a uno mismo o a otra persona. En esencia, la definición del cliente incluye tres elementos 1) “He estado luchando contra un problema que me perjudica de modo significativo” 2) “No he logrado solucionarlo únicamente con mis propios esfuerzos” 3) “Necesito que usted me ayude a solucionarlo”. Lógicamente, no cabe esperar que la mayoría de los clientes formulen una cuestión de una manera tan clara y tan sucinta. Por lo general, se comunica mediante la narración del problema y de los esfuerzos infructuosamente realizados para solucionarlo, o como respuesta a los comentarios del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

El que la persona se defina a sí misma como el cliente o no es algo que pueda resultar de una importancia primordial, puesto que el no-cliente, por su misma esencia, no se halla

interesado en cambiar el estado de la situación aunque advierta una dolencia. No se siente excesivamente incomodado por el problema o bien, en el caso de que lo esté, cree que aun no se ha agotado toda la gama de sus propios recursos para solucionarlo o, aunque ya no sepa qué otra cosa hacer al respecto, no cree que la psicoterapia sirva como alternativa adecuada. Muy a menudo el individuo que adopta esta postura ha venido a la consulta del terapeuta por imposición de una tercera persona: sus padres, su cónyuge, un tribunal de justicia o sus hijos adultos.

Otra función de la adecuada utilización y evaluación de la postura del cliente es la prescripción de tareas al cliente. En este rubro, para que las tareas puedan ser aceptadas es importante aceptar las afirmaciones del cliente, reconocer los valores que posean, evitar comentarios provocativos o desprovistos de credibilidad (ósea, evitar toda resistencia). Además, al formular y exponer la actividad que realizará la persona fuera de la consulta esta debe proporcionarse de manera clara, y coherente a la postura del paciente, esto ayudará de manera significativa que la tarea logre llevar a cabo por el cliente. De esto se deriva también que, una vez conocido con claridad el problema y lo que ha hecho para solucionarlo, se debe decidir que conductas es la que evitara el paciente para hacer frente al problema, en otras argumentos, no se trata de ignorar el problema sino de dar un giro de 180° (Cambio tipo 2) que ayude a solucionarlo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Fisch, Weakland y Segal, (2003) ofrecen el ejemplo de la sumisión de un hijo ante la desobediencia hacia sus padres; así pues un giro de 180° consistiría en que el terapeuta sugiriese a los padres la desobediencia de su hijo: (el padre al hijo) “mientras esté fuera, preferiría que le hicieses pasar un mal rato a tu madre.” De igual modo, con la persona que no concilia el sueño, no será pedirle que deje de hacer todo lo que realiza para conciliar el sueño, y que la naturaleza siga su curso. El impulso estratégico sería. “oblíguese a permanecer despierto”.

De esta manera, es sugerente que la postura del cliente también es de vital importancia al momento de formular objetivos o metas claras para desarrollar y concluir el tratamiento psicoterapéutico consiguiendo, lógicamente, la desaparición del problema o evento que perturba la vida del cliente. Por ello, a continuación se expondrán los lineamientos que el CTB aplica en su práctica terapéutica para lograr establecer metas/objetivos claros y concretos.

4.7 Definición de metas terapéuticas.

Para definir las metas terapéuticas es importante, como se ha señalado a lo largo de este capítulo, tener una clara definición del problema. Así pues, cuando el cliente acude a consulta y éste presenta una queja vaga o ambigua, el terapeuta debe enfocar sus esfuerzos a esclarecerla. Se tiene que especificar qué es lo que el paciente quiere conseguir del proceso terapéutico, qué le sucede o qué es lo que quiere que ya no suceda. De este modo, se puede inferir que el cliente lleva cierto tiempo con la dolencia, es por ello necesario tener una comprensión completa y exacta de las acciones que ha realizado (soluciones intentadas) para resolverla, especialmente los esfuerzos que ha efectuado en el presente (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Es así que, para conseguir un objetivo claro de la solución de la queja, es de vital importancia evaluar adecuadamente la postura del paciente así como observar cuidadosamente la capacidad de maniobra puesto que, ya una vez que el terapeuta tenga una definición clara de los intentos de solución los cuales hayan sido recursivos para resolver el problema, el especialista (como paso lógico del desarrollo terapéutico) querrá formular una meta terapéutica clara y, por supuesto, alguna prescripción o intervención con el objetivo de consolidar el cambio terapéutico. Sin embargo, a pesar de los bienintencionados esfuerzos del terapeuta, si éste no se ha tomado el tiempo necesario y si no ha sido lo suficientemente perspicaz para evaluar la postura del cliente, esta prescripción o intervención puede resultarle al paciente descabellada o fuera de lugar y, en el mejor de los casos, prolongar excesivamente el tratamiento. Por consiguiente, las metas terapéuticas deben descansar en objetivos asequibles, claros y concisos. Además, para alcanzar el cambio terapéutico, las tareas, prescripciones e intervenciones deben ser formuladas acorde con el marco de referencia del cliente, construidas de manera sencilla (según sea el caso), para que la persona las pueda llevar a cabo.

Del mismo modo, tal como lo argumentan Fisch, Weakland y Segal (2003), el objetivo general de la terapia MRI es la solución de la dolencia del cliente. Hay que vincular íntimamente los procedimientos que adopte el terapeuta y el objetivo del tratamiento. En consecuencia se debe considerar 1) sobre qué base el terapeuta elige el objetivo, y 2) que tipo de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, o para determinar el avance hacia la consecución del objetivo durante el transcurso del tratamiento.

De acuerdo con los mismos autores, el CTB considera como sumamente importante que el terapeuta tenga siempre presente que existen muchas formas posibles de que los individuos y las familias vivan su propia vida y no una sola como si todas las demás formas fuesen erróneas, anormales o patológicas. Por eso, la queja del cliente –es decir, la declaración de un problema persistente u obstáculo que le impide continuar viviendo del modo que desearía- constituye el principal objetivo a lo largo de todo el tratamiento. En algunos casos se hace imprescindible una modificación de este sencillo criterio, pero incluso entonces se sigue estando dentro del mismo marco general. Algunos clientes plantean quejas vagas o bien declaran unos propósitos grandilocuentes o contradictorios. En tales casos el terapeuta debe juzgar a partir de los datos disponibles por más que no sean del todo claros, qué es lo mejor para solucionar la incertidumbre o la contradicción y ayudar al cliente a seguir viviendo de forma satisfactoria (puesto que el paciente identificado a menudo no se queja de su conducta, pero provoca malestar en otras personas, cuando aquí se habla de cliente, el CTB se refiere a quien solicita ayuda).

En otras palabras, por discutible o indeseable que resulte un aspecto de la vida del cliente el terapeuta no debe mostrarse inclinado a intervenir a menos que el cliente formule una queja al respecto, o a menos que un miembro de la familia que se halle implicado en la situación terapéutica se queje de ello. Paralelamente, el objetivo terapéutico básico consiste en que el cliente deje de padecer su dolencia o, al menos, que ésta disminuya lo suficiente como para no necesitar ya tratamiento terapéutico. Siguiendo esta misma línea, entonces habría que preguntarse ¿Cuáles son los datos que permiten en cada caso al terapeuta establecer que ya se ha logrado un objetivo de esta clase, o que, a lo largo del tratamiento, el terapeuta y el cliente se están acercando a la meta? En opinión del MRI, el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa y razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento. Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta perturbada haya cambiado o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no la considere como un problema significativo. En otros términos, el CTB concede gran relevancia al informe que realice el propio paciente, complementado por algunos otros datos y se considera como indicador primario de éxito: puesto que el paciente llega en tanto que individuo aquejado por una enfermedad, debe marcharse una vez que ya no se queja de dicha enfermedad. Si bien puede resultar tentador el determinar de algún modo la mejora con independencia de lo que diga el cliente, no se debe buscar una medición de ese tipo para comprobar si realmente existía una dolencia inicial. Se debe dar por válida su palabra acerca del problema y acerca de los rasgos propios del

problema. Parecería entonces una total incoherencia aceptar su palabra de que tiene un problema, y luego, cambiar de criterio a medio desarrollo de la terapia, exigir una verificación objetiva de que dicho problema ha concluido (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

En síntesis, el hecho de formular metas terapéuticas (labor en la que, posiblemente, se observa una amplia colaboración entre cliente y terapeuta) es la culminación de la posición estratégica del CTB y, por ende, el análisis del intento de solución al problema, la conceptualización de los tipos de cambio y la formulación de estos principios bajo la óptica del enfoque interaccional de la comunicación adoptan una aplicación totalmente práctica. En lo que a la práctica estratégica se refiere, el MRI hace hincapié en la importancia de solicitar a los clientes o pacientes con sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta como parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos. Por otro lado, la concreción permite que ambas partes sepan cuando finalizar la terapia –cuando se alcancen las metas- y tengan una referencia de su eficacia. Por ello, a continuación se expondrán 6 principios que resumen la estrategia del CTB:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretenden lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios.
2. Las formas de solución son variaciones sobre un mismo tema, éstas provienen de un mismo marco de referencia.
3. Elección de un cambio mínimo (también definido en términos de conductas concretas) seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica.
4. La estrategia efectiva se aparta 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. Por ejemplo, si el intento de solución consiste en exigir obediencia, la intervención debe orientarse a exigir desobediencia. Es importante destacar que nunca se debe de pedir a la persona que no haga nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que ha venido haciendo.
5. Utilización de la postura del paciente –su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. Al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten.

6. El terapeuta busca permanentemente una posición “inferior” evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. El CTB sostiene que el profesional de la terapia, por el mero hecho de serlo, ya se encuentra en una posición superior a la familia y al paciente cuando éstos solicitan sus servicios. Al mismo tiempo el MRI propugna que remarcar la superioridad del terapeuta favorece la creación de resistencias en la generalidad de los clientes, razón por la cual insisten en la conveniencia de asumir una posición igualitaria e incluso inferior. Aun cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más fácil pasar de una posición inferior que a la inversa.

Subrayando el segundo punto, la terapia del CTB pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes lo rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema o, en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento. En ambos casos el terapeuta debe antes o después decir o hacer algo que provoque dicho cambio: debe *intervenir*. Esto no significa que no haya intervenido, de hecho en la entrevista inicial y también en las sesiones subsecuentes se puede comenzar a provocar el cambio, esto con la aplicación opcional del diálogo estratégico. Aun así, dado que el terapeuta no puede dejar de actuar, por ese mismo motivo no puede dejar de intervenir. Interviene ante el cliente desde el primer contacto. Sin embargo, en el siguiente apartado se expondrán aquellas intervenciones planificadas que el terapeuta utiliza para poner en práctica la estrategia o el impulso básico del tratamiento.

4.8 La intervención.

De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (2003), el enfoque del CTB ofrece dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las *intervenciones principales*, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Respecto a la segunda categoría de intervenciones, en comparación con las intervenciones principales, las *intervenciones generales* poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante amplias como

para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

4.8.1 Intervenciones principales.

Las intervenciones principales fueron desarrolladas por el CTB por medio del análisis del contexto formado por cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica. La mayoría de los problemas que la gente plantea a los terapeutas se ven perpetuados por alguna de estas cinco soluciones básicas (Fisch, Weakland y Segal, 2003):

- 1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Esta intervención abarca problemas de insomnio, tics, dolores de cabeza, rendimiento sexual (impotencia sexual, anorgasmia etc.) o tartamudeo, en los cuales el paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental como problemas y toma medidas para corregirlas y no reaparezcan. La intervención invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de superar el problema. Así, por ejemplo, en problemas de insomnio en los que el sujeto intenta dormir, se le sugiere que no intente dormir. Las técnicas de persuasión para “vender” la tarea se basan en argumentar dos tipos de razones. En primer lugar, se dice al paciente que debe provocar el síntoma deliberadamente para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él, de manera que en la siguiente entrevista traiga una información más detallada de lo que le ocurre. Se le reitera que los nuevos datos así obtenidos permitirán establecer una evaluación más exacta de su problema. En segundo lugar, el terapeuta argumenta que el sujeto necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática, y le explica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma. En opinión del CTB, la mayoría de los problemas que reciben la calificación de adicciones son similares a estos problemas de rendimiento. Sin embargo, en las adicciones, además de luchar contra su forma de actuar o su estado de ánimo, el paciente también intenta no pensar en la sustancia “prohibida” que desea controlar, ya que se trate de comida, sustancias psicoactivas legales o ilegales. La forma más corriente que asume esta lucha consiste en tratar de evitar la sustancia en cuestión. Los deliberados y continuos intentos de evitación sólo sirven para que el paciente se vuelva más consciente de aquello que está evitando y le hagan pensar que esa sustancia es más poderosa que él mismo. En consecuencia, está librando

constantemente una batalla pérdida y solo puede pensar en la sustancia prohibida (dejar de anhelarla) cediendo a lo que él cree que es una urgencia incontrolable. En estos casos la intervención que podría ser conveniente es la técnica autohipnótica de Spiegel (en; Fisch, Weakland y Segal, 2003) para fumadores. En el marco de un estado hipnótico autoinducido, el terapeuta replantea la tentación de fumar con una necesidad absoluta con el objetivo del control definitivo. Luego, apelando a esta redefinición, alecciona al sujeto para que éste se exponga deliberada y frecuentemente a la tentación, pero le ofrece al mismo tiempo un ritual que, si es puesto en práctica, le permite reducir la tentación. No obstante, en cualquier forma o contexto que se utilice, el terapeuta debe evitar la trampa más peligrosa: urgir al paciente para utilice su fuerza de voluntad con objeto de apartarse de la sustancia que provoca la adicción. En cambio, el terapeuta hará que el paciente se exponga a la tentación y, paralelamente, le suministrará algún ritual o mecanismo para resistir la tentación, un mecanismo que impida que el paciente tenga que luchar o vacilar ante una posible caída en la tentación.

2. *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Este intento de solución consiste en el impulso básico del paciente es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que le lleva a no enfrentarse nunca a ella. La intervención implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito. La “venta” de la tarea alude a la necesidad de aprender a superar los fracasos como única vía para saber qué hacer en esa situación. Se reitera al paciente que debe evitar a toda costa tener éxito. Por ejemplo, si el problema es la imposibilidad de relacionarse con el sexo opuesto, se le pide que incremente deliberadamente la posibilidad de ser rechazado en su próximo encuentro, comportándose de manera absurda y torpe. Se subraya que la finalidad de la tarea es inmunizarlo/a al impacto del rechazo.
3. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Es una solución común en padres de adolescentes conflictivos, que sermonean reiteradamente a sus hijos sobre el deber de obedecerles de un modo respetuoso en conductas concretas. El objetivo de la intervención es que adopten una postura de inferioridad denominada “sabotaje benévolo”. La tarea se basa en el supuesto de que eliminar la actitud dominadora, desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía que los progenitores han estado empleando involuntariamente. Para que se motiven a intentar la tarea propuesta por el terapeuta (o el equipo terapéutico si es el caso), el terapeuta redefine la rebeldía

del adolescente como un conjunto de reacciones imprevisibles e irracionales que deja impotentes a los padres. Por ello, para “reducir” al muchacho deberán volverse también imprevisibles, ya que hasta ahora se han conducido de forma completamente predecible para él, quien sabe de antemano qué van a decir y hacer. Además, siempre que pidan algo a su hijo seguirán la fórmula “me gustaría que...” y cada vez que el joven les desobedezca, emplearán consecuencias negativas reales imprevisibles y no anunciadas; por ejemplo, echar sal en lugar de azúcar en el café o cerrar la puerta de la calle por dentro cuando el chico llegue más tarde de lo convenido. Después se disculparán, mostrándose totalmente desamparados y desconcertados por lo que han hecho. También se puede prescribir la tarea aduciendo que el adolescente necesita aprender a protegerse de las dificultades que encontrará cuando sea adulto, siendo el hogar el mejor campo de entrenamiento para la supervivencia en el mundo exterior. En ambos casos los padres, quienes inicialmente adoptaban una postura extremadamente autoritaria e incluso amenazadora que daba paso a la rendición e impotencia ante conductas “desatinadas” de su hijo, ensayan otro tipo de solución. Ésta consiste en aparentar una amabilidad y una impotencia que encierran una respuesta implacable, con consecuencias negativas reales ante la conducta no deseada de su hijo.

4. *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Es un intento de solución muy habitual en las relaciones entre padres e hijos, así como en las relaciones de pareja. En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea, del otro que coincida con los deseos del demandante. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. Por ejemplo, un padre puede decir a su hijo “quiero que quieras estudiar” en lugar “quiero que estudies”. La primera formulación implica que el chico para obedecer a su progenitor debe cambiar de actitud y no únicamente de conducta. Al mismo tiempo, lo somete a una comunicación paradójica, ya que le está diciendo que para obedecer debe desobedecerle (ser espontáneo supone que puede cumplir el mandato, porque en tal caso la espontaneidad cesaría automáticamente). Problemas que encierra esta solución intentada son la falta de entendimiento de una pareja en el entendimiento en el ámbito sexual, problemas de conducta infantiles que implican desobedecer a los padres e incluso el lenguaje esquizofrénico parece ser una respuesta a tal tipo de maniobras. Ante la petición indirecta del padre (“no te estoy diciendo lo que quiero que hagas”) para que se comporte de una forma determinada, el hijo

psicótico contesta con un rechazo indirecto a través del síntoma (“de acuerdo, yo tampoco estoy rechazando nada; simplemente estoy loco”). La intervención se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas, una vez redefinida la benevolencia de quien demanda algo (“quiero que quieras, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo”) como algo inintencionadamente destructivo a largo plazo y a las solicitudes directas como algo beneficioso aunque difícil de poner en práctica en un principio.

5. *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente, la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente. La intervención, cuyo objetivo es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones, se denomina “interferencia” o “confusión de señales”. Por ejemplo, en las recriminaciones por alcoholismo, se recomienda al alcoholico(a) beber al azar y aparentar estar ebrio cuando no lo está y al revés. El terapeuta sugiere al acusador(a) que intente averiguar cuándo ha bebido realmente y cuándo no, pero sin decir nada. Ambos deben llevar un registro diario, por separado, y traerlo a la entrevista siguiente. Conviene aclarar que el CTB sostiene que el alcoholismo se mantiene, en parte, por la conducta recriminatoria del conyugue no alcoholico. La intervención, además de bloquear las recriminaciones, implica la posibilidad de un control voluntario de la conducta problemática mediante la simulación del síntoma por parte del paciente identificado durante aquellos días en que no bebe.

4.8.2 Las intervenciones generales.

De acuerdo con el CTB, hay momentos en los que el terapeuta querrá comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema, aun en el caso de que no implique la formulación de una intervención. Por ello, a continuación se describirán estas técnicas debido

a su amplia utilidad, aunque no se hallen en estricta dependencia del problema o de la solución que afecte en particular a un cliente (Fisch, Weakland y Segal, 2003):

- *No apresurarse.* Esta intervención se aplica básicamente en tres situaciones: Primero, con sujetos cuya solución intentada consiste en esforzarse mucho por superar el problema, ya que si reducen su esfuerzo el síntoma remitirá. Segundo, con pacientes pasivos que urgen al terapeuta para que lleve una acción curativa, la sugerencia de que vayan más despacio actúa como acicate para que se movilicen hacia el cambio. Y, por último, siempre que haya cambios y mejorías el terapeuta debe recordar al paciente y su familia (si así fuere el caso) que los cambios lentos son más sólidos que los súbitos. Con ello, por un lado, se previenen recaídas al evitar que el sujeto vuelva a esforzarse demasiado y, por otro, se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo el espectacular.
- *Peligros de una mejoría.* Es una intervención adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. En el primer caso, si la postura del sujeto es de oposición al terapeuta, la intervención funciona acelerando el cambio. En el segundo caso, si la persona comprueba que la mejoría no es “un lecho de rosas”, se sentirá menos obligada a exigirse rendir más, modificando su intento de solución esforzándose demasiado. Por ejemplo, si una mujer que trata por todos los medios de “cazar” un marido sin conseguirlo, encuentra ciertas desventajas en el matrimonio, como tener menos tiempo libre y menos independencia, reducirá su “acoso” a los hombres, incrementando la probabilidad de que alguien se fije en ella.
- *Un cambio de dirección.* Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección (es decir, un giro de 180°) argumentando que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado o que ha consultado con un “experto” que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia. El cambio de estrategia puede completarse adoptando una posición de inferioridad (“el experto aludió a un punto que yo no logre entender, pero él dijo que usted si lo entendería”).
- *Como empeorar el problema.* Esta intervención se emplea cuando en las últimas entrevistas continúa sin haber cambios. El terapeuta manifiesta al paciente y a los componentes del sistema familiar que tanto él como su equipo no han sabido cómo ayudarles a mejorar el problema, pero que sin embargo si saben cómo podría empeorar. Educadamente y sin ninguna actitud, se enumera de forma específica todo

aquello que el paciente y su familia han hecho para solucionar el problema. Así se subraya el papel activo del sujeto y sus familiares en la persistencia del síntoma, esperando una expectativa de control interno del mismo. En absoluto es pertinente culpabilizarlos por no haber cambiado, lo cual añadiría un nuevo problema, deteriorando la imagen de eficacia de la familia y dificultando la labor de otro profesional, en caso de que inicien otra terapia.

Además de estas intervenciones características del CTB, esta escuela o el terapeuta que quiera ceñirse a sus principios pueden hacer uso de otras técnicas para promover el cambio, las cuales se podría decir que son implícitas en la configuración terapéutica del modelo MRI en gran medida por ser de orden estratégico (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1989; Watzlawick, 2000b; Nardone y Watzlawick, 2007):

- *El reencuadre.* Para exponer esta técnica de intervención habrá que recordar los niveles de realidad y la adaptación a ésta: el primer nivel que se define como realidad de primer orden, tocante a las propiedades físicas de los objetos de la percepción y otra, definible como realidad de segundo orden, fundada sobre la atribución de significado y valor a estos objetos. Aun cuando no hay duda de que en el caso de una disfunción particularmente grave el trastorno puede al final invadir la realidad de primer orden de la persona bajo ilusiones, alucinaciones, etcétera, el CTB constata que la gran mayoría de los problemas humanos se refieren sólo a la realidad de segundo orden. Con todo, dentro de este universo no existen criterios objetivos sobre lo que es verdaderamente real; es más, el significado y/o el valor atribuido (marco global de referencia) a un objeto, situación, acontecimiento o sobre todo a la naturaleza de una relación humana, no tiene nada que ver con las verdades platónicas, supuestamente objetivas, de las cuales las personas de mente sana serían más conscientes que los locos. Entonces, es sugerente que cualquier psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso de este marco de referencia o, en otras palabras, del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependientemente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y sufrimiento. De esta forma, más allá de las discusiones epistemológicas que se puedan derivar de lo anterior, ontológicamente es insinuante que así como hay tantas teorías para explicar la realidad de primer orden y hay tantas realidades de segundo orden (atribuciones, significados y valor a los objetos) como teorías, se puede comentar entonces que la reestructuración

está íntimamente ligada a este proceso ontológico de creación de realidad de segundo orden, un proceso que no tiene nunca fin; si tiene éxito, crea efectivamente para el paciente una nueva realidad de segundo orden, mientras que la realidad de primer orden de su mundo –los simples hechos- permanece sin cambios. Entonces, *reestructurar significa cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional en relación con la cual se experimenta una situación poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien o mejor que aquél, a los “hechos” de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado.* Un ejemplo clínico de una maniobra de este género puede ser la reestructuración de la percepción de ayuda y apoyo por parte de un paciente fóbico. A un paciente de este tipo se le dice que, sin género de duda, ahora él necesita y no puede prescindir de la ayuda de los que le rodean. Pero se le explica, igualmente, mediante una disertación acerca de los mensajes dobles dentro de la comunicación interpersonal, que dicho apoyo, aparentemente útil, puede agravar su sintomatología. En realidad, la fuerza del miedo que lo lleva a pedir ayuda cambia de rumbo de dirección a la anulación del comportamiento de demanda de ayuda. Las reestructuraciones pueden ser actos comunicativos puramente verbales o bien también determinadas acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva. Así como pueden producirse también efectos de reestructuración mediante prescripciones de comportamiento.

- *Prescripciones directas.* Son aquella clase de indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante. La otra función habitual de las prescripciones directas es la de consolidar, en la fase siguiente a la ruptura del sistema disfuncional que domina el problema, mediante acciones conscientes progresivas, la capacidad del paciente de hacer frente con éxito a las situaciones antes problemáticas. A tal fin se prescribe directa y explícitamente al sujeto la tarea que hay que hacer y se le explica el programa progresivo de prescripciones directas.
- *Prescripciones indirectas.* Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con

el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado. Para esclarecer esta técnica, se le puede comparar con la técnica del prestidigitador, el cual llama la atención del público hacia algunos de sus movimientos más evidentes, mientras realiza el truco a escondidas, produciendo así un efecto espectacular y aparentemente mágico. Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras que lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñan un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento. Permiten realmente una rápida y eficaz ruptura de la envarada de acciones y retroacciones disfuncionales.

- *Prescripciones metafóricas.* Estas pueden aplicarse como una gama de intervenciones cognitivas que se pueden utilizar para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez. En cualquier caso, se espera que el cliente y/o los componentes de la familia extraigan de la metáfora, relato o historia mencionada una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática.
- *“El pacto con el diablo”.* Esta intervención es una ordalía⁴⁰ aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que, encontrándose en las últimas sesiones de tratamiento, consiguen poco o ningún cambio. El terapeuta explica que conoce un modo de resolver el problema, pero sólo se lo revelara si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario, no podrán continuar la

⁴⁰ Una ordalía es una técnica terapéutica que consiste en imponer “un castigo benevolente” adecuándolo al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severo que ese problema. Así como un castigo debe adecuarse al crimen que pena, del mismo modo el requisito principal de una ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. Por otra parte, conviene que la ordalía beneficie a la persona; se parte de la convicción de que a toda persona resulta difícil hacer algo que le beneficie y parece que les cuesta particularmente a quienes demandan terapia. La gimnasia, el perfeccionamiento espiritual, la observancia de una dieta saludable y demás actitudes de autosuperación: he ahí otros tantos ejemplos de lo beneficioso para las personas. Estas ordalías pueden incluir también hacer un sacrificio por otros. En segundo lugar, la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. En otras palabras, debe ser de tal naturaleza que el terapeuta diga sin reservas “Esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que usted puede hacer”. Por último, una ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona (Haley, 2006).

terapia. La intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa para estas personas, cual es la imposibilidad de seguir con las entrevistas.

En sí, todas las intervenciones mencionadas tienen por lo general un solo objetivo: hacer que la persona/pareja/familia/amigos hagan algo diferente respecto a sus patrones cotidianos y estas intervenciones tienen que estar configuradas de manera ética y que no les cause daño cuando se apliquen. También es de subrayar que las intervenciones MRI pueden aplicarse de manera sumamente flexible; es decir, una vez evaluado el problema claramente, analizado tanto el intento de solución como la postura del cliente y ya establecido el objetivo del proceso terapéutico, el terapeuta puede prescribir las intervenciones como rupturas sobre el patrón de contexto en el que comúnmente se presenta el problema (para conseguir el cambio terapéutico). Por consiguiente, lo anterior puede configurarse de la siguiente forma (Cruz, S. V, 2008):

- Cambiar acciones (secuencia, antecedente, consecuente, acciones repetitivas/invariantes, conducta corporal).
- Cambiar ubicación/escenario en el que se presenta el problema.
- Cambiar el tiempo en el que se presenta el problema (frecuencia, tiempo de ocurrencia, duración).
- Cambiar aspectos no verbales (tonos de voz, gestos, movimientos corporales, contacto visual) alrededor de los patrones que son incluyentes cuando el problema se presenta.

En resumen, el protocolo de intervención del CTB se compone del detallado análisis de la capacidad de maniobra, la inclusión implícita de la entrevista la cual tiene como objetivo definir el problema claramente bajo pautas cibernéticas de interacción (así se puede configurar ésta como una estrategia de intervención en si misma), el análisis del intento de soluciones que dan lugar a la exacerbación de la dolencia del paciente, la evaluación de la postura del cliente, establecer metas/objetivos resolubles definidos en interacciones concretas y la prescripción de alguna intervención que estará en función del intento de solución que el cliente ha llevado a cabo para resolver su problemática. Estas etapas son componentes de la primera sesión pero éstas pueden volver a evaluarse en la segunda sesión y subsecuentes por medio de un planteamiento estratégico el cual permitirá al terapeuta reconfigurar su táctica interventiva. Por ello, a continuación se expondrán algunos de los elementos operativos que

pueden aplicarse en la segunda sesión y subsecuentes del tratamiento; por ende, se expondrá el estilo y las reflexiones que el CTB aplica para concluir el tratamiento.

4.9 Segunda sesión, subsecuentes, el chequeo de la tarea y conclusión del tratamiento.

En cuanto a la estrategia terapéutica, en la segunda sesión o subsecuentes el CTB sugiere que el terapeuta debe asumir una posición educada y con una actitud de inferioridad colocando al paciente en una posición aparentemente superior. Posteriormente, el terapeuta debe de pasar inmediatamente a la evaluación del encargo que se le hizo al paciente durante la sesión anterior, esto con el objetivo de comprobar la efectividad de la estrategia terapéutica y si el encargo se llevo a cabo adecuadamente. Como regla general, cuando se encargan deberes, casi siempre se comprueba de modo específico si se han realizado y esto se hace habitualmente al principio de la segunda sesión. Es fundamental que el terapeuta no solo quiera saber cuáles han sido los resultados del encargo, sino también transmitirle al paciente el que, cuando se le ponen deberes, se espera con toda seriedad que los lleve a cabo (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Lo anterior se lleva a cabo para comprobar y evaluar correctamente la definición del problema, el intento de solución y la postura del cliente. El chequeo de la tarea, el saber si se llevo a cabo el mandato tal como lo expuso el terapeuta, la evaluación acerca si el cliente modificó las instrucciones de la actividad o, en el peor de los casos, no la llevo a cabo, configura a la realización del mandato como un indicador que permitirá replantear la estrategia terapéutica que el terapeuta a adoptado a lo largo del tratamiento, esto en función de los cambios completos, nulos o parciales que el cliente haya conseguido a partir de la primera sesión.

Por ello, una vez llevada a cabo la primera sesión, el terapeuta ha de ajustarse a los comentarios y las respuestas que manifieste el paciente. El terapeuta debe buscar determinadas informaciones para decidir si continua sobre el enfoque adoptado o lo cambia; esto con el fin de efectuar las comprobaciones de los resultados obtenidos y con el objetivo de evaluar si el paciente acepta o no cada intervención que se le ha prescrito. Es de mencionar que en la mayoría de las intervenciones se solicita que el cliente realice determinadas actividades, las cuales serán contrastadas en la sesión posterior. Esta indagación acerca de los resultados de las intervenciones se debe realizar por medio de la formulación de algunas interrogantes, las cuales se exponen a continuación (Fisch, Weakland y Segal, 2003; Cruz, S. V, 2008):

- ¿Ha llevado a cabo la sugerencia propuesta?
- ¿De qué forma y con qué resultados?
- ¿Qué observó cuando fue hecha?
- ¿Qué ocurrió?

Como se subrayó, el chequeo de la tarea permite una reconfiguración de la estrategia terapéutica y, a su vez, la evaluación de los cambios experimentados por el cliente, en el caso que se hayan presentado. Respecto a lo anterior, cuando el cliente reporta que ha habido cambios terapéuticos, el CTB sugiere que el terapeuta transmita al cliente un optimismo implícitamente al tiempo que se subraya dicho optimismo mediante una declaración pesimista explícita; es decir, en esta posición estratégica el MRI suele utilizar una clase de redefinición que pertenece al ámbito de las intervenciones del tipo “no apresurarse”. En esencia, el terapeuta comienza por reconocer que ha habido una mejora pero a continuación intercala el comentario de que, por deseable que haya sido el cambio: ha ocurrido con excesiva rapidez. Las mejoras que aparecen lentamente, paso a paso –explica el terapeuta- son las que probablemente se transformen en cambios más consolidados, cambios que permiten asimismo una adaptación gradual. Después se le dice al cliente que de momento no haga más mejoras y, es más, que el cliente lo empeore, aunque el tratamiento este en curso o concluyendo. Aunque todo esto parezca negativo y pesimista, hay varias características que lo convierten en un mensaje implícitamente optimista. En primer lugar, al cliente se le está comunicando implícitamente que ha obtenido avances muy considerables durante el tratamiento, tan considerables que no tiene que lograr otras mejoras, por lo menos de inmediato. En segundo lugar, puesto que se le ha pedido que provoque un empeoramiento, si éste se presenta, el cliente pensará que se trata de algo que está sometido a control. Por último, el empeoramiento en sí mismo ha sido definido como un acontecimiento positivo y no como un fracaso en el mantenimiento de las mejoras. El objetivo evidente de todo esto es reducir al mínimo la reaparición del problema, ayudado a que los pacientes se sientan menos preocupados por la terminación del tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De acuerdo con los mismos autores, hay ocasiones en que un paciente, aunque se halle satisfecho con los resultados del tratamiento, manifiesta preocupación porque este finaliza y afirma explícitamente que cree que las cosas se deteriorarán sino continúa bajo la guía del terapeuta. Quizá no sea suficiente con transmitirle lo ya mencionado y su grado de aprensión puede inducirle a buscar la más pequeña prueba de que las cosas se van efectivamente

deteriorando. Presa del pánico, es posible que llame al terapeuta para reanudar el tratamiento. Se evitará esta eventualidad si el terapeuta insiste en realizar al menos otra entrevista, preferiblemente dentro de dos o tres semanas, pero con la condición de que el paciente debe acudir a la entrevista aun en el caso de que piense que, en realidad, no necesita volver.

En contraste con el párrafo anterior, si el paciente llega a la segunda sesión informando que no ha ocurrido ningún cambio, el terapeuta no debe dejarse llevar por esta primera impresión sino, por el contrario, el experto debe indagar qué es lo que hizo el cliente, no hizo o cambio acerca de la prescripción dada, además si realmente no ha ocurrido ningún cambio (chequeo estratégico de la tarea). Ahora bien, cuando un problema no ha sido solucionado el tratamiento puede acabar de dos formas posibles: en los tratamientos con límite de tiempo ;es decir, cuando se ha fijado un número máximo de sesiones (entre seis y veinte en la mayoría de los casos), la terapia finalizará cuando hayan transcurrido las sesiones convenidas, aunque el problema siga sin solucionarse. Con más frecuencia, el tratamiento no tiene un final prefijado y si es el cliente quien suele proponer la terminación cuando el problema no se soluciona. Puesto que la terapia con limitación temporal prefijada resulta menos frecuente. En algunos casos, el hecho de fijar un límite temporal al tratamiento puede servir para estimular la solución del problema, el ejercer sobre el cliente una presión implícita para que colabore con el terapeuta (y sobre el terapeuta, para que se ciña al tema). Sin embargo, en numerosos casos el límite temporal plantea un obstáculo porque al terapeuta le falta tiempo para remodelar su estrategia, si se da cuenta que el diseño inicial no funciona. El terapeuta puede llegar a la última sesión sin que se haya producido ningún indicio claro de que el problema se haya resuelto. Tendrá entonces que efectuar una elección: utilizar esta sesión como último esfuerzo para solucionar el problema o tratar de averiguar por qué ha fracasado su estrategia. El MRI opina que resulta más acertado el escoger el segundo camino, por dos motivos básicos (Fisch, Weakland y Segal, 2003):

- Primero, si la estrategia del terapeuta ha fracasado en la solución del problema, es poco probable que persistir en dicha estrategia consiga resultados en el último momento.
- Segundo, tal como se ha explicado, las intervenciones exigen que el cliente realice determinada acción que el terapeuta debe contrastar en una sesión posterior. Si en la última sesión se ensaya una nueva clase de intervención, no existe ninguna oportunidad de realizar esta comprobación básica. Finalmente, cuando las cosas no le

han salido bien al terapeuta orientado hacia esta estrategia, lo más probable es que dicho terapeuta haya estado trabajando demasiado y no demasiado poco⁴¹.

Para iniciar la última entrevista, lo mejor suele ser apelar a un comienzo de este tipo: “Como se sabe, ésta es nuestra última sesión. Desde mi punto de vista, su problema en realidad no ha cambiado nada, y creo que yo no le he servido a usted para nada.” A veces, cuando se confiesa esto palmariamente, el paciente intenta tranquilizar al terapeuta: “Oh, no, yo no diría tanto. Me ha ayudado mucho, de veras, el hecho de venir aquí y hablar con usted”. En vez de confirmar esta idea, el terapeuta puede responder que el paciente es demasiado generoso y que en todo caso él tiene la sensación de que podría haberle ayudado más. Esto sirve para pasar a la importante pregunta de cierre: “En su criterio, ¿qué cree que se haya hecho –o no se haya hecho- y que pueda haber impedido la solución de su problema? (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

De este modo, la terapia concluye cuando se han alcanzado los objetivos y metas terapéuticas, cuando la dolencia ha disminuido o desaparecido, o porque las sesiones que se establecieron en el contrato terapéutico ya se han cubierto. Pero también a solicitud del paciente, por causas económicas, cambio de domicilio o cuando éste se muestre insatisfecho por los resultados, entre muchas otras. Por lo tanto, el terapeuta deberá aceptar con prontitud el deseo de poner fin al tratamiento por la razón o razones que manifieste el cliente. Una despedida cordial permitirá que el cliente se decida posteriormente a retomar el tratamiento. Se debe evitar enfrascarse en discusiones acerca de continuar o entablar discusiones que traten de señalar o evidenciar las causas que han llevado a la conclusión del tratamiento, aún si no se han alcanzado las metas terapéuticas, simplemente se aceptan los deseos del cliente.

Así, para precisar el enfoque del MRI, a continuación se expondrá gráficamente cada una de las etapas de orden estratégico que el terapeuta debe cubrir para solucionar el problema del cliente:

⁴¹ Con este argumento el CTB hace referencia al elemento de *economía* del pensamiento estratégico en psicoterapia el cual se refiere sencillamente a la obtención del máximo resultado con el mínimo esfuerzo (Haley, 2006).

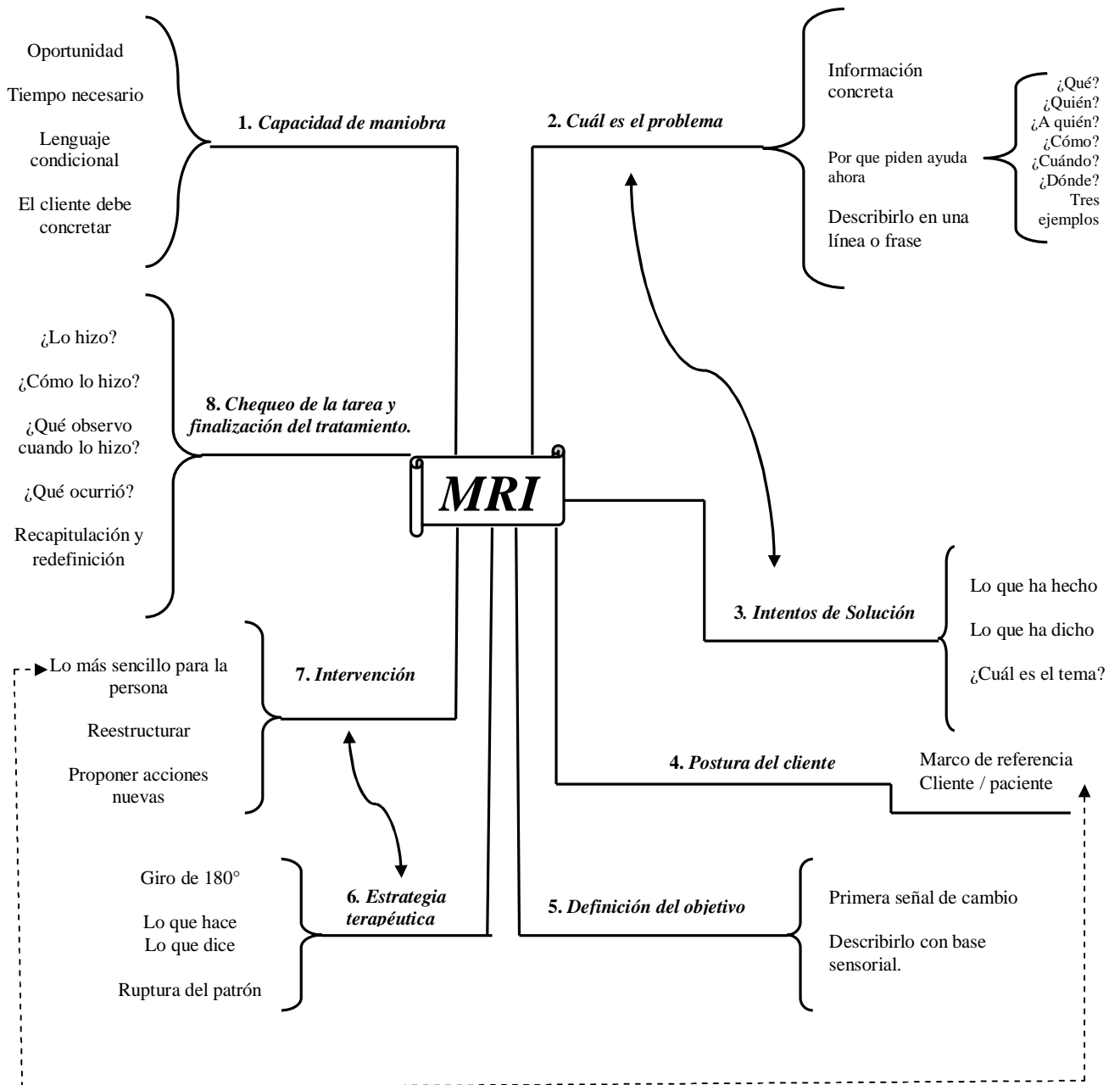


Fig. 6 La estructura del trabajo terapéutico del Mental Research Institute.

Nota: De “Diplomado en Terapia Sistémica: Terapia breve del Mental Research Institute”, por V. Cruz Silva, 2008. Manuscrito no publicado, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Adaptado

Acorde con el esquema, la terapia del CTB bajo un planteamiento estratégico trabaja con el paciente individualmente, pero por su fundamento epistemológico, teórico y práctico este modelo puede incluir a dos o más miembros de la familia, esto en función del análisis por parte del terapeuta de los intentos de solución que giran alrededor y exacerbaban a su vez el problema. En sí, el terapeuta MRI canaliza sus esfuerzos hacia un cambio rápido del

problema. Para lograrlo, recoge información –en términos de pautas de interacción- sobre las soluciones que ha intentado el cliente y, si fuese el caso, su familia. Así, por ejemplo, si el problema del paciente identificado se define como depresión, el terapeuta podría preguntar: “¿En qué cosas nota usted que está deprimido? y, en general, ¿cómo ha tratado de resolverlo? Después de lograr una evaluación clara de las secuencias interaccionales que abarcan los intentos de solución, el terapeuta pide al cliente/paciente identificado y su familia que definan de manera operativa los objetivos que desean alcanzar en terapia. Siempre es importante obtener un acuerdo no sólo de la definición de los problemas que se consideran importantes, sino también de las metas que se pretende conseguir. Asimismo, es conveniente establecer un orden de prioridades sobre problemas (es decir, el cambio mínimo) y metas para iniciar el trabajo terapéutico. Esto ayuda a trabajar con los aspectos en que los pacientes están más motivados y planear una estrategia para que se resuelvan por sí mismos los puntos menos prioritarios, en parte por la generalización de los cambios.

Una vez acordados los objetivos generales se continúa definiendo el cambio mínimo. La estrategia terapéutica para alcanzarlo supone idear una solución que se aparte 180° de la línea común de los intentos de solución, evitando en todo momento caer en la misma lógica de las soluciones intentadas por el cliente. Para esto, es de vital importancia evaluar la postura del cliente derivando de esta evaluación la formulación de una intervención que sea adecuada respecto a la ruptura del patrón de interacciones que perpetúan el problema. Subsecuentemente, ya que se han definido con claridad los intentos de solución, el problema en pautas de interacción concretas (situación, contexto, personas involucradas en el intento de solución del problema, etc.), se ha evaluado la postura del cliente y se ha intervenido en el problema; para la segunda sesión y subsecuentes es imprescindible checar el *cómo* se llevo a cabo la prescripción formulada la sesión anterior. Dicho análisis se debe llevar a cabo para decidir si se continúa con el mismo planteamiento estratégico o modificarlo, es decir; replantear la evaluación del marco de referencia, el problema terapéutico, el uso del lenguaje del paciente y la postura del cliente con el objetivo de rediseñar más exhaustivamente la intervención, prescripción o actividad la cual, si así se presentara el caso, sea más fácil de realizar por el cliente/paciente identificado.

CAPITULO V

La terapia breve del MRI en el tratamiento familiar de las drogodependencias.

En cuanto a los apartados antes expuestos, se sugiere observar que el capítulo primero y segundo corresponden al valioso análisis de las drogodependencias bajo un marco epistemológico lineal-progresivo. De este modo, también se sugiere observar que los contenidos del capítulo tercero y cuarto corresponden a un marco epistemológico divergente, pero cibernéticamente complementario a los dos primeros apartados. Esto se puntuó para cubrir tres objetivos esenciales: Primero, llevar a cabo una investigación integral, lo más completa posible, del fenómeno de las adicciones tal como algunos autores lo consideran indispensable (Carballeda, 1991; Orte Socias, 1994; Arellanez, Díaz, Wagner & Pérez, 2004; López, 2006; Secades, García, Fernández & Carballo, 2007), segundo; describir las pautas familiares del paciente identificado como drogodependiente y, tercero; elaborar una propuesta teórica alternativa en cuanto al tratamiento de las drogodependencias desde la óptica de la terapia breve del MRI.

De este modo, a continuación se presentarán los criterios diagnósticos del DSM-IV referentes al abuso/adicción a sustancias psicoactivas encuadrándolos como pautas de interacción con el propósito de configurarlos como rasgos incluyentes a observar bajo la metodología de intervención del MRI. Subsecuentemente, se propondrá una adaptación del enfoque terapéutico del CTB acorde a los presupuestos diseñados por el NIDA⁴², esto con la intencionalidad de mostrar que las premisas teórico/prácticas del enfoque MRI cumplen con las características o requisitos trazados por este organismo para tratar el problema de las adicciones. Consecuentemente, se elaborará una propuesta teórica organizada en cuanto al tratamiento de las adicciones donde, dicha intervención, sea incluyente la familia de acuerdo con las premisas del CTB.

Cabe enfatizar que esta investigación no trata ofrecer nociones terapéuticas definitivas en el tratamiento de las adicciones. En su lugar, esta investigación pretende construir un

⁴² La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (2009) ofrece una gama de criterios para elaborar programas de prevención, tratamiento y capacitación a personal profesional interesado en intervenir en drogodependencias. En cuanto al tratamiento de las adicciones se refiere, la legislación mexicana plantea las mismas directrices que el NIDA para construir programas de intervención en adicciones, con la diferencia que la Norma Oficial describe más de 50 requisitos de corte logístico/burocráticos (características del lugar de atención, mobiliario, solicitud de permisos legales, etc.) para la atención en adicciones haciendo más incluyentes las modalidades de tratamiento médico/residencial. A diferencia de esto, el NIDA describe criterios incluyentes y más homogéneos para construir programas de tratamiento ambulatorios o, en su defecto, establecimientos profesionales de orden psicológico. Por lo anterior, en esta investigación documental se sugerirá una adaptación del enfoque MRI a los criterios del NIDA.

conjunto de elementos que podrían ser relevantes y, desde un planteamiento particular de atención, presentar una modalidad alternativa en el tratamiento de las drogodependencias.

5.1 Los criterios de abuso y adicción a sustancias psicoactivas del DSM-IV como categorías de interacción.

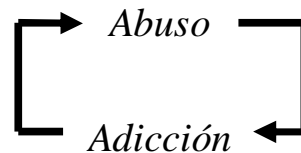
Tal como se ha enunciado en capítulos anteriores, el DSM-IV define bajo criterios específicos el diagnóstico de abuso y adicción a sustancias psicoactivas. En este rubro, para diagnosticar el abuso de sustancias el DSM-IV menciona cuatro criterios, mientras que para diagnosticar la adicción dicho manual describe otros siete, aparentemente independientes a los criterios de abuso. Observando los argumentos teóricos en la construcción del DSM-IV, es de inferir que el diagnóstico de abuso/adicción a sustancias psicoactivas es llevado a cabo bajo el modelo médico/psiquiátrico. Asimismo, algunos autores (Secades y Fernández, 2001; Arellanez, Díaz, Wagner & Pérez, 2004) argumentan que los criterios diagnósticos en adicción a sustancias psicoactivas son ateóricos, exceptuando los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia). Acorde con lo expuesto, se identifican dos puntos de análisis relevantes para esta investigación documental:

- La formulación o relación entre los criterios de abuso y adicción, esto al momento de identificar clínicamente uno u otro fenómeno, posiblemente, independientes entre sí y,
- La posible “ateorización” de dichos criterios.

En efecto, parece ser sugerente que para la diagnosis de abuso/adicción a sustancias estos dos fenómenos son claramente diferenciados, sujetos a una causalidad lineal e independiente clínicamente entre sí, pues de acuerdo al DSM-IV el abuso conlleva a la adicción. Más aun, para el enfoque médico/biológico toman gran relevancia para los procesos de adicción sólo la tolerancia y el síndrome de abstinencia característico de cada sustancia psicoactiva. En esta investigación documental, en cambio, se sugiere puntuar los procesos de abuso y adicción, en primera instancia, no bajo una causalidad lineal/progresiva, sino distinguir ambos procesos uno en función del otro, es decir; ambos fenómenos juegan una significativa recursividad de interdependencia uno para con el otro. Definido de este modo, el abuso da pauta a la adicción y la adicción también da lugar al abuso. En todo caso, ambos procesos, vistos desde esta perspectiva no son fenómenos independientes pues ambos (desde una perspectiva circular) juegan un papel sumamente importante para que se concrete algún

problema en drogodependencias o, en su defecto, *una conducta indeseada e irresponsable*.

Para ilustrar lo anterior, véase el siguiente esquema:



De acuerdo con este esquema, no solo son significativos los fenómenos de la tolerancia y el síndrome de abstinencia para que se concrete un problema de adicciones; también, en todo caso, los criterios restantes (de abuso y adicción) toman una mayor relevancia para observar la gravedad de dicho fenómeno, ya que la tolerancia y el síndrome de abstinencia son solo dos procesos de orden fisiológico característicos del consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de este encuadre, los criterios restantes ya no son ateóricos pues, tanto para esta investigación documental como para el CTB (Fisch y Schlanger, 2002) es de vital importancia llevar a cabo no un diagnóstico del problema de las adicciones, sino mejor aun, construir y analizar un *esquema descriptivo* de dicho fenómeno; es decir, los criterios de abuso/adicción serán concebidos a partir de ahora como pautas de interacción deficientes para consigo mismo, para con los demás y para con el mundo del sujeto drogodependiente. Por consiguiente, se propone la siguiente organización/redefinición de los criterios de abuso y adicción acorde a lo antes planteado:

- Para consigo mismo {
- Criterio 2 (abuso): Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 - Criterio 1 (adicción): Tolerancia.
 - Criterio 2 (adicción): Síndrome de abstinencia (efecto de compulsión).
 - Criterio 3 (adicción): La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - Criterio 4 (adicción). Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de sustancias.
 - Criterio 5 (adicción). Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, en el consumo o en la recuperación de la sustancia.
 - Criterio 7 (adicción). Se continúa tomando la(s) sustancia(s) a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes por el consumo de sustancias.

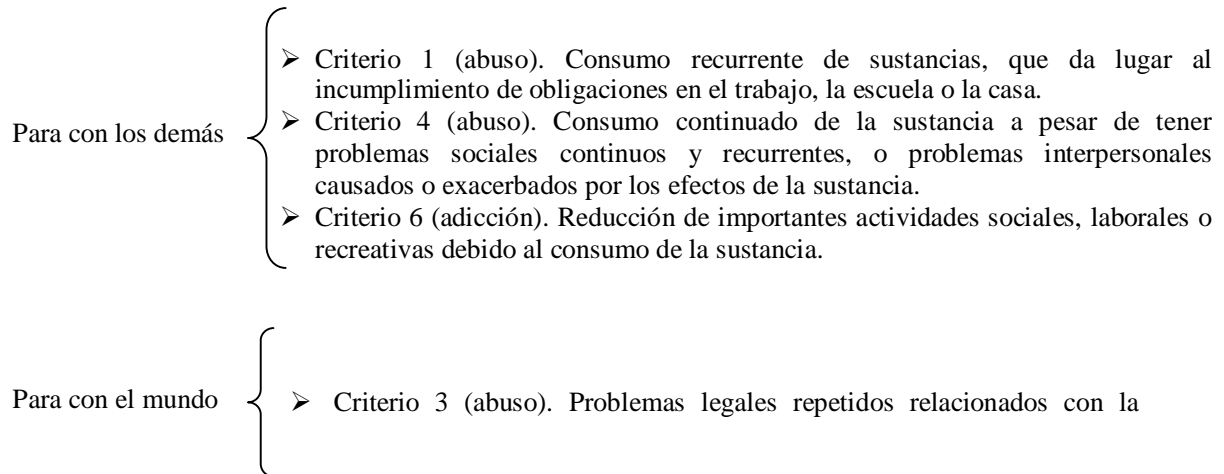
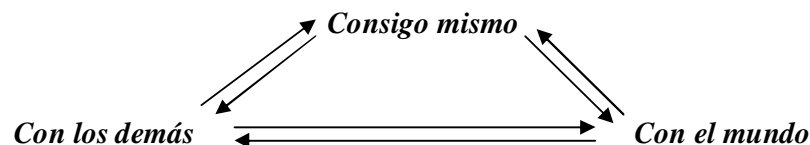


Fig.7 *Los criterios diagnósticos en abuso/adicción como categorías de interacción disfuncionales.*

Bajo esta distinción, para el terapeuta del CTB es de suma importancia observar y definir estos patrones disfuncionales. Por ello, esta redefinición de los criterios diagnósticos del DSM-IV como categorías de interacción se proponen como *un primer esbozo* de identificación de los patrones de interacción deficientes que presente el cliente. Ahora, estas tres grandes categorías de interacción, tal como se ha mencionado en apartados anteriores, también juegan una relación de interdependencia circular ya que si alguno de ellos es modificado deficientemente, los otros dos (cualesquiera que sea la categoría) también presentarán alteraciones interaccionales deficientes. Por ello, el terapeuta por medio de la indagación disciplinada deberá identificar cuál es la categoría de interacción deficiente que exacerba el problema, pues ésta será la primera a tratar terapéuticamente. Para conseguir mayor precisión, véase el siguiente esquema:



Entonces, los criterios diagnósticos del DSM-IV son definidos a partir de ahora como una serie de características o niveles comunicativos y metacomunicativos dentro de un contexto amplio y vinculante así como organizados bajo una causación recíproca de retroacción circular, los cuales una categoría está en función de otra. Como se puede inferir, en el estudio de las drogodependencias bajo el enfoque del CTB siempre se deberá asumir

este marco interaccional, pues en un fenómeno tan complejo asumir un marco epistemológico diferente, el investigador estará abogando por una posición reduccionista e incompleta del problema.

5.2 Los principios de tratamiento del NIDA en drogodependencias adaptados al enfoque del MRI.

Tal como algunos teóricos lo mencionan (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974; Fisch, Watzlawick, Weakland y Segal, 2003; Hoffman, 2005), el CTB se fundó a con el objetivo de construir un enfoque terapéutico que abarcará el tratamiento de diversos problemas psicológicos de una manera económica, elegante y breve. Por ello, los terapeutas del CTB a partir de la fundación del Centro, han aplicado esta particular modalidad de atención en tratamiento a múltiples problemas humanos refinando, a su vez, su particular estilo de intervención.

Aunado con lo anterior, diversos teóricos en el tratamiento de las adicciones (Álvarez y Fernández, 2001; Puentes, 2004; Sánchez, 2006) mencionan que todo tratamiento que pretenda intervenir en las drogodependencias debe sujetarse a premisas que se adecuen a esta particular problemática. En este punto (tal como se expuso en el capítulo segundo), el NIDA plantea 13 rubros que alguna modalidad terapéutica debe ceñir para intervenir con éxito en el tratamiento del abuso/adicción a sustancias psicoactivas. En consecuencia, a continuación se llevara a cabo un análisis acerca de las premisas del CTB de acuerdo a los rubros propuestos por el NIDA con el objetivo de explicitar al enfoque del CTB como una modalidad de tratamiento adecuada en la intervención en adicciones además de ofrecer algunas de las premisas del MRI que inicialmente pueden ser consideradas como relevantes en la atención de dicho fenómeno:

1. *No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.* Una de las premisas fundamentales del MRI es el estudio del *marco de referencia del cliente*. Recuérdese que el marco de referencia del cliente es el conjunto de valores, concepciones y significados que algún sujeto alude para consigo mismo, para con los demás y para con el mundo. Es a partir de este marco de referencia que una persona hace frente a las dificultades de su propia existencia y trata de resolverlos por medio de soluciones intentadas construidas a partir de lo que él cree que es la mejor o única elección viable de hacerlo. Por consiguiente, tanto el terapeuta como el tratamiento

MRI deben adecuarse estratégicamente para idear a partir de este marco referencial del cliente soluciones alternativas al problema que el paciente reporta en terapia dando como resultado un contexto terapéutico único, acorde a las necesidades, convicciones y puntos de vista de cada cliente/paciente así como intervenir en lo que el cliente reporta como un problema para *él*. En sí, el tratamiento del CTB es flexible, pues estratégicamente considera que el cliente/paciente cuenta con habilidades particulares y únicas, las cuales el terapeuta debe de indagar para llevar a cabo un tratamiento exitoso. Asimismo, se debe considerar también que para el MRI existen muchas formas en cómo los sujetos con sus familias dan resolución a las problemáticas de sus vidas, definiendo entonces que no existen formas correctas e incorrectas de resolución a conflictos, conducta patológica o anormal, sino pautas de interacción que pueden estar configurados bajo marcos semánticos particulares.

2. *El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.* El CTB, bajo su enfoque estratégico, parte de la premisa que el cliente/paciente identificado asiste a terapia porque uno o ambos ya han hecho todo lo que está en sus manos para dar solución a su dolencia y, por tanto, al no conseguir los resultados deseados acuden al especialista para que les ayude(n) a resolverla. Es obligación del terapeuta, desde la primera sesión, dar la atención estratégica conveniente para cada persona por medio de la entrevista inicial, la evaluación del marco de referencia del cliente, la identificación de la postura y, si es conveniente, una intervención adecuada para el particular problema del cliente. Teóricamente se plantea de este modo, pero el CTB propone que el terapeuta debe de ser sumamente cuidadoso a la hora de programar sus citas, es decir; el protocolo del CTB propone diez sesiones semanales de 1 hora, pero este criterio puede ser modificado a 15 o máximo 20 sesiones según la decisión de cada terapeuta (Watzlawick y Nardone 2007). En este punto, es de aclarar que la cantidad de sesiones puede ser flexible, pero no los días en los cuales tanto el terapeuta como cliente/paciente identificado hayan acordado para entrevistarse. Como se expuso, el hecho de que un terapeuta se ciña a los deseos del cliente a pesar de que, por ejemplo, en una semana determinada se haya tenido la sesión correspondiente, pero el cliente solicite otra o dos sesiones más en esa misma semana, el terapeuta MRI debe cuidar su *capacidad de maniobra*, específicamente debe de tomarse el *tiempo necesario* pues si el terapeuta no se toma el tiempo para analizar la tipología del problema, las personas involucradas en él y fundamentalmente, los intentos de solución ensayados por el sistema familiar, entonces el terapeuta puede estar en

- riesgo de errar sus intervenciones y proponer tareas o indicaciones inadecuadas. En consecuencia, el CTB propone que los terapeutas se den el tiempo necesario para idear el marco epistemológico/interventivo el cual dará lugar al cambio de tipo 2, pues si no es así, posiblemente fracasará todo el tratamiento. También el CTB, ante una situación de exigencia de los clientes respecto a las ocasiones que se llevaran a cabo las sesiones terapéuticas, propone que el terapeuta sea firme, pero sumamente educado y persuasivo para convencer al cliente (hablando su propio lenguaje) de que otra sesión en seguida de la programada formalmente dentro del contrato terapéutico no es viable ni para él ni para el terapeuta.
3. *El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente el uso de sustancias psicoactivas.* Como se expuso, la evaluación del marco de referencia es el punto de partida para llevar a cabo tratamientos exitosos, pues es a partir de la evaluación de éste que se construirá la intervención, tareas o indicaciones para cada paciente/cliente de acuerdo a sus necesidades y naturaleza del problema. Asimismo, para que la terapia MRI se adecue apropiadamente a la problemática del cliente, el terapeuta debe analizar también la *postura* de este; es decir, el terapeuta deberá analizar la posición y que es lo que el cliente *realmente* requiera del proceso terapéutico. El CTB argumenta que los clientes son sumamente ambiguos al describir sus problemáticas y que, en ocasiones, no reportan con claridad su dolencia. En este caso, el terapeuta debe ser lo suficientemente hábil en sus cuestionamientos para que el cliente *concrete* lo que él considera un problema. De este modo se consiguen cubrir dos elementos: atender las verdaderas dolencias o necesidades del cliente y, segundo, configurar una terapia integral para cada persona, pues el hecho de que el cliente concrete bajo pautas de interacción bien definidas su problema y el intento de solución a éste, se logrará alcanzar una mayor claridad acerca del cómo y cuales estrategias el terapeuta debe de configurar para lograr un tratamiento exitoso.
 4. *El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.* En este punto, recuérdese la función estratégica que para el MRI adquiere el *chequeo de la tarea*. Ya que el terapeuta haya establecido una adecuada capacidad de maniobra, haya hecho una evaluación preliminar del marco de referencia del cliente, un análisis exhaustivo de la postura y, por consiguiente, haya formulado alguna intervención o indicación terapéutica, este tendrá que comprobar si

fue adecuada o no. Esta comprobación comúnmente se lleva a cabo en la segunda sesión y subsecuentes, por medio de preguntas dirigidas al cliente del cómo, cuándo, con quiénes y si, en general, se siguieron fielmente las instrucciones del terapeuta para llevar a cabo dicha indicación. Si la tarea o indicación se llevó a cabo por parte del cliente fielmente, además de reportar cambios de una sesión a otra, ello querrá decir que el terapeuta analizó correctamente el marco y la postura del cliente. Por tanto, su plan estratégico es conveniente y deberá seguir bajo ese mismo planteamiento. Pero, en caso contrario, si el cliente modificó la tarea o, en el peor de los casos, no la llevo a cabo por cualquier circunstancia, ello querrá decir que el análisis del marco de referencia del cliente y su postura no fue idóneo, planteándose de este modo una elección equivocada de la tarea o indicación terapéutica para el cliente. Entonces, el terapeuta tendría que reformular su planteamiento para adecuarse al marco, la postura y las necesidades del cliente lo más pronto y hábilmente posible. Ante estos criterios, el CTB aboga por una intervención personalizada, acorde a las capacidades o necesidades del cliente y este enfoque asume una posición de constante replanteamiento de la estrategia terapéutica durante el transcurso del tratamiento si éste no es funcional o adecuado.

5. *Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.* Como se ha enunciado, el CTB propone diez sesiones de tratamiento, una sesión por semana. Por tanto, ortodoxamente, la terapia del MRI tiene una duración de dos meses y medio, tiempo que dentro de la experiencia del MRI es suficiente para resolver un problema interaccional. Como se expuso, si el terapeuta lo considera necesario, el tratamiento se puede prolongar dos sesiones más, esto para cubrir los tres meses de tratamiento que propone el NIDA.
6. *La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.* Parece ser sugerente que este rubro del NIDA hace referencia a que el tratamiento al abuso/adicción a sustancias psicoactivas tradicionalmente es atendido farmacológicamente. En este caso, la terapia breve del MRI (bajo sus propios y particulares preceptos) es una terapia que analiza la interacción comunicacional, por tanto, es un enfoque que analiza el comportamiento entre dos o más personas, unas en función de las otras. Por tanto, es una modalidad de tratamiento que cumple cabalmente con este rubro, pues para el MRI la comunicación es conducta, dentro de un enfoque pragmático y contextual de la comunicación humana.

7. *Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.* En este rubro, el terapeuta MRI debe ser sumamente cuidadoso. Tal como Haley (2003) lo menciona, el tratamiento farmacológico en adicciones suele ser necesario en gran medida porque dicho tratamiento está sujeto a instituciones que han adquirido protocolos rígidos de atención. En general, el tratamiento farmacológico prescrito por médicos residenciales tiene prestigio ante la población porque dicho tratamiento pertenece a la concepción formal de *ciencia*, es decir; el paradigma fármaco/biológico esta construido en base a una epistemología lineal-progresiva, marco dominante en la comunidad científica contemporánea. Pero estas prescripciones no necesariamente son convenientes o efectivas. Sin lugar a dudas, el consumo prolongado de sustancias psicoactivas conllevan a desarrollar circularmente los fenómenos de abuso/adicción, pero se pueden presentar descripciones diversas a la concreción del fenómeno, es decir; probablemente habrá ocasiones que el terapeuta MRI por medio de la entrevista identifique a un consumidor de sustancias psicoactivas que presente muchas interacciones deficientes, pero no necesariamente las correspondientes a la tolerancia y el síndrome de abstinencia, procesos que son eliminados por sustancias antagonistas o agonistas prescritos por médicos residenciales. Entonces cabria formularse la siguiente pregunta ¿sería conveniente derivar al cliente/paciente identificado con un médico para que le prescriba un medicamento agonista o antagonista para reducir el consumo de la sustancia psicoactiva objeto de abuso/adicción, siendo que este cliente no reporta ni tolerancia ni síndrome de abstinencia? Si el cliente/paciente identificado no presenta tolerancia ni síndrome de abstinencia entonces éticamente no es viable derivarlo a un médico para que le prescriba medicamentos que no son necesarios. Ahora bien, si el terapeuta MRI identifica, ya sea por el tipo de sustancia, el tiempo que se lleve consumiendo o las reacciones fisiológicas agudas y/o negativas que el paciente presente cuando no consume la sustancia objeto de abuso/adicción, ósea, presente tolerancia/síndrome de abstinencia característico de la sustancia psicoactiva, entonces es viable derivarlo con un médico para que le prescriba las sustancias agonista o antagonistas según sea el caso, pero el terapeuta MRI deberá prestar atención a que el médico se *limite solo a prescribir esas sustancias.* Si el médico en cuestión no se ha formado profesionalmente en el enfoque MRI, entonces éste no deberá inmiscuirse en el proceso terapéutico que el terapeuta MRI está configurando con su cliente/paciente identificado pues estos, sin la formación necesaria, en raras

- ocasiones comprenderán lo que se está llevando a cabo y no harán otra situación más que boicotear el proceso terapéutico*⁴³.
8. *En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso a sustancias psicoactivas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.* Para el CTB toma poca relevancia los conceptos de enfermedad o alienación normal o anormal. Por tanto, el terapeuta MRI deberá llevar a cabo una adecuada identificación del problema que el cliente/paciente identificado pretenden resolver al presentarse en terapia. En este punto, el terapeuta deberá analizar cuáles son las categorías de interacción deficientes que el cliente *reporta como las más importantes a resolver y trabajar en base a ellas.* Recuérdense los argumentos de Fisch y Shlanger (2002) “si no hay queja, no hay problema” y si la queja prioritaria señalada mediante una adecuada entrevista es la resolución de una posible “enfermedad mental”, “un problema de ‘drogas’ o ambos”, entonces el terapeuta deberá pedirle al cliente/paciente identificado cuál de estos dos, en ese momento, le interesa más resolver. Es probable, bajo una postura interdependiente y circular entre ambos problemas, que al resolverse uno se resuelva el otro.
 9. *La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de sustancias psicoactivas a largo plazo.* En un caso de drogodependencias, para conseguir éxito terapéutico es imperante que el terapeuta encargado del proceso de cambio analice por medio de la entrevista inicial si el cliente/paciente identificado muestra o reporta tolerancia/síndrome de abstinencia característico de la sustancia objeto de abuso/adicción; esto directamente relacionado al tiempo que el sujeto consumidor ha utilizado dicha(s) sustancia(s). Si el paciente presentase tolerancia/síndrome de abstinencia, será entonces necesaria la inclusión de tratamiento farmacológico atendiendo a las condiciones del rubro 7 anteriormente descrito.
 10. *El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.* Véase la distinción formulada por el CTB entre cliente y paciente incluido en el capítulo cuarto.
 11. *El posible uso de sustancias psicoactivas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.* El análisis de los intentos de solución por parte del cliente, paciente identificado, la familia u otras personas que han intentado resolver alguna problemática presentada en terapia es fundamental para el MRI. Bajo esta

43

Las cursivas son del autor de esta investigación documental.

premisa, solicitar o presionar al cliente/paciente consumidor de sustancias a que deje de administrarse sustancias psicoactivas inmediatamente puede ser un error, puesto que el terapeuta caería en el mismo orden de soluciones que el cliente/paciente ha utilizado para dar solución a su problema. En este caso, el terapeuta debe de ser cuidadoso en caer en este mismo orden de soluciones, además de presionar por medio de la aplicación de análisis de orina o de otro tipo para que el cliente sea “supervisado” y que, “gracias a estos análisis y naturalmente ya estará vigilado” no consuma sustancias en absoluto, es una solución del mismo orden. Esta solución corresponde al tipo recurrente “Debes dejar de consumir sustancias por el medio que sea, porque si no dejas de consumirlas te harás mal a ti, a tus allegados, te sermonearé y te castigaré”. La aplicación de exámenes de orina a un sujeto abusador/adicto a sustancias psicoactivas, sin embargo, pueden ser convenientes, siempre y cuando para el marco de referencia del cliente sea aceptable, además de formular este tipo de pruebas *estratégicamente* (giro de 180° al intento de solución al problema). Probablemente, para el MRI no es un inconveniente que el paciente recaiga en una o varias ocasiones, pues las recaídas pueden *reencuadrarse* de una forma diferente a las que se presentaban antes de que el sujeto fuera a terapia, es decir; uno de los tantos objetivos que el terapeuta MRI pueda negociar con su cliente no es el hecho de dejar de consumir inmediatamente sustancias psicoactivas, sino más bien bajar la tasa de consumo diario así como la cantidad consumida. En este caso, las recaídas toman una importancia estratégica así como una solución a la problemática más viable y más fácilmente alcanzable que una interrupción abrupta en el consumo de sustancias. En sí, un cambio pequeño dará lugar a cambios mayores. De hecho, este planteamiento estratégico puede dar lugar a un sin fin de intervenciones, prescripciones del síntoma, reencuadres de la situación problemática los cuales pueden ser sumamente útiles dentro del tratamiento. Del mismo modo, a pesar de estas grandes ventajas, el terapeuta tendrá que observar exhaustivamente las pautas de interacción del cliente con su familia, el tiempo que lleva consumiendo la sustancia en cuestión, el tipo de sustancia, esto para salvaguardar la integridad física del cliente, pues en ningún momento se pretende negar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva graves trastornos a la salud del cliente y provoca un gran malestar o preocupación para sus allegados.

12. *Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.* Para el MRI es pragmáticamente congruente llevar a cabo un chequeo médico integral, esto para diagnosticar *exclusivamente* alguna afección fisiológica de gravedad. Por consiguiente, se propone que al iniciar el tratamiento en un sujeto abusador/adicto a una sustancia psicoactiva, se le explique que es necesario realizar un examen médico completo, esto para conseguir una atención de calidad, ética y lo más completa posible para el cliente.
13. *La recuperación de la drogodependencia puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.* Como se mencionó, la terapia MRI es configurada a partir de objetivos resolubles y de acuerdo a la perspectiva que tenga el cliente de sí mismo y su relación con el problema. Por ejemplo, un primer contrato terapéutico podrá efectuarse bajo el objetivo primordial de bajar el índice de consumo, mientras que otro contrato posterior (ya evaluando, reestructurando e interviniendo para la concreción del objetivo formulado en el primer contrato) se podrá reformular para alcanzar la abstinencia total del consumo de sustancias. Entonces, se concluye que la terapia MRI puede tener múltiples rondas de tratamiento para alcanzar objetivos resolubles, negociados entre terapeuta y cliente/paciente identificado.

En conclusión, en el tratamiento de las adicciones acorde a la estrategia terapéutica del CTB es de por más relevante el estudio del marco de referencia, la evaluación de la postura del cliente y la capacidad de maniobra del terapeuta pues es por medio de estas tres premisas que el terapeuta podría adecuar su intervención en esta particular problemática. Es de subrayar que estas premisas básicas acondicionadas a los rubros de que plantea el NIDA para la intervención a las adicciones muestran la flexibilidad del enfoque del CTB, a pesar de que epistemológicamente es divergente a las escuelas terapéuticas que tradicionalmente se han encargado de estudiar y tratar las drogodependencias. No obstante, habrá que tomar en consideración que lo expuesto en los párrafos anteriores se analizó con el objetivo de ofrecer una serie de premisas teóricas y alternativas que el terapeuta MRI podría tomar en consideración para intervenir en el fenómeno de las adicciones, pero de ningún modo se

pretende formular análisis definitivos en el tratamiento de las adicciones por medio del enfoque del CTB.

Del mismo modo, en la primera parte de este capítulo se redefinieron los criterios diagnósticos del DSM-IV como categorías de interacción, esto con el objetivo de ofrecer un análisis alternativo así como una crítica conceptual acerca de los criterios de abuso y adicción que algunos autores denominan como ateóricos. En este punto, se concluye que la adicción y el abuso (con sus respectivos criterios diagnósticos) están relacionados interdependiente bajo una causalidad circular. Bajo esta concepción, es inconveniente tratar de identificar o asilar uno u otro criterio pues, en su conjunto, son relevantes para un marco de tratamiento, especialmente psicológico.

En efecto, para precisar aun más lo argumentado, a continuación se propondrán directrices dentro del marco de tratamiento del CTB con el fin de explicitar, en la medida de lo posible, un enfoque alternativo de intervención en drogodependencias.

5.3 *El tratamiento.*

Se está de acuerdo con Fisch y Shlanger (2002) en cuanto argumentan que el consumo de sustancias psicoactivas, antaño, se consideraba que consumir en exceso sustancias psicoactivas era señal de debilidad de carácter o una prueba del mal del consumidor, que había sucumbido a las “tentaciones del diablo” o “al Demonio del consumo”. Más recientemente, el consumo de sustancias psicoactivas se ha definido como una enfermedad, lo que ha ayudado a aliviar al consumidor del tradicional oprobio moral infligido al adicto. La etiqueta de enfermedad implica que la persona en cuestión es víctima de un estado no deseado. Uno de los inconvenientes inherentes a estas etiquetas es que conllevan la imposibilidad relativa a cambiar: se centra en lo que *es* una persona en lugar de en lo que *hace*.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, una de las constantes del trabajo del CTB es el tema del cambio, lo que significa que el MRI es sensible a los supuestos sobre las personas y sus problemas que impliquen la imposibilidad de cambiar, la fijación, el “así son las cosas”. Estos supuestos pueden ser tan sencillos como decir que “Él es un...”, en lugar de decir “Él actúa de tal manera...”. Es más difícil pensar en cambiar el modo de ser una persona que cambiar lo que esa persona hace. Para una serie de problemas humanos, a menudo se

atribuye a la imposibilidad de cambiar a algún factor biológico, como una predisposición genética o alguna anomalía inexplicable del metabolismo. La medicalización de los problemas humanos se ha ido poniendo cada vez más de moda en el cuál, el problema de las drogodependencias, no está absuelto de este método de intervención.

Tal como se ha visto, el CTB parte de la premisa conceptual de que un problema es una conducta que el paciente considera claramente indeseable, más que la manifestación de una patología. Así, si la persona no se queja por una conducta, no tiene ningún problema. En este sentido, las ideas del MRI se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad y, en cambio, se basan en la *queja*. En cuanto a las drogodependencias se refiere, se añadirá que las conductas relacionadas con esta problemática (en especial con las interacciones del adicto para consigo mismo, con los demás y para con el mundo) son en general definidas bajo un solo concepto: son *irresponsables*. En efecto, el DSM-IV ofrece criterios diagnósticos para evaluar el abuso y adicción a drogodependencias pero, como ya se ha aclarado, para esta investigación documental son categorías de interacción deficiente y, por ende, irresponsables. Al consumir sustancias psicoactivas e invertir tiempo en conseguirlas es probable que se descuiden labores en el hogar, en la escuela, en el trabajo, se falten a citas importantes para el consumidor, se tengan problemas legales por el consumo de sustancias ilegales además de los problemas y deterioros en la salud del consumidor. En este punto, ya no se parte de que el consumidor es una persona *enferma* sino más aun descuida deliberadamente obligaciones que, bajo la interpretación de amigos, familiares y bajo los estatutos cívicos o legales es improductiva e indeseable para un adecuado desarrollo para consigo mismo y la sociedad. Pero, en todo caso, habrá que evaluar si esto es un problema para el consumidor o para *otra* persona(s). En este sentido, se parte de la inferencia que para el consumidor de sustancias su conducta no es un problema, pero sí que es para sus allegados. Esto se aclarará a detalle a continuación.

5.3.1 La capacidad de maniobra y definición de objetivos terapéuticos.

Naturalmente, al comenzar el proceso terapéutico el terapeuta MRI para resolver el problema del cliente deberá observar las siguientes premisas teórico/prácticas del CTB: cuidar su capacidad de maniobra, llevar a cabo una adecuada entrevista inicial, evaluar el marco de referencia del cliente/paciente identificado, definir claramente el problema (con la

ineludible identificación de los intentos de solución) esclarecer y construir objetivos resolubles, evaluar la postura del cliente e intervenir en dicho problema.

Este es el protocolo del MRI para resolver problemas humanos terapéuticamente, pero al resolver un problema en drogodependencias se observarán las siguientes situaciones específicas.

Fisch y Schlanger (2002) consideran que la tendencia no deseada a consumir sustancias psicoactivas legales e ilegales es una conducta (como en principio se señaló) por la que alguien presenta una queja. Como una serie de problemas, la persona que provoca la queja (en este caso el consumidor de sustancias) a menudo tiene menos motivos de queja que un miembro de la familia, una amistad cercana, un jefe o un agente de control social (un trabajador social, personal de servicios de salud, la policía y demás). Muchos de los individuos que deciden ir a ver al terapeuta no están descontentos con su conducta, sino que los han coaccionado a realizar una terapia: son *pacientes involuntarios*.

Este punto es sumamente importante puesto que hace alusión, al menos, a dos planteamientos estratégicos del CTB: la capacidad de maniobra y la definición de paciente/cliente. Respecto a la primera, el párrafo anterior indica que probablemente la resolución del problema de las drogodependencias implique la inclusión de una o más personas, es decir; el terapeuta puede dar por supuesto (y más aún si se toman en cuenta las tendencias del patrón de consumo expuestas en el capítulo 1 en cuanto a la edad de los sujetos drogodependientes) que hay una persona la cual se ha involucrado íntimamente en el intento de solución del problema y ésta no es precisamente el consumidor de sustancias. Por ello, el terapeuta deberá decidir si la terapia será de *orden individual o conjunta* con todo lo que este supuesto implica. Si al llevar a cabo la entrevista inicial el terapeuta se percató de que alguna otra persona ha intentado solucionar de una manera constante el problema ya sea por enfado o preocupación por el paciente y éste ha hecho poco o nada por solucionar el problema (puesto que ha ido por coacción a terapia), esta investigación documental sugiere que el terapeuta también incluya en el marco de tratamiento a la persona que está más preocupada en resolver la problemática del paciente.

Con esta premisa, también se da por supuesto que se obtendrá una descripción más completa del problema pues se observará una descripción de las particulares interacciones que se han ido constituyendo entre el consumidor de sustancias y la(s) persona(s) que se han involucrado en la solución del problema, es decir; el terapeuta estudiará desde el principio del proceso terapéutico y circularmente el marco de referencia del cliente y del paciente

identificado así como *la puntuación de la secuencia de hechos tanto del cliente como del paciente*.

Con lo anterior se puede inferir también la importancia estratégica que implica la distinción entre cliente y paciente identificado pues, el terapeuta, al percatarse que la persona la cual ha ido a terapia asiste por coacción (paciente) y hay otra (u otras) persona(cliente) más interesadas o preocupadas en dar solución al problema del abusador/adicto a sustancias, entonces el terapeuta ahorrará considerables esfuerzos y tiempo en el proceso terapéutico pues concentrará su atención en los intentos de solución que ha llevado a cabo, en este caso, el cliente. Con este argumento no se quiere dar por supuesto que el marco de referencia y los posibles intentos de solución (si fuera el caso que existieran) del paciente identificado no sean importantes, sino que es más viable analizar el marco de referencia/intentos de solución del cliente, esto para llevar a cabo una terapia efectiva y breve.

En cuanto a la definición de objetivos en el tratamiento de las drogodependencias aplicando el protocolo del CTB se puede inferir que la demanda fundamental del cliente/paciente identificado es dejar de consumir la sustancia psicoactiva la cual es objeto de abuso/adicción pero, obvia y teóricamente hablando, se asume que el cliente/paciente identificado no ha logrado conseguir esta meta. Por lo tanto, de acuerdo con la evidencia empírica de Bautista (2011), en la primera sesión se propone que terapeuta y cliente/paciente identificado negocien los siguientes objetivos generales de tratamiento:

- Interrumpir las secuencias de patrones de interacción que mantienen los contextos de consumo de sustancias psicoactivas.
- Observar durante el proceso de cambio, aquellos aspectos que modifican la interacción del usuario de sustancias psicoactivas y sus familiares a su crecimiento *autónomo* y *responsable*.
- Observar durante el proceso de cambio, aquellos aspectos que muestran conductas orientadas a la responsabilidad en la interacción del usuario y sus familiares para establecer un programa de indicaciones orientadas a la salud.

Se subraya que la inclusión de estos objetivos generales dentro del tratamiento de adicciones acorde al protocolo de atención del CTB tiene la intencionalidad de ofrecer al terapeuta algunas directrices que pueden ser significativas en el proceso de tratamiento. Entonces se sugiere que el terapeuta analice dichos objetivos en relación con el marco de referencia y la postura del cliente/paciente identificado, esto para identificar las conductas que

serían más factibles o menos difíciles de llevar a cabo por éste y que estén encausadas a la concreción de dichos objetivos. Recuérdese que el diseño de objetivos y metas de acuerdo al protocolo del CTB deben construirse en base a la queja o problema que el cliente/paciente identificado presentan a lo largo del tratamiento, por ello, estos objetivos deberán ser ajustados de acuerdo a la queja presentada e incluidos en el tratamiento tomando en cuenta las habilidades del cliente, dentro de un proceso gradual y no inmediato. Dentro de esta fase del tratamiento, también se sugiere que el terapeuta preste atención a los elementos que darían lugar a un cambio mínimo.

Además, el segundo y tercer objetivo son significativos pues serán a partir de estos que el terapeuta deberá analizar cuáles son los patrones de interacción del consumidor con su familia que, en primera instancia, no permiten al consumidor de sustancias psicoactivas llevar a cabo conductas responsables, productivas y libres de consumo de sustancias psicoactivas, esto acorde a su etapa de desarrollo. Dentro de la gama de patrones interaccionales que podrían estar presentes entre el consumidor de sustancias y su familia se encuentran las siguientes (Bautista, 2011):

- Abuso/adicción en algún integrante(s) de la familia.
- Relaciones complementarias rígidas.
- Escaladas simétricas.
- Relaciones paradójales definidos en un caso de adicciones como procesos de pseudoindividualización⁴⁴. Si hay pautas de simetría y complementariedad, pero paradójicas, el padre o la madre, el tío o la abuela, la novia(o) y el padrino, etc. uno lleva una pauta simétrica y el otro complementaria. Pero también una persona puede mantener la pauta paradójal con el paciente.
- Relaciones con profecía autocumplidora.
- Relación monoparental con patrón paradójal.

⁴⁴ De acuerdo con Satnton y Todd (1994), el adicto a sustancias psicoactivas suele estar atrapado en un dilema. Por una parte sufre grandes presiones para permanecer estrechamente ligado a la familia, mientras que, por otra parte, fuerzas socioculturales y biológicas lo incitan a establecer relaciones íntimas externas. La adicción es la singular y paradójica solución para el dilema del adicto y su familia de conservar o disolver la interacción. Además, el adicto participa en un patrón homeostático de ida o vuelta entre sus pares y su hogar. Un análisis interpersonal del sistema, sin embargo, revela que las relaciones del adicto con la cultura de la comercialización, obtención, relación con pares también adictos y, en general, el consumo de sustancias psicoactivas en realidad refuerzan su dependencia respecto de la familia. Una vez más, las relaciones externas se pueden considerar como el escenario para una conducta *pseudo independiente* y *pseudocompetente* (es decir, pseudoindividualizante) por parte del adicto. Paradójicamente, cuanto mayor sea su vínculo con el grupo de pares, mayor es su indefensión, es decir su adicción.

- Casos especiales de niños consumidores bajo cargo de algún familiar.
- Casos especiales de niños consumidores bajo cargo de alguna institución social.

Asimismo, la identificación de estos patrones interaccionales se llevará a cabo por medio de la entrevista inicial. A continuación se propondrá una serie de directrices para cubrir este rubro.

5.4.2 *La entrevista y fijación del marco de tratamiento.*

Tal como se expuso en el capítulo anterior, la entrevista inicial estará conformada por una serie de preguntas básicas: cómo, cuándo, dónde, la petición que el cliente/paciente identificado describa tres ejemplos representativos del cómo la queja le es un problema y cuáles, dentro del criterio del cliente, serían los elementos que podrían percibirse o dar lugar a un cambio mínimo. En este sentido, para recopilar información clínica acerca de la interacción del drogodependiente con su familia e identificar el patrón de la queja se sugiere formular los siguientes cuestionamientos (Bautista, 2011):

- ¿Cómo ha afectado el consumo de “drogas” en tu vida actual?
- ¿Cuál es tu lugar preferido para usar “drogas”?
- ¿Con que personas compartes más ese momento?
- ¿Tienes alguna costumbre o forma especial para “drogarte”?
- ¿En los últimos dos años has tenido periodos de no consumo de ninguna “droga” por tres meses continuos?
- Al ocupar tus recursos en “drogarte”, ¿qué has dejado de aprender?
- ¿Cómo están las cosas en casa por tu consumo de “drogas”?
- ¿Si no te “drogaras” que sería diferente?
- ¿Consideras tal vez tener algún otro problema?
- ¿Por qué, en este preciso momento, vienes a solicitar atención terapéutica?
- Además de la interrupción en el consumo ¿Cuáles, dentro de tu forma de pensar, son las “cosas” que tendrían que suceder para que te des cuenta que tu problema se está (completamente o parcialmente) resolviendo?
- ¿Qué es lo que esperas conseguir de este proceso terapéutico?

Lógicamente, estas son sólo algunas interrogantes que pueden formularse a lo largo del tratamiento pero, acorde a la capacidad o experiencia del terapeuta, pueden incluirse otras tantas, esto con el objetivo de recopilar información relevante y/o para obtener una descripción del problema y de las interacciones del sujeto drogodependiente con su familia.

De la misma forma, se sugiere la inclusión de las premisas del *dialogo estratégico*, específicamente la ilusión de alternativas y la paráfrasis, esto por dos razones: Primera, para llevar a cabo una clara definición del problema/queja del cliente, analizar los intentos de solución que se han llevado a cabo en relación al problema, analizar el marco de referencia/postura del cliente y; segundo, por medio de la paráfrasis validar al cliente en cuanto a sus impresiones del problema así como hacer de la entrevista inicial un instrumento que le permita al terapeuta construir más fácilmente los objetivos pertinentes de acuerdo con las capacidades del cliente. Por consiguiente, la inclusión de paráfrasis a lo largo de la entrevista inicial también permitirá al terapeuta contar con un instrumento que le permita, con relativa facilidad, distinguir las pautas de interacción más deficientes y significativas relacionadas con la queja del cliente.

Como una serie de notas adicionales, se aclara que las interrogantes antes expuestas están orientadas a confirmar que el consumo de sustancias psicoactivas tiene dificultad para el control cognitivo debido al proceso de adicción por cambios en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo; a saber en qué contexto que mantiene más el consumo y las personas involucradas; además se busca la experiencia de agrado que busca repetir el adicto; se identifican los cambios que están involucrados por el consumo; que expectativas de cambio puede proyectar el sujeto y alguna otra problemática asociada. Posteriormente se hace referencia a los acuerdos para llevar a cabo el proceso de tratamiento para la atención de usuarios de sustancias psicoactivas e incluye los siguientes puntos (Bautista, 2011):

- Se hará una investigación clínica realizada por un equipo multidisciplinario para obtener una impresión respecto a si el cliente es adicto (si presenta síndrome de abstinencia/tolerancia) a una sustancia psicoactiva (esto desde una epistemología causal).
- Se fijará un costo monetario por el tratamiento.
- Se firmará un contrato de tratamiento bajo consentimiento.
- Un terapeuta (si se trabajara como equipo terapéutico entre dos o más terapeutas) es el que se hará responsable del caso y es el que vigilará todo el proceso de atención.
- Se realiza la “entrevista contextual” (desde el enfoque del CTB).

- Se encuadra el proceso de tratamiento al menos por dos meses y medio con citas de seguimiento por tres meses.
- Cualquier situación fuera del acuerdo se analizará por el responsable del caso clínico.

De acuerdo con el mismo autor, en la atención de los casos clínicos por abuso/adicción a sustancias psicoactivas se pueden presentar tres problemas:

1. *El problema de presente abuso o el síndrome de abstinencia a las sustancias psicoactivas consumidas.* Durante la fase de investigación acerca de las interacciones deficientes entre el cliente/paciente identificado como drogodependiente con su familia se resuelve este problema y ayuda a definir la continuidad de la atención clínica. Si el cliente/paciente identificado no presenta el síndrome de abstinencia, se excluye el tratamiento farmacológico y se continúa con la atención psicológica, que en este caso es la aplicación del enfoque del CTB. Si presenta el síndrome de abstinencia característico a la sustancia psicoactiva objeto de abuso/adicción, se definirá el tratamiento farmacológico y se interviene con las indicaciones del protocolo terapéutico del MRI así como el conjunto de indicaciones que se incluirán a lo largo de este apartado.
2. *El que el cliente/paciente identificado acepte o no tener un problema por el consumo de sustancias psicoactivas sean clasificadas como legales o ilegales.* Si hay aceptación de problemas de conductas adictivas se siguen las indicaciones del “reencuadre general, reencuadre específico, el programa orientado a la responsabilidad y el reencuadre de tratamiento para los casos de recaída”⁴⁵. Si no hay aceptación de “problemas” por parte del usuario por el consumo de sustancias psicoactivas, se usa el reencuadre de tal situación en relación a su etapa de desarrollo, a un enojo crónico, a un permiso que ha crecido mucho, etc. además de reencuadrar que la ayuda de la

⁴⁵ Bautista (2011) divide su método de tratamiento en etapas, las cuales las denomina como anteriormente se citó. En general, estas etapas consisten en una serie de indicaciones que el terapeuta debe de prescribir en un caso de drogodependencias. Si bien en esta investigación documental se explicará cuales deberán de ser las intervenciones principales que el terapeuta MRI podría considerar en un caso de esta índole, más adelante se incluirán las indicaciones elaboradas en base a la evidencia empírica de Bautista esto con el objetivo de ofrecer una gama amplia de preceptos que permitan el proceso de cambio en la situación del cliente/paciente identificado que presente un problema en drogodependencias. Asimismo, se enfatiza que dichas indicaciones deberán ser prescritas de acuerdo a los criterios terapéuticos del CTB bajo un enfoque estratégico; es decir, el terapeuta deberá de asumir una posición analítica y hábil al momento de utilizar dichas técnicas, esto de acuerdo a su propia capacidad de maniobra así como acordes a la evaluación del marco y postura del cliente. Por tanto, se sugiere que el terapeuta escoja estas indicaciones de acuerdo a los recursos y capacidades del cliente/paciente identificado, esto con el objetivo de conseguir éxito en el proceso terapéutico.

- familia “directa o indirectamente” mantienen las condiciones del consumo de sustancias psicoactivas. Se espera de esta forma, al definir el problema, se inicie el tratamiento para modificar las condiciones que mantienen el consumo.
3. *El que el cliente/paciente identificado quiera o no el tratamiento en la interacción correspondiente.* El cliente/paciente identificado puede entender que sufre de un síndrome de abstinencia y que esta lastimando a su familia, pero no querer aceptar el tratamiento. En tal caso, se tiene que observar en que pauta se mantiene ese problema para ayudar a definirlo en términos más convenientes acorde a la postura y marcos de referencia del cliente. Si el cliente/paciente identificado acepta el tratamiento se define el problema de “no dejar de consumir sustancias psicoactivas” y se dan las indicaciones del reencuadre general, reencuadre específico, el programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad y el reencuadre del tratamiento para los casos de recaída⁴⁶.

Además de las expectativas comentadas por los clientes/pacientes identificados y/o los familiares e independientemente de los criterios de canalización de alguna institución (que durante el proceso se ajustan los tiempos de atención y objetivos específicos), se proponen los siguientes reencuadres de las conductas adictivas y las conductas correspondientes de las personas cercanas al cliente/paciente identificado (Bautista, 2011):

- La expectativa inicial del tratamiento es el no consumo por una temporada, la sugerencia mínima es de tres meses; *“podemos saber tu, tus familiares y nosotros que ha iniciado un verdadero cambio si no hay consumo de drogas, en tres meses”*
- El consumo social de sustancias psicoactivas clasificadas como legales no se recomienda ya que afecta la aparición del proceso adictivo nuevamente; si el cliente/paciente identificado lo quiere, será después de tres meses y entonces hay que confirmar que el consumo de alcohol (por ejemplo) sea social o en caso de nicotina que no aumente la cantidad de cigarrillos consumidos, *“si por todas las dificultades que ha tenido y tiene, quiere seguir usando drogas legales será después de tres meses y con vigilancia terapéutica”*.

⁴⁶ En este momento inicial de la atención es probable que el paciente colabore, por lo que ha verbalizado, ha afirmado la aceptación del tratamiento bajo consentimiento y/o se ha comprometido con un familiar muy involucrado. Esta “aceptación” será vigilada durante el tratamiento ya que se considera un proceso particular de aprendizaje que supone: si el cliente/paciente identificado percibe menos compulsión al consumo y la interrupción de alguna forma paradójica de atención a él, esto reiniciara asociaciones y otras pautas a favor de la continuidad del tratamiento (Bautista, 2011).

5.4.3 Identificación de los intentos de solución.

Referente a los intentos de solución que tanto el sujeto drogodependiente como su familia pueden configurar para resolver su queja, Fisch y Schlanger (2002) suponen que las soluciones intentadas pueden ser de distinta índole –como buscar incesantemente la sustancia objeto de adicción/abuso en los lugares que el paciente identificado podría esconderla y tirarla a la basura, exhortar al cliente/paciente identificado a asistir a un grupo ayuda mutua, hacer comentarios críticos cuando (por ejemplo) llega a casa bajo la influencia de la sustancia, pedir a sus amigos que le den “consejos”, que sus mismos familiares le den “consejos”, castigos de diversa índole, hacer “entender” al cliente/paciente identificado se está haciendo daño, etc.- salvo raras excepciones, se definen como interacciones de Cambio tipo I; es decir, reflejan la misma idea: *Debes y puedes parar de consumir “drogas”*. Por consiguiente, dichos autores han desarrollado la hipótesis de que este enfoque a menudo no funciona porque consiste en una orden de “No hagas esto”, en la oposición a la orden “Haz aquello”.

En resumen, la pauta es que si un miembro de la familia consume sustancias psicoactivas, la familia tiende a “ayudarlo”. Si el cliente/paciente identificado presenta síndrome de abstinencia, es necesario iniciar con el tratamiento farmacológico de sustancias antagonistas. Si no presenta síndrome de abstinencia, los intentos de “ayuda” mantienen el problema y, por tanto, hay que analizar la postura del cliente con el objetivo terapéutico de conseguir que el cliente/paciente identificado se desvíe de la manera en que intenta hacer frente a su problema, aunque no sea fácil conseguirlo, porque tanto él como su familia creen que lo que hacen es lo único razonable. En cierto sentido, se pretende que el cliente y su familia se desvíe de lo lógico, de lo razonable, de lo cuerdo, por así decirlo -Cambio de tipo 2-

De la misma forma, al tratar a la familia de un drogodependiente, el terapeuta debe partir de la base que, en lo tocante a las relaciones interpersonales, que los miembros de la familia son más hábiles que él; es decir, han constituido reglas particulares de interacción. En lo tocante al paciente, éste ha aprendido a manejar la situación (maneja una serie de reglas que le permiten continuar con el consumo), así puede manejar los programas de tratamiento sean profesionales o no. Esta situación es importante detectarla para manejar el tratamiento sin estabilizarse con el manejo “estratégico” del paciente. (Bautista, 2011; Fisch y Schlanger, 2002).

5.4.4 Construcción de metas terapéuticas e indicaciones para el tratamiento.

Las expectativas iniciales son “el no consumo de sustancias psicoactivas”, en un periodo continuo de tres meses. El consumo social de sustancias psicoactivas clasificadas como legales puede darse posteriormente, bajo vigilancia psicoterapéutica. Además, cuando se establece otro objetivo de atención paralelo o sumado al objetivo de interrupción de consumo de sustancias psicoactivas, se deberán delimitar sus criterios de mejoría en términos conductuales concretos y convenientes para el cliente/paciente identificado (Bautista, 2011).

En cuanto a la intervención, es probable que se identifique la aplicación de al menos una de las cinco intervenciones principales propuestas por el CTB que el terapeuta puede verificar por medio del análisis del discurso del cliente/paciente identificado o algún familiar interesado en resolver la problemática presentada a lo largo del proceso terapéutico:

- *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Como se enunció, este género de intento de solución se basa en el intento de controlar el consumo de sustancias a pesar de que se anhele el consumo de la misma. En este sentido, se parte de la hipótesis de que los métodos en los que los individuos tienen que luchar contra la tentación de tomar lo que sea que les preocupa (bebidas alcohólicas, tabaco o sustancias psicoactivas ilegales), estos al final acaban cediendo. El CTB ha especulado que la acción aparentemente tan sencilla de luchar con la tentación tiende a abocar al fracaso porque expresa una orden de “No lo hagas” para resistir la tentación mientras que al mismo tiempo se trasmite otra orden de “Hazlo”, expresada por la propia sustancia no deseada; es decir, se parte de la impresión que un sujeto no puede acatar una orden de “No lo hagas” a menos que haya otra alternativa de “Hazlo”. Así, es difícil que surta efecto el tan conocido eslogan “Di no a las drogas” a menos que también haya un “En cambio di que sí a (otra cosa que no sea la droga)”. En la lucha y el esfuerzo invertido entre “siento la tentación” y “pero no debo ceder”, la tentación es lógicamente, una orden mucho más fácil de seguir. Ante estas observaciones, es conveniente que el terapeuta observe cuál es la pauta interaccional de paciente durante, antes, después, dónde y cómo se presenta el consumo de la sustancia, además de analizar el significado de “control” que para el cliente o paciente pudiera implicar, esto para reencuadrar dicho patrón interaccional, y si es conveniente, prescribir el síntoma de manera tal que el índice de consumo sea menor o desaparezca en absoluto, apartándose radicalmente al control infructuoso en el consumo.

Ahora bien, Bautista (2011) define su marco de tratamiento e intervención en dos etapas: el reencuadre general y el reencuadre específico. En resumen, el reencuadre general consiste en aquellas premisas e indicaciones que tienen como objetivo interrumpir la dependencia fisiológica a la sustancia que es objeto de abuso/adicción, interrumpir los intentos de solución al problema de las adicciones y el manejo de estrategias para una posible recaída del paciente. Por su parte, el reencuadre específico consiste en premisas e indicaciones que serán útiles para concretar aquellas interacciones que son más convenientes para que el paciente asuma un estilo responsable y productivo acorde a su etapa de desarrollo, libre de consumo de sustancias psicoactivas.

Considerando lo hasta ahora expuesto en esta investigación documental, se define que las indicaciones del reencuadre general se podrían incluir dentro del planteamiento estratégico del CTB como un conjunto de técnicas adicionales, las cuales podrían aplicarse dentro del marco de intervención. Al definir las de este modo, evidentemente el terapeuta deberá evaluar, ajustar y prescribir estas indicaciones de acuerdo al marco de referencia, postura del cliente y analizando los recursos y capacidades del cliente/paciente identificado para ofrecerle a este un giro de 180° a lo ya intentado para solucionar su dolencia.

Es entonces que Bautista (2011) observa que si el paciente presenta dependencia fisiológica a sustancias psicoactivas se incluye el tratamiento y/o técnicas alternativas (por ejemplo, acupuntura) y las indicaciones correspondientes, también se incluyen a los familiares o personas afines en la pauta de interacción asociada a las conductas adictivas. Dentro de las indicaciones a seguir durante el tratamiento se señalan las siguientes (reencuadre general):

- Iniciar y mantener el tratamiento farmacológico.
- No hablar de “drogas” en casa.
- No manejar dinero.
- No estar solo(a).
- No convivir con conocidos usuarios de sustancias psicoactivas.
- No hacer enojar propositivamente al usuario en tratamiento.
- Hacer actividades varias de entretenimiento solo o con personas que no usan sustancias psicoactivas.
- Se le indica al familiar que: *“el terapeuta decidirá cuando se aplicará una prueba de orina para detectar residuos de sustancias y que observe lo que no le agrade del paciente de esta sesión hasta la próxima, es mucho mejor que lo escriba, los detalles*

son muy importantes para determinar que tanto la apetencia a la sustancia sigue presente". Se observa si hay otra problemática.

- Se le indica al paciente que: *"observe lo que no le agrada de sus familiares, de aquí a la siguiente sesión, que es mucho mejor que anotes para no perder detalles"*, también que registre si nota la disminución de las "ganas por la droga" por el tratamiento farmacológico. No se le indica que haga alguna actividad en particular, prescribirá aquella actividad que mejor se ajuste al marco de referencia, recursos y capacidades del cliente.
- Cuando el paciente perciba ansiedad y "ganas de consumir la sustancia" se le indicará lo siguiente: "busca el centro de tu hogar donde conviven todos y responde las siguientes preguntas con quien estés; ¿qué sientes dónde estás? ¿qué recuerdo pasan por tu mente? ¿Qué nivel de intensidad tienen las ganas? ¿qué diferencias notas respecto al recuerdo anterior? ¿qué has hecho para dejar pasar este momento y te ha agradado?".

Estas indicaciones se mantienen mínimamente durante dos meses. Hay un dato empírico que se observa en el patrón de la conducta adictiva; el adicto, cuando ya presenta el síndrome de abstinencia a la sustancia psicoactiva objeto de abuso, puede dejar el consumo seis semanas por voluntad aproximadamente, después utilizará alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, que ayudará a satisfacer el craving y lo hará continuar con el consumo. Por ello, se observaran las siguientes indicaciones (reencuadre específico y programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad) hasta seis meses (en este periodo de tiempo incluye el seguimiento del caso), para descartar el síndrome de abstinencia (Bautista, 2011):

- Esta se inicia a los dos meses de comenzado el tratamiento.
- Mantener el tratamiento farmacológico hasta completar tres meses mínimamente (si así fuera necesario), si el consumo de sustancias psicoactivas ha sido crónico, por más de cinco años por ejemplo, se puede prolongar este tratamiento hasta seis meses o más según indique el médico que prescribe las sustancias agonistas.
- Manejar dinero de manera controlada.
- Espacios de privacidad controlados.
- No se sugiere la convivencia con conocidos usuarios de sustancias psicoactivas, si sucede esto, se valorará la aplicación de la prueba de detección de residuos de sustancias en orina.

- Definir con los familiares los criterios de conducta de confianza del paciente, esto de bajo los siguientes cuestionamientos: ¿qué tiene que seguir haciendo el paciente para que aumente en ustedes la confianza en que él ya no consumirá “droga”?
- Elaborar el “Programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad” que consiste en: iniciar y mantener una actividad sea escolar, de trabajo o formativa en alguna habilidad; definir una o varias actividades de colaboración dentro del hogar, si es adolescente o adulto se ayuda para que ellos la definan, mantener conductas de respeto hacia la familia, participar en espacios de convivencia familiar y hacer una autovaloración de los logros conseguidos dentro del marco de tratamiento.

Acorde a estos puntos, también se incluirán a los padres o cliente en el proceso de cambio, al seguir el programa de indicaciones orientadas a la salud (Bautista, 2011):

- Lo que le agrade del paciente y le gustaría que siguiera ocurriendo hágaselo saber.
- Si cumple el adolescente con los acuerdos se puede negociar para concederle a éste otros permisos.
- Se reencuadra la conflictiva parental (*están preocupados por su hijo y convencidos en parte de su punto de vista para ayudar*), pedir que no hablen del tema en casa y que cada uno de los padres observen los comportamientos “sospechosos del hijo”. Se les indicará que tomen nota de lo ocurrido antes, durante y después de tal comportamiento por separado y los traerán en la siguiente sesión.
- Se reencuadrará la relación de grupo de pares y familiar como sigue: “puedes seguir aprendiendo realmente quiénes son tus amigos, pero sintiéndote tranquilo-hay que generar más comprensión con tus padres, dándoles tu oportunidad-. A los padres o tutores, por su parte, se les pide su apoyo al tratamiento por tres meses y tener tres sesiones de seguimiento para confirmar su confianza en el hijo “ya que el mal comportamiento de debe a la sustancia psicoactiva”.
- Las mejorías se encuadran como peligrosas, es decir; se prescribe esto de acuerdo a la intervención del CTB “*los peligros de una mejoría*”.

Desde el contrato inicial de tratamiento con el paciente y sus familiares, hasta un año después, se considera recaída cualquier consumo durante ese periodo. Lo que se observa empíricamente es que, después de un periodo de no consumo, si se llegará a presentar actualiza el proceso adictivo (tolerancia/síndrome de abstinencia). Por ello, es importante

interrumpir las recaídas y reencuadrarlas como la necesidad de un nuevo ajuste al tratamiento farmacológico. Aunque está la consideración de que el objetivo de tratamiento acepte el consumo de sustancias psicoactivas legales, lo que llevaría a la definición de la cantidad y frecuencia del consumo, pero que finalmente transita en un proceso adictivo. Por consiguiente, las recaídas se sugiere que se reencuadren y se valore el contexto de la misma para reconsiderar aspectos del problema, cuando ocurren durante el reencuadre general, es probable que se deba a la insuficiencia de la dosis del fármaco o el tipo de fármaco, o bien, se interrumpió el uso de los fármacos aunado con el incumplimiento de las indicaciones prescritas terapéuticamente: “salió con amigos, lo hicieron enojar, lo dejaron solo, lo mandaron a pagar los servicios de la casa, etc.” Probablemente, la interacción de los familiares habrá que abordarla nuevamente con el reencuadre general para que ayuden con el tratamiento; cuando ocurre la recaída durante el reencuadre específico y el programa orientado a la responsabilidad, se revisa el contexto de la misma para plantear las indicaciones o las tareas de intervención. Por ello, se sugiere que el manejo de las recaídas se aborde de la siguiente manera (Bautista, 2011):

- Evitar que la recaída sea entendida como la falta de responsabilidad, al menos explícitamente, del aparato cognitivo del sujeto.
- Observar lo que no gusta y registrarlo.
- Buscar algo no planeado en la terapia y confirmar el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento (reencuadre general).
- Por un brote de enojo o malestar, lo cual se relaciona con cambios y acentuaciones de comportamiento que rigidizan las relaciones simétricas o complementarias.
- Por falta de medicamento o por el requerimiento de cambio de medicamento.

En relación a las indicaciones para la recaída en el reencuadre específico y programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad se enumeran las siguientes (Bautista, 2011):

- Si hay recaída puede hacerse responsable al sujeto, por la convivencia con amigos, por conflictiva familiar o de pareja que es necesario abordar de acuerdo al protocolo de la terapia del CTB.
- En esta fase y al seguimiento del caso de le encuadra al paciente y a sus familiares que si hay aumento del enojo o de felicidad puede su cerebro recordarle el consumo de sustancias y se elabora una lista de opciones para responder ante la situación de

malestar que se suma a las actividades del “programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad”.

5.4.5 Finalización del tratamiento y encuadre de seguimiento.

Los indicadores para la terminación del tratamiento son las conductas definidas por el cliente/paciente identificado como logros en la fase de cambio terapéutico, los cuales pueden incluir (Bautista, 2011):

- Confirmar el periodo de tres a seis meses sin consumo de sustancias psicoactivas con el paciente y sus familiares.
- El restablecimiento de las conductas de “confianza” y “convivencia” entre los familiares y el ex paciente.
- La puesta en marcha del programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad.

Las conductas definidas dentro del cambio pueden lograrse antes del periodo de tiempo señalado en casos de abuso a inhalantes, alcohol y marihuana. De este modo, para la finalización del tratamiento se propone que se apliquen las siguientes indicaciones (Bautista, 2012):

- A los familiares: *“Ya reconocieron los cambios del paciente y, por tanto, ya aprendieron del proceso como mejorar su relación y pueden mejorar su “programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad”*
- Al paciente: *“Tu organismo ya no está en la condición de dependencia fisiológica a sustancias, es por tu decisión y reactivarás el proceso adictivo. Tú y los demás ya aprendieron como convivir para que todos estén bien”*
- Al paciente: *“Es posible que cuando te enojas o te sientas muy feliz, recordarás algo (imagen, sensación, tú voz interna) relacionada a tu experiencia de consumo de sustancias psicoactivas o sueños con ellas. Si ocurre registra el evento comentándolo con quien quieras y déjalo a un lado. Si se repite el recuerdo o el sueño, solicita una cita de seguimiento para analizar el contexto de tal hecho”*
- A los familiares: *“ya aprendieron como convivir para que todos estén bien, ya observaron lo que dejaron de hacer y ya conocen los indicadores de riesgo y como ustedes los pueden manejar”.*

En esta etapa del tratamiento, después de la primera sesión y en sesiones subsecuentes, se sugiere llevar a cabo un elaborado chequeo de las indicaciones/intervenciones para evaluar si el cliente/paciente identificado las llevo a cabo fielmente como las indicó el terapeuta encargado del caso. Si por alguna razón el cliente no llevo a cabo la tarea o intervención, o la hizo con modificaciones, esto querrá decir que el terapeuta no evaluó correctamente el marco de referencia, la postura o la queja prioritaria del cliente. Asimismo, el terapeuta deberá analizar si la tarea, intervención o prescripción no cayó en la misma lógica de soluciones que el paciente identificado ha aplicado para resolver su problemática (construcción y aplicación de la intervención dentro de la gama de soluciones que concretan un Cambio I). Si así fuera el caso, se sugiere al terapeuta formular preguntas del cómo, en dónde, con quiénes, cuándo, a qué hora hizo la tarea, esto con el objetivo de replantear la estrategia terapéutica. Del mismo modo, deberá recordarse que dichas tareas/intervenciones deberán ser elaboradas de acuerdo a lo más conveniente o más fáciles de realizar para el paciente.

En cuanto al seguimiento del caso se sugiere plantear al cliente que, “si hay un aumento del enojo o de la felicidad puede ser que tu cerebro te recuerde el consumo de sustancias, pero que no es propiamente el querer consumirlas, es una ruta que tu cerebro conoció para sentirse bien, no sentir malestar”, por lo cual se elabora una lista de opciones de manejo de situaciones estresantes, sumadas a las del programa de indicaciones orientadas a la responsabilidad, en el que participaran el cliente/paciente identificado (Bautista, 2011).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La mayoría de especialistas que se han encargado de estudiar las drogodependencias han llegado al consenso de que esta problemática es sumamente compleja. Esta complejidad se observa al citar el conjunto más esencial de conceptos involucrados en la definición del proceso adictivo. Asimismo, la noción de las drogodependencias como un fenómeno complejo incluye también la gama de modelos de explicación que han analizado la génesis y prevalencia del abuso/adicción a sustancias psicoactivas así como el método de intervención en cuanto a la prevención y tratamiento al problema.

Ante la noción de investigar las drogodependencias bajo un enfoque globalizador, esta investigación documental partió de la necesidad de estudiar las drogodependencias desde su concepción más básica. En este punto, es de aclarar que en la literatura especializada es *inexistente* un lenguaje técnico homogéneo que permita definir con precisión el fenómeno. Por ello, se sugirieron y diferenciaron los alcances o limitaciones entre los conceptos de droga-sustancia psicoactiva, uso indebido de sustancias, consumo de sustancias, abuso/adicción a sustancias, dependencia física, farmacodependencia-drogodependencia, formas de consumo de sustancias, esto con el objetivo de plantear definiciones que sean más precisas y útiles, las cuales no den lugar a interpretaciones ambiguas. Es a partir de este análisis que se enfatiza que la complejidad en el estudio de las adicciones es concretado, en primera instancia, por la ausencia de un lenguaje técnico especializado que sea común entre la comunidad científica. Además, de lo anterior es sugerente que los investigadores así como las instituciones que se han encargado de observar e intervenir en el fenómeno de las drogodependencias hacen uso de conceptos tales como “droga” “alcohol y drogas” a pesar de la ambigüedad en su clasificación, definición y uso, confirmando aun más el fenómeno de las adicciones como “complejo”.

Es de subrayar que, actualmente, el diagnóstico “clínico” de abuso/adicción en drogodependencias es elaborado de acuerdo a los criterios del DSM-IV o la CIE-10, pues ambos manuales definen los procesos del “trastorno” bajo categorías cuantitativas y cualitativas que permiten identificar el objeto del tratamiento en adicciones, la selección de muestras representativas para analizar el fenómeno estadísticamente. Además, ambos manuales hacen hincapié en la importancia del tratamiento farmacológico en los procesos de tolerancia/síndrome de abstinencia, indicando los criterios restantes (de abuso/adicción) como atóxicos. En este punto, es sugerente que el modelo médico (con su respectivo método de tratamiento) es insuficiente para abordar e intervenir en el fenómeno de las adicciones; es

decir, estos manuales no ofrecen una clara comprensión de la problemática de las adicciones así como directrices para construir programas planificados de prevención y tratamiento.

De este modo se indica que el tratamiento farmacológico de las drogodependencias como único o exclusivo método de intervención es inadecuado o poco conveniente, pues en esta problemática se ven involucrados una gran cantidad de *factores* económicos, políticos, socioculturales y psicológicos. Ante esta situación la comunidad científica, bajo un proceso gradual e histórico, ha concentrado sus esfuerzos en estudiar estos factores con el objetivo de plantear el cómo las adicciones se ha concretado como un problema significativo así como ofrecer tentativas de solución al fenómeno.

Por ello, para esta investigación documental toman relevancia tres enfoques que, a su vez, fueron precursores en la explicación de las drogodependencias: el modelo ético-jurídico, el modelo medico/sanitarista y el modelo biopsicosocial.

El primero, construido y aplicado durante los cincuenta en Estados Unidos de América, hace hincapié en la prohibición, clasificación legal o ilegal de las sustancias psicoactivas y en el efecto negativo que puede provocar para el individuo, las familias y la sociedad el consumo de éstas. Este modelo concibe el consumo de sustancias psicoactivas *ilegales* como una falta de “carácter”, un acto “vicioso” con un alto oprobio moral en donde el consumo se define como una conducta que atenta a la configuración familiar y, a gran escala, al esquema social, político o económico de una nación específica. Además, este modelo ha dado lugar a la imagen/juicio de que el consumo de sustancias psicoactivas está asociado a actos delictivos así como a la violencia social. Entonces, la estrategia para dar solución al fenómeno de las adicciones incluye la protección/reeducación de las masas acerca de los efectos contraproducentes asociados al consumo, la formulación de medidas legislativas y la configuración de castigos apropiados al delito.

Mas allá de las implicaciones sociales derivadas de lo anterior, es evidente que el modelo ético/jurídico ha resultado ser insuficiente y *parcial* al solucionar el problema de las adicciones, pues las drogodependencias han tenido un crecimiento exponencial en este país, especialmente entre la población adolescente. Es más, de este argumento se deriva la reflexión acerca de la probable y errónea adaptación del enfoque ético/jurídico estadounidense en el análisis de las adicciones en el marco sociocultural mexicano pues parece relevante que la gama de *soluciones intentadas* a esta problemática no han ofrecido los resultados esperados y, sin embargo, se siguen aplicando, dando lugar a escaladas simétricas confirmando así la violencia o los actos delictivos asociados al tráfico, oferta/demanda y consumo de sustancias psicoactivas que pretende erradicar.

Ante estos argumentos, en el enfoque ético/jurídico en el estudio de las adicciones es entonces cuestionable la relación sustancia psicoactiva, delito, vicio y “carácter”, pues de estas nociones se deriva un estereotipo social adverso, pues categoriza al individuo consumidor como una entidad que es merecedora de rechazo social o como un individuo que comete un acto plausible a un castigo. Bajo un proceso histórico, clínico y social, es evidente que esta concepción del individuo consumidor de sustancias no es conveniente, pues no todo sujeto que consume sustancias psicoactivas es un delincuente en toda la definición del término y el delincuente, para que lo sea, no necesariamente debe de consumir sustancias psicoactivas ilegales.

Por lo anterior, el modelo medico/sanitarista ofrece una concepción distinta al fenómeno. Una de las aportaciones de este modelo es la formulación analógica entre procesos adictivos y enfermedad, pues es a partir de esta analogía que el acto de consumo y la adicción son concebidos como un fenómeno incapacitante, de alto riesgo para la salud del sujeto adicto. De este modo, la adicción a sustancias psicoactivas es un fenómeno que en lugar de castigarse, debe ser atendido o solucionado por medio de campañas orientadas a la salud del individuo y al acercamiento de éste a los servicios correspondientes para erradicar el problema, que generalmente consisten en la prescripción de medicamentos que ayuden a aliviar los procesos de tolerancia/síndrome de abstinencia característico de la sustancia. Asimismo, este modelo aborda el fenómeno de las adicciones como una epidemia, definiendo la sustancia psicoactiva como “agente” de enfermedad, al sujeto como “huésped” de la misma, estudiando entonces la “etiología” de la enfermedad.

Más allá de la ventaja que el modelo medico/sanitarista ofrece al formular los procesos adictivos como una enfermedad epidemiológica, este modelo presenta el inconveniente de centrar su análisis en los procesos fisiológicos adversos provocados por el consumo regular de sustancias dando poca o nula importancia a toda la gama de situaciones económicas, políticas, sociales y *familiares* involucrados en el abuso/adicción a sustancias psicoactivas.

En síntesis, el punto en común que relaciona al modelo ético/jurídico con el modelo medico/sanitarista es que ambos abordan el problema a partir de sus propios preceptos, dando lugar a la ya mencionada parcialidad e insuficiencia en sus metodologías pues ambos modelos identifican un solo rasgo como causante de todo el fenómeno. Como fue evidente, un contexto social significativamente perjudicado por los procesos de abuso/adicción a sustancias es el contexto familiar, sistema social que es ignorado (o adquiere nula importancia) por los modelos antes referenciados. Por ello, el modelo biopsicosocial en drogodependencias ha aportado una tercera definición al fenómeno.

El modelo biopsicosocial en drogodependencias parte de la premisa que el fenómeno de las adicciones no es definido o concretado por un solo rasgo, es decir; el problema de las adicciones están relacionados una gran cantidad de factores individuales, macrosociales y microsociales, donde la familia del drogodependiente adquiere una importancia significativa. Este modelo tiene la capacidad de analizar la relación entre la gama de factores con independencia de las sustancias psicoactivas de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de sustancias psicoactivas es explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto en su relación más dinámica. Para este modelo es entonces determinante el análisis de las drogodependencias como un fenómeno multifactorial, en el cual un solo rasgo no define de manera absoluta el problema. Del mismo modo, este modelo parte de la premisa que ningún factor o variable, por significativo que sea, define en su totalidad algún caso.

Sin embargo, a pesar de estas características, el modelo biopsicosocial en drogodependencias alude a la organización de los factores individuales, macrosociales y microsociales como elementos que influyen en el individuo para concretar el problema de las adicciones; en general, el modelo pretende analizar los factores antes enunciados en todo su dinamismo y centra dicho análisis en el individuo adicto.

A partir de lo anterior, es concluyente que los modelos de explicación en drogodependencias así como los métodos de intervención y tratamiento, al incluir la familia del drogodependiente como un factor a considerar para proponer, a su vez, soluciones al problema es un elemento teórico relevante; sin embargo, la limitante de los tratamientos medico/sanitarista así como de los tratamientos psicoterapéuticos tradicionales es que apuntan hacia una atención individual. De esto se derivan los siguientes puntos:

1. Todos los modelos de explicación, de prevención y tratamiento en drogodependencias obedecen a una epistemología lineal-progresiva; es decir, a una configuración científica que organiza los fenómenos del mundo bajo una causación particular.
2. Esta epistemología es atomista, reduccionista y anticontextual y se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados.
3. Los procesos de abuso y adicción a sustancias psicoactivas son concebidos como un trastorno concretado en términos de relación lineal, según el cual un acontecimiento A determina un acontecimiento B, y B producirá igualmente C, y así sucesivamente del pasado, al presente, al futuro. En este caso, los factores individuales (sexo, genéticas y de personalidad), las variables macrosociales (influencia de los medios de

- comunicación, oferta y demanda de sustancias psicoactivas) y las variables microsociales (relación del paciente con amistades consumidoras de sustancias, la familia del drogodependiente, etcétera) influyen en el proceso adictivo.
4. De acuerdo con la lógica de la epistemología lineal-progresiva, la génesis y el mantenimiento de las drogodependencias es observado en una sola entidad (de manera monádica) la cual es definida como foco del trastorno y, obviamente, como foco de atención terapéutica.
 5. Tanto El DSM-IV como la CIE-10, manuales elaborados bajo el modelo médico, diagnostican los procesos de abuso y adicción, observando uno u otro fenómeno de manera independiente, es decir; el abuso es un proceso diferente a la adicción, además es sugerente que el primero provoca al segundo. Asimismo, los criterios diagnósticos de uno u otro manual cometen errores de tipo lógico, pues no todos los sujetos que abusan de sustancias psicoactivas son adictos a las mismas y no todos los adictos abusan de dichas sustancias en toda la confirmación del diagnóstico.

De acuerdo con estos puntos, es concluyente que la epistemología-lineal progresiva es insuficiente al tratar de dar solución al fenómeno de las drogodependencias, pues este es un fenómeno en el cual se ven involucrados tantos rasgos de diversa índole que, al aislar variables y observar el problema bajo una configuración monadica, es inevitable dar lugar a reduccionismos de tipo técnico o cognoscitivos. Es más, la complejidad del fenómeno, la cual se ha mencionado en reiteradas ocasiones, es confirmada aun más por la aplicación de métodos de análisis e interventivos los cuales son construidos bajo esta cosmovisión.

Por consiguiente, el enfoque interaccional de la comunicación definido como un instrumento de observación de las interacciones de la familia en función del sujeto drogodependiente así como el protocolo terapéutico del CTB podrían ser una alternativa de explicación e intervención al fenómeno de las adicciones. De lo anterior se derivan los siguientes puntos:

1. Este enfoque parte de la premisa que toda conducta verbal o no verbal, es comunicación, por consiguiente, es imposible no-comunicar.
2. El comportamiento sintomático del drogodependiente está en *función* y está *conectado con el comportamiento de otros miembros de la familia*.
3. A diferencia de una causalidad lineal, el enfoque interaccional de la comunicación aboga por una causación recíproca entre variables, el intercambio de informaciones en

- un contexto relacional de un sujeto. Si se observa el comportamiento de un individuo en términos interaccionales, esto es, considerando las entidades personales no como objetos autónomos, dotados de un esquema evolutivo y comportamental determinado propio, sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente, se parte entonces a una causalidad circular.
4. La interacción debe entenderse como un acto comunicativo entre dos o más personas que se desarrolla en el presente y puede ser breve; como toda comunicación transmite ya sea un contenido, ya sea el modo en que los interlocutores entienden su vínculo. Si una de estas interacciones persiste de forma redundante por largo tiempo entre individuos que viven juntos, se generan relaciones duraderas como la relación simétrica o la relación complementaria.
 5. Una propiedad de la causalidad circular en los sistemas vivos es la retroacción, la cual se entiende como la peculiaridad de todos los seres vivientes que se hallan dentro de un sistema de comunicación de no ser simples emisores o receptores de información, sino de dar y recibir indicadores pragmáticos en relación con el mensaje emitido y recibido. La retroacción es el mensaje de retorno al emisor que establece un juego de informaciones e influjos recíprocos entre el emisor y receptor del primer mensaje.
 6. Ya no se consideraría al sujeto drogodependiente aisladamente ni como un foco de “enfermedad” el cual está expuesto a un conjunto de factores definidos e identificados dentro de características familiares particulares. En lugar de lo anterior, se conceptualiza que la conducta sintomática del sujeto drogodependiente parte de la interacción de él mismo con otros miembros de la familia y, a su vez, los miembros de la familia definen interacciones peculiares en el individuo drogodependiente, analizando ambas partes como constituyentes de un sistema organizado e íntimamente vinculante.
 7. La familia es un contexto de suma importancia para analizar la concreción del fenómeno de las adicciones. Por ende, se entenderá a la familia como un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen a lo largo del tiempo a través de ensayos y errores. La idea central de esta hipótesis es que cada grupo-natural-con-historia, en los cuales la familia es fundamental (pero que podría ser también un equipo de trabajo, una comunidad espontánea, un grupo empresario), se forma en un cierto lapso mediante ensayos, intercambios y retroacciones correctivas,

- experimentando así sobre lo que está y lo que no está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de *reglas* que le son peculiares. Estas reglas se refieren a los intercambios que se suceden en el grupo natural, y que tienen el carácter de comunicación tanto de nivel verbal como no verbal.
8. Se sugiere puntuar los procesos de abuso y adicción no bajo una causalidad lineal-progresiva, sino distinguir ambos procesos uno en función del otro, es decir; ambos fenómenos juegan una significativa recursividad de interdependencia uno para con el otro. Definido de este modo, el abuso da pauta a la adicción y la adicción también da lugar al abuso. En todo caso, ambos procesos, vistos desde esta perspectiva no son fenómenos independientes pues ambos juegan un papel sumamente importante para que se concrete algún problema en drogodependencias. A partir de lo sugerido, es probable la tendencia de construir un diagnóstico clínico en el problema de las adicciones ya no es significativo o una prioridad. En todo caso, se parte a una posición más pragmática, en la cual una descripción interaccional del fenómeno sea más viable, pues es sugerente que la tan denominada complejidad explicativa e interventiva de las drogodependencias es confirmada y ampliada a partir del propio diagnóstico médico.
 9. A partir de lo anterior, es sugerente que las drogodependencias es un problema interaccional, interacciones que pueden encuadrarse en imbricación de niveles, relacionados unos en función del otro bajo una causalidad circular: el fenómeno de las adicciones es concretado a partir de categorías de interacción del drogodependiente para consigo mismo, para con los demás y para con el mundo.
 10. Acorde a esta descripción interaccional, se añade que la conducta disfuncional del sujeto drogodependiente no se encuadraría como patológica de acuerdo al modelo médico sino, en contraste, la conducta del drogodependiente se definiría como irresponsable para consigo mismo, para con los demás y para con el mundo.

Bajo estos argumentos, es indudable que los modelos de explicación e intervención en drogodependencias son epistemológica, teórica y técnicamente diferentes al enfoque interaccional de la comunicación y al método terapéutico del CTB propuesto al tratamiento de las adicciones. Sin embargo, es de subrayar que a pesar de ser diferentes, estos son cibernéticamente complementarios pues tanto los modelos tradicionales como el protocolo terapéutico del MRI tienen como objetivo común plantear soluciones y alternativas de intervención efectivas a las drogodependencias. Asimismo, es probable que esta puntuación

ofrezca una visión amplia y completa al “complejo” universo que implica el fenómeno de las adicciones, tal como algunos autores creen imperante.

Referente al protocolo de tratamiento del CTB, se hace hincapié en la importancia que adquiere para esta escuela terapéutica la observación de los intentos de solución del drogodependiente con su familia para resolver el problema. Estos intentos de solución, contradictoriamente, son interacciones que mantienen el problema. De hecho, es a través de esta premisa que el CTB construye todo su planteamiento estratégico. Si bien las premisas teóricas y técnicas del MRI obedecen a una visión interaccional de las relaciones humanas, esta escuela plantea principios particulares para resolver los problemas humanos; por ejemplo, para el CTB adquiere nula o poca significancia la función del síntoma para la organización familiar. En este punto, se enfatiza que la terapia MRI aboga más por un análisis de la interacción y un tratamiento de orden individual. Sin embargo, por su configuración epistemológica, teórica y práctica, el CTB parte de la hipótesis que el cliente/paciente identificado en ocasiones no ha intentado solucionar de manera individual el problema reportado en el contexto terapéutico. En sí, los intentos de solución del cliente/paciente identificado con su familia (o también padres sustitutos, hermanastros o grupos de pares) para tratar de solucionar el problema motivo de queja, se plantean como una descripción interaccional dentro de los criterios del MRI.

De esta forma, se sugiere utilizar la descripción interaccional del drogodependiente en función con su familia con el objetivo de identificar los solución intentos de solución por parte del cliente/paciente identificado que sean más recursivos o más comunes para concretar o mantener el problema de las adicciones y, simultáneamente, observar estos intentos de solución recursivos para plantear cuales de estos son *estadísticamente* significativos.

Por tanto, considerando la naturaleza teórica de esta investigación se plantea la necesidad, por medio de una muestra representativa y con un modelo estadístico, de comprobar cuáles de las técnicas de intervención sugeridas podrían tener más éxito terapéutico de acuerdo a las características del problema de las drogodependencias con el objetivo de construir un protocolo de intervención de las adicciones de acuerdo a las premisas teóricas y técnicas propuestas en esta investigación, esto desde la entrevista inicial hasta la conclusión del tratamiento. En este punto, se sugiere también analizar estas técnicas en cuanto a la efectividad del *discurso* explicativo en el cual fueron construidas, esto en su aplicación en el contexto terapéutico tal como algunos terapeutas han elaborado sus particulares técnicas de intervención en diversos problemas de orden psicológico (Nardone y Watzlawick, 1992: Nardone, 2002a; Nardone, 2002b; Fiorenza, 2005)

Asimismo, para la construcción de un protocolo de intervención de acuerdo a las premisas del CTB, se sugiere que la intervención sea llevada a cabo en condiciones logísticamente adecuadas como, por ejemplo; dicha intervención se propone aplicar en una cámara de Gesell la cual incluya el mobiliario necesario además de un sistema de videograbación de las sesiones terapéuticas. Igualmente, se considera técnicamente relevante que la intervención sea llevada por un equipo de terapeutas, uno de los cuales sea el responsable del caso y los otros terapeutas funjan como apoyo en la observación y evaluación de la problemática presentada.

BIBLIOGRAFÍA.

Alcohólicos Anónimos. *Programa de recuperación: Los doce pasos y las doce tradiciones*. Recuperado el 25 de enero de 2009, de <http://www.aamexico.org.mx/recuperacion.html>

Álvarez, P. M., Fernández, H. J. R. (2001). *El grano y la criba de los tratamientos psicológicos*. Universidad de Oviedo. *Psicothema*, 13(3), 523-529. Recuperado el 8 de enero de 2009, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=473>

Arellanez, H. J. L., Díaz, N. D. B., Wagner, E. F & Pérez, I. V. (2004). *Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 27(3), 54-64.

Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Recuperado el 10 de febrero de 2009, de <http://www.psicomed.net/>

Bautista, B. J. J. (2011). *El tratamiento de sustancias psicoactivas desde el enfoque centrado en la interacción*. México: Facultad de Psicología. U.N.A.M. Reporte de especialización.

Bateson, G. (2006). *Espíritu y naturaleza*. (3ª Reim.). Argentina: Amorrortu Editores.

Bateson, G. (1998a). “Bali: El sistema de valores de un Estado estable”, en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1998b). “Las categorías lógicas de aprendizaje y la comunicación”, en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1998c). “La planificación social y el concepto de deuteroaprendizaje”, en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.

Bateson, G. (1998d). “Una teoría del juego y la fantasía”, en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.

- Bateson, G. (1998e). De Versalles a la cibernética. En G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J & Weakland, J. (1998). “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, en G. Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente*. (2ª Reim.). Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bateson, G. (1993). *Una unidad sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. España: Gedisa.
- Beck, A., Wright, F. D & Newman, C. F. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós.
- Becoña, I. E., Rodríguez, L. A & Bernard, S. I. (1995). *Drogodependencias IV: Prevención*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, I. E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. España, Recuperado el 25 de julio de 2009, de http://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&q=Bases+cientificas+de+la+prevenci%C3%B3n+B3n+Beco%C3%B1a&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=0
- Bertrando, P., Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. España: Paidós.
- Bolaños, C. (2008a, noviembre). *Prevención indicada*. Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 2 de marzo de 2009, de <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevencion/InvPreventiva/previndicada.asp>
- Bolaños, C. (2008b, noviembre). *Prevención Selectiva*. Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 2 de marzo de 2009, de <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevencion/InvPreventiva/prevselectiva.asp>
- Bolaños, C. (2008c, noviembre). *Prevención Universal*. Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 2 de marzo de 2009, de <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/InformacionPara/Especialistas/Prevencion/InvPreventiva/prevuniversal.asp>

- Cade, B., O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Calderón, V. G. A., Ramírez, R. L. E & Jiménez, G. L. E. (2001). *Farmacodependencia: Conceptos y enfoques*. Colombia: Fundación Universitaria Luis Amigo.
- Carballeda, A. J. A. (1991). *La farmacodependencia en América Latina: Su abordaje desde la atención primaria de la salud*. EE.UU: Organización Panamericana de la Salud.
- Castillo, F. P., Gutiérrez., L. A. (2006, septiembre). *Estadística del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil: Julio-Diciembre 2005*. Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 27 de octubre de 2008, de <http://www.cij.gob.mx/>
- Castro, S. M. E. (1994). Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En R. Tapia-Conyer (Compilador), *Las adicciones: dimensión impacto y perspectivas* (pp. 255-267). México: El Manual Moderno.
- Centros de Integración Juvenil. (2007). *Modalidades de intervención preventiva: Universal, selectiva e indicada*. México, Recuperado el 22 de abril de 2009, de <http://www.cij.gob.mx/paginas/MenuIzquierdo/Publicacioneslinea/Materiales/presentacionesppt/41.ppt#277,21,Diapositiva%2021>
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiazo, G & Maza R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. España: Paidós.
- Compas, E. B., Gotlib, H. I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw Hill.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2007). *Programa: Sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones*. México, Recuperado el 22 de octubre de 2008, de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/sisttrat.pdf>
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México, Recuperado el 12 de noviembre de 2010, de <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/normas.html>

- Cruz, M, del C. S. L. (2007). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. México: Trillas.
- Cruz, S. V. (2008). *Diplomado en Terapia Sistémica: Terapia breve del Mental Research Institute*. Manuscrito no publicado, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Davison, C. G., Neale, M. J. (2002). *Psicología de la conducta anormal: DSM-IV*. (2ª ed.). México: Editorial Limusa
- De la Garza, F., Vega, A. (2001). *La juventud y las drogas: una guía para padres y maestros*. (3 ed.). México: Trillas. (Reim, 2003)
- Díaz, G. R. (2003). *Bajo las garras de la cultura: Psicología del mexicano 2*. México: Trillas.
- Ellis, A., McInerney, F. J., Di Giuseppe, J. R & Yeager, J. R. (1992). *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos: Manual para profesionales de la psicología*. España: Descleé de Brouwer.
- Fisch, R., Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable*. España: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H & Segal, L. (2003). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. (4ª Reim.). España: Herder.
- Fiorenza, A. (2005). *Niños y adolescentes difíciles: Soluciones a problemas de conducta y de crecimiento mediante la terapia en tiempo breve*. (3ª ed.). España: RBA Integral.
- Galván, R. J., Ortiz, C. A., Soriano, R. A. S & Casanova, R. L. (2005). *Tendencia del uso de drogas en la Ciudad de México (1986-2003)*. Sistema de reporte de la información sobre drogas, 28, Artículo 003. Recuperado el 10 de octubre de 2008, de <http://redalyc.uamex.mx>
- Gil, L. M., Gil, L. A. I. (2009). *Consumo de drogas de diseño entre los adolescentes españoles: Determinantes demográficos y psicosociales*. Universidad de Lima. Persona, (13), 137-152. Recuperado el 12 de marzo de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147117618008>

- González Calleja, F., García-Señorán, M. N & González, G. S. (1996). *Consumo de drogas en la adolescencia*. Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*, 8(2), 257-262. Recuperado el 10 de octubre de 2008, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=300>
- Graña, G. J., Carroble, J. A. (1991). *Condicionamiento clásico en la adicción*. Universidad Complutense de Madrid. *Psicothema*, 3(1), 86-96. Recuperado el 19 de octubre de 2008, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=2007>
- Gutiérrez, L. A., Velázquez, A. M. (2011). *Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Enero-Junio 2010*. Centros de Integración Juvenil. Recuperado el 14 de abril de 2011, de <http://cij.gob.mx/Especialistas/detalle.asp?id=95>
- Haley, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. (3ª Reim.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (2006). *Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. (2ª Reim.). Argentina: Amorrortu Editores.
- Halgin, P. R., Krauss, W. S. (2004). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. (4ª. ed.). México: McGraw Hill.
- Hodkinson, L. (1996). *Alcoholismo: Preguntas y respuestas*. México: Pangea Editores.
- Hoffman, L. (2005). *Fundamentos en terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. (8ª. Reim.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, D. D. (1957). El problema de la homeostasis familiar. En, Y. Winkin (Compilador), *La nueva comunicación*. 2ª ed. (pp. 232-246). España: Kairos.
- Jackson, D. D. (1959). Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. pp. 164-165. *Publicado originalmente en Jackson D. D. (edit) (1968). Therapy, communication and change. Human communication. Vol. 2*
- Keeney, P. B. (1994). *Estética del cambio*. (2ª Reim.). España: Paidós.
- Leahey, H. T. (2005). *Historia de la psicología*. (6ª ed.). España: Pearson Educación.

- Llebot, M. S., Gual I, S. A. (2004). *Toxicomanías: Cara y cruz de las drogas*. España: Morales i Torres Editores.
- Llorente, del P. J. M., Fernández, G. C. (1999). *Comunidades terapéuticas: Situación actual y perspectivas de futuro*. C.T.M.E. Foronda Osakidetza, Servicio Vasco de Salud-Vitoria. *Adicciones*, 11(4), 329-336. Recuperado el 13 de junio de 2009, de http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=358
- Llorente, del P. J. M., Iraurgi, C. E. I. (2008). *Tratamiento cognitivo-conductual aplicado a la deshabituación de cocaína*. Hospital de Día de Toxicomanías Foronda-Osakidetza. Foronda España. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252-274. Recuperado el 10 de junio de 2009, de http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7012&articuloid=13131181&revistaid=182
- López, R. F. (2006). *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. España: Editorial Universidad de Almería.
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. & Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. (2ª ed.). España: Editorial Médica Panamericana.
- Ludewig, K. (1998). *Terapia sistémica: Bases de teoría y práctica clínicas*. España: Herder.
- Macía, A. D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. España: Pirámide.
- Maldonado, R. J., Arévalo, A. G. (2006). *Prevención del uso indebido de drogas en el ámbito escolar*. Recuperado el 13 de enero de 2009, de http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?palabra=prevencion%20del%20uso%20indebido%20de%20drogas&Id_articulo=1126
- Massun, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- Materazzi, M. A. (1990). *Drogadependencia*. (3ª ed.). Argentina: Paidós.

- Moral, D la R. J. (2006). *Adicción a las drogas: El problema y sus posibles soluciones desde una perspectiva biopsicosocial*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 9(1), 1-20. Recuperado el 2 de octubre de 2008, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Nardone, G., Giannotti, E & Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. (2ª reim.). España: Herder.
- Nardone, G., Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. España: Herder.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. (5ª reim. 2007). España: Herder.
- Nardone, G. (2002a). *Miedo, pánico y fobias: La terapia breve*. (2ª ed). España: Herder.
- Nardone, G. (2002b). *Las prisiones de la comida: Vomiting, anorexia y bulimia*. España: Herder.
- National Institute on Drug Abuse. (2001). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide*. (2ª ed.). Recuperado el 3 de febrero de 2009, de <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research based guide for parents, educators and community leaders*. (2ª ed.). Recuperado el 1 de febrero de 2009, de <http://www.drugabuse.gov/infofacts/lessons.html>
- Nuño, G. L. B., Álvarez, N. J., González, F. L & Madrigal de L, E. A. (2006). *La adicción ¿Vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Mental, 29(4), 47-54.
- O'Hanlon, W. (2001). Milton Erickson: Un terapeuta poco común – (Parte I). En S. O'Hanlon., B. Bertolino (Compiladores). *Bill O'Hanlon. Desarrollar posibilidades: Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve* (pp. 21-25). España: Paidós.
- O'Hanlon, W., Weiner, D. M. (1990). *En busca de soluciones: Un Nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (10ª ed.). Recuperado el 10 de febrero de 2009, de <http://www.psicomed.net/>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones. Recuperado el 20 de febrero de 2009, de www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Oropeza, T. R., Loyola, B. L. P & Vázquez, P. F. (2007). *Tratamiento breve para usuarios de cocaína: Un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación*. UNAM: Proyecto CONACYT G36266-H y CONADIC. Recuperado el 4 de abril de 2009, de www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/tratcoca.pdf
- Orte Socias, C. (1994). *Familia y drogas: Una guía documental*. Universitat de les Illes Balears. España: Palma.
- Papalia, E. D., Olds, W. S & Feldman, D. R (2005). *Desarrollo humano*. (9ª ed.). México: McGraw Hill.
- Patiño, R. M. A. (2007). *La estructura de las intervenciones en terapia sistémica: Programa de servicio social*. Manuscrito no publicado, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Puentes, M. (2004). *Tú droga, mi droga, nuestra droga: Cómo entender y qué hacer frente a la problemática de la drogadicción*. Argentina: Lugar Editorial.
- Ruesch, J., Bateson, G. (1984). *Comunicación: La matriz social de la psiquiatría*. España: Paidós.
- Sánchez, H. E. (2006). *Tratamientos combinados en la adicción a drogas*. Agencia Valenciana de Salud, España. *Trastornos adictivos*, 8(1), 42-52. Recuperado el 2 de enero de 2009, de http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&ip=189.179.222.224&articuloid=13087276&revistaid=182
- Secades, V. R., García, R. O & Fernández, H. J. R. (2006). Bases científicas de la prevención del consumo de drogas. En R. F. López (Compilador), *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (pp. 141-165). España: Editorial Universidad de Almería.

- Secades, V. R., Fernández, H. J. R. (2003). Bases psicosociales de consumo de sustancias. En G. J. Bobes., B. M Casas & F. M Gutiérrez (Compiladores), *Manual de evaluación y tratamiento en drogodependencias* (pp. 19-45). España: Ars Médica.
- Secades, V. R., Fernández, H. J. R. (2001). *Tratamientos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína*. Universidad de Oviedo. *Psicothema*, 13(3), 365-380. Recuperado el 15 de febrero de 2009, de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=460>
- Secades, V. R., García, R. O., Fernández, H. J. R & Carballo, J. L. (2007). *Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias*. Universidad de Oviedo. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40. Recuperado el 15 de febrero de 2009, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1426>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G & Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. España: Paidós.
- Souza, M. M. (2000). *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: JGH Editores.
- Stanton, M. D., Todd, T. (1994). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. (2ª ed.). España: Gedisa.
- Stierlin, H. (1997). *El individuo en el sistema: Psicoterapia en una sociedad cambiante*. España: Herder.
- Vargas, A. P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz (Compiladora), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 1-27). México: Editorial Pax.
- Velasco, F. R. (1997). *Las adicciones: Manual para maestros y padres*. (2ª. reim. 2003). México: Trillas.
- Warren, C. H. (1998). *Diccionario de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Washton, A. M., Zweben, E. J. (2008). *Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica psicoterapéutica*. México: El Manual Moderno.
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1989). *Cambio: Formación y solución de problemas*. (6ª Reim.). España: Herder.
- Watzlawick, P. (2000a). La construcción de realidades clínicas. En P. Watzlawick., G. Nardone (Compiladores), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 27-38). España: Paidós.
- Watzlawick, P. (2000b). La técnica psicoterapéutica de la “reestructuración”. En P. Watzlawick., G. Nardone (Compiladores), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 131-138). España: Paidós.
- Watzlawick, P. (2003). *¿Es real la realidad?: Confusión, desinformación, comunicación*. (8ª ed.). España: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J & Jackson, D. D. (2006). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. (13ª Reim.). España: Herder.
- Weakland, H. J., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974) *Brief therapy: Focused problem resolution*. Center Brief Therapy. Family Process, 13, 141-168.
- Witzezele, J. J., García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. España: Herder.