



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25
TESINA PROFESIONAL.**

**LA TERAPIA DE GRUPO COMO HERRAMIENTA EN EL
TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Luis Fernando Flores Murillo

ASESOR:

Psic. Miguel Ángel Yerena Fuentes

ORIZABA, VER.

2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

“El momento que da más miedo es justo antes de empezar”

Terminar esta etapa de mi vida, es un regalo, y no lo digo desde el romanticismo si no desde asumir el presente, por lo que primeramente agradezco a Dios por el don de la vida y el poderme dar las aptitudes necesarias, a mis padres por inculcarme las actitudes que me han permitido ser quien soy y todo el apoyo brindado y a mí por poner en práctica lo recibido.

No quiero dejar de largo a nadie, por lo que agradezco a todos mis profesores que aportaron demasiado para formarme desde el preescolar hasta la universidad, al seminario y a los formadores por afianzar en mí el deseo de ayudar, a mis trabajos que me brindaron la experiencia para poder vivenciar mi profesión, a mis amigos y personas cercanas que me han impulsado a concluir esta etapa de mi vida.

Gracias a mis Hermanos por ser una gran inspiración y motivación para superarme a mí mismo, gracias a mis abuelos por todo lo que me compartieron, me aconsejaron y mostraron.

De igual manera, agradezco y agradeceré a la vida por todas las ocasiones que no me sonría y me da la oportunidad de esforzarme y crecer.

“Siempre parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela

ÍNDICE

Resumen	Pg. 4
Introducción	Pg. 5
Capítulo I. Trastorno Dual	Pg. 6
1.1. Conceptualización del Trastorno Dual	Pg. 7
1.2 Estudios epidemiológicos	Pg. 11
1.2.1 Evaluación del Trastorno Dual	Pg. 13
1.2.2 Instrumentos de Evaluación del Trastorno Dual	Pg. 16
1.3 Modelos de intervención	Pg. 17
1.3.1 Consideraciones generales del tratamiento de los usuarios de sustancias adictivas duales	Pg. 18
Capítulo II. Terapia de grupo	Pg. 23
2.1 Marco de la terapia	Pg. 23
2.2 Tipos de grupos y sus metas	Pg. 28
2.3 Proceso y contenido de grupo	Pg. 43
2.4 Impacto de la terapia de grupo en el Trastorno Dual	Pg. 56
Capítulo III. Terapia Gestalt	Pg. 59
3.1 Modelo Gestalt	Pg. 59
3.2 Técnicas de terapia Gestalt aplicadas al grupo	Pg. 67
3.3 La Gestalt en terapia de grupo	Pg. 71
3.4 Área clínica	Pg. 74
CONCLUSIONES	Pg. 78
REFERENCIAS	Pg. 81

Resumen

En el presente trabajo se aborda la terapia de grupo desde una visión Gestalt como herramienta funcional en el proceso psicoterapéutico de abordaje en el Trastorno Dual.

Para ello tendremos tres capítulos, en el primero de ellos se expondrá una de las variables la cual es, el Trastorno Dual, cabe destacar que este termino aplica no solo en el terreno médico, sino también psicoterapéutico, puesto que no solo se nos habla de cuestiones orgánicas-no orgánicas, para ello se muestran estudios y modelos de intervención.

En el segundo capítulo hablaremos de nuestra variable, terapia de grupo, donde se expondrá el marco contextual de la misma, así como los tipos de grupo y cuales son las metas, de igual forma se aborda el impacto de la terapia de grupo en el Trastorno Dual.

Por último, tenemos el capítulo que nos habla del modelo y área que se propone utilizar en la terapia de grupo, como es que el modelo Gestalt puede ser funcionalmente aplicado no solo de forma individual, por ello es que se presenta una serie de técnicas para ser utilizadas dentro de las sesiones a realizarse.

Introducción

El ser humano por su condición y naturaleza tiende a ser, un SER, un individuo con tendencia a la trascendencia (o ente espiritual). Es un ser que vive en movimiento, es cambiante, dinámico, de tal forma que le es indispensable estarse ajustando día a día a las novedades, vivencias, historias personales, ciclos, experiencias, pérdidas y consecuencias, que la vida por sí misma tiene.

No siempre se tiene la fortaleza interna y la estructura psicológica lo suficientemente fuerte como para poder enfrentar los cambios y las dificultades por sí mismo; hay ocasiones en que el individuo busca, fuera de sí mismo, aquello que le permita enfrentar sus experiencias, su vida y encontrar sus propias respuestas, así como sus soluciones. No siempre lo logra

Y es aquí donde una personalidad sin estructuras sólidas, busca fuera de sí lo que no encuentra dentro, y a esta condición la vamos a identificar con mucha facilidad como algo a lo que llamamos personalidad adictiva. Es decir, una personalidad que, por su propia condición, es muy vulnerable a encontrarse en obsesiones y conductas dañinas para sí mismo y su entorno, generando con ello la posibilidad de producir un trastorno adictivo.

En tiempos anteriores se le llamaba a este fenómeno enfermedad, adicción, y por consiguiente se tendía a señalar de manera estereotipada, estigmatizada al usuario como enfermo sin solución, un adicto, si esperanzas de poder ser parte cabal de un nuevo momento para empezar de nuevo, ser digno, valorado, etc.

El ser Humano en su esencia tiene la oportunidad de vivirse en una condición auto regulativa y al mismo tiempo relacional lo que lo lleva a una dimensión integral. Sin embargo, cuando esta condición natural se ve bloqueada por agentes internos y/o externos, la persona pierde el sentido de vida.

Las extensas investigaciones hasta ahora no han podido demostrar una sola causa por la que se inicie el proceso del uso de drogas. Por el contrario, las conclusiones científicas y el trabajo clínico han dejado muy claro que existe una complejidad de causas y condiciones que dan lugar al consumo de drogas.

CAPÍTULO I

TRASTORNO DUAL

El término Trastorno Dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los usuarios de sustancias adictivas drogodependientes, lo que exige intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez. Aunque se acepta ampliamente el término de Trastorno Dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra u otras psicopatologías, el término en sentido estricto hace referencia sólo a la concomitancia de dos trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga. Por este motivo cabe pensar que sería más apropiado utilizar para referirnos a esta concomitancia de trastornos el término de “comorbilidad” (Becoña y López s/a; Weiss, Mirin y Frances, 1992; Kavanagh y Connolly, 2009).

Históricamente, los usuarios de sustancias adictivas con Trastorno Dual eran rechazados en algunos dispositivos o derivados de un dispositivo asistencial a otro sin una indicación clara al considerar que no era un caso susceptible de tratarse en una Unidad de Salud Mental si consumía o había consumido alguna droga en la cantidad y frecuencia que fuese, o bien si presentaba alguna psicopatología añadida a la drogadicción en el caso de los Centros de Atención a las Drogodependencias. Esta comorbilidad no siempre ha recibido la oportuna atención y dedicación de los profesionales de los centros de tratamiento, lo que ha dado lugar a intervenciones claramente inadecuadas. Algunas consecuencias de esta desatención son:

- 1) Que el usuario de sustancias adictivas no siga las indicaciones terapéuticas.
- 2) Prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias.
- 3) Errores en la elección de estrategias terapéuticas.
- 4) Consumos de drogas aparentemente inexplicables.
- 5) Consumos abusivos de otras drogas diferentes a la que constituye la adicción principal.
- 6) El deterioro progresivo de la relación entre usuario de sustancias adictivas y terapeuta.
- 7) No rentabilizar determinados programas terapéuticos.
- 8) Abandono del tratamiento.

Los profesionales que atienden a personas con Trastorno Dual deben ser sensibles en la utilización de instrumentos para la evaluación de esta comorbilidad, en el empleo de estrategias de intervención adecuadas a las peculiaridades de la

psicopatología concomitante a la drogadicción y a la posibilidad de establecer los cauces de coordinación oportunos con otros servicios.

Por otro lado, el perfil de los usuarios con problemas de sustancias adictivas con Trastorno Dual que acuden a los servicios de salud mental y drogodependencias es diferente. Los usuarios de sustancias adictivas que acuden a los servicios de urgencias de salud mental suelen presentar una psicopatología en su fase aguda que probablemente no se observe en un Centro de Drogodependencias. No es probable que un drogodependiente con un Trastorno de la Personalidad Obsesivo-compulsivo acuda al Centro de Salud Mental demandando ayuda para ganar en flexibilidad. Acudirá, previsiblemente, cuando presente un trastorno del Eje I que le lleve a una situación personal límite. Esto es lo que sucede en drogodependencias, ya que la mayoría de los drogodependientes acuden exclusivamente a pedir ayuda para dejar de consumir drogas, no siendo conscientes de la relación que tiene ese problema con la psicopatología concomitante. Solo a través de una evaluación adecuada puede detectarse el Trastorno Dual.

1.1 Conceptualización del Trastorno Dual

Un usuario de sustancias adictivas que no presenta Trastorno Dual probablemente pueda seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención motivacional en el contexto de un programa de prevención de recaídas más o menos estandarizado. Esto no es generalizable para los casos con Trastorno Dual porque, por ejemplo, los acontecimientos estresantes que en otros casos no alteran el funcionamiento de la persona, en casos de Trastorno Dual pueden impactar considerablemente, lo que convierte a estos usuarios de sustancias adictivas en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades que pueden influir negativamente en la atención del Trastorno Dual (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

Atender esta comorbilidad es importante por las siguientes razones:

- 1) Es una situación clínica frecuente en la población de drogodependientes.
- 2) Tiene un impacto significativo en el pronóstico del tratamiento siendo claramente necesario un programa de tratamiento individualizado.
- 3) Realizar un buen diagnóstico dual es un paso imprescindible para implantar intervenciones eficaces.

La importancia de esta dualidad patológica es capital tanto en el tratamiento del usuario de sustancias adictivas de las Unidades de Salud Mental como en los atendidos en los Centros de Atención a las Drogodependencias, por lo que, se sabe que:

- 1) La presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar.
- 2) Los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan en su mayoría Trastorno Dual.
- 3) Un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una adicción.
- 4) La drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental.
- 5) Los usuarios de sustancias adictivas duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente -, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos.
- 6) Estos usuarios de sustancias adictivas hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias.
- 7) En algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio (Santis y Casas, 1999).

A lo largo de los años han ido cambiando las aproximaciones conceptuales relativas a la relación entre la adicción y el trastorno mental a través de tres etapas (Torrens, 2005):

La primera, hace referencia al momento temporal en que aparecen ambos trastornos y está caracterizada por utilizar los términos “primario – secundario” para explicar la relación de causa efecto entre ambos trastornos, entendiendo que el primer trastorno es independiente del segundo. El problema de esta clasificación radica en que no permite distinguir si el segundo trastorno es independiente del primero, desconociendo cómo se relacionan ambos trastornos.

La segunda etapa se caracterizó por utilizar los criterios RDC, DSM-III y DSM-III-R, y la relación entre ambos trastornos se establecía dependiendo de la etiología de la psicopatología, era “orgánico – no orgánico”. Los estudios que se hicieron atendiendo a estos criterios presentaban escasa fiabilidad y validez para la mayoría de los diagnósticos psicopatológicos;

La tercera, en la que el DSM5-TR abandona el uso de la dicotomía “orgánico-no orgánico” para utilizar las siguientes tres categorías:

- 1) Primario, para denominar los trastornos que no son inducidos por sustancias ni derivados de una enfermedad médica (por ejemplo, un Trastorno del estado de ánimo, de ansiedad o un Trastorno de la Personalidad). La distinción de esta psicopatología vendría dada porque:
 - a. Los síntomas del trastorno psicopatológico aparecen antes de que se inicie el consumo de drogas.

- b. La psicopatología persiste después de cuatro semanas de que se produjera la intoxicación o abstinencia.
- c. La psicopatología es excesiva con respecto a la esperable según la cantidad y tipo de sustancia consumida.
- d. Existen episodios previos no vinculados con el consumo de sustancias.

Debe tenerse en cuenta que el uso de drogas puede alterar la psicopatología previa al inicio del consumo, como puede suceder con la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y particularmente con los trastornos de la personalidad cuya etiología, como se sabe, es independiente del consumo de drogas, aunque posteriormente queden vinculadas.

- 2) Efectos esperados, para hacer referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. Estos efectos son, por tanto:
 - a) Los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada sustancia.
 - b) Los síntomas derivados de la intoxicación o abstinencia ceden cuando desaparecen los efectos de la sustancia o remite el síndrome de abstinencia.
 - c) En ocasiones, estos síntomas son idénticos a los que presenta la psicopatología primaria, lo que puede llevar a error, como por ejemplo sucede con el insomnio, la disminución para concentrarse o las alucinaciones.
 - d) Esta psicopatología, en la mayoría de los casos, con excepción de cuadros de agitación o psicóticos, no precisa intervención al remitir el cuadro con la abstinencia.

- 3) **Inducido por sustancias**, que son los síntomas considerados excesivos con relación a cómo se presentan por intoxicación o abstinencia de la sustancia. Se trata de aquellos casos en que:
 - a. Se cumplen los criterios para el trastorno según el DSM-V.
 - b. La psicopatología aparece en un periodo de consumo de sustancia o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo, como por ejemplo algunos cuadros psicóticos.
 - c. La droga puede provocar síntomas idénticos a los del trastorno evaluado.
 - d. Los síntomas descritos son claramente excesivos de acuerdo con lo esperado por la intoxicación o abstinencia del consumo de esa droga.

Tabla 1. Trastornos inducidos por el consumo de sustancias.

	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Amnésicos	Psicóticos	Estado de ánimo	Ansiedad	Sexuales	Sueño
1	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
2	I				I*	I	I		
3	I				I	I/W	I	I	I/W
4							I		I
5	I				I		I		
6	I				I	I/W	I/W	I	I/W
7	I				I	I	I		
8	I		P		I	I	I		
9									
10	I				I	I		I	I/W
11	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
12									
13	I	W	P	P	I/W	I(W)	I/W	I	I/W

1 Alcohol; 2 Alucinógenos; 3 Anfetaminas; 4 Cafeína; 5 Cannabis; 6 Cocaína; 7 Fenciclidina; 8 Inhalantes; 9 Nicotina; 10 Opiáceos; 11 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; 12 Varias sustancias; 13 Otros.

*También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).

NOTA: I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-V. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

En la Tabla 1 se esquematiza la psicopatología inducida por el consumo de sustancias, debiendo distinguir entre aquella que es consecuencia directa del efecto de las sustancias y aquella que aparece a lo largo del síndrome de abstinencia. En ambos casos la psicopatología desaparece, aunque existen trastornos que pueden presentarse de forma persistente aun teniendo un inicio con sintomatología aguda intensa como consecuencia de la intoxicación de una droga.

Se sabe que el abuso de drogas puede ocasionar psicopatología que asume posteriormente entidad propia. Cuando los síntomas duran más de cuatro semanas después de terminar el consumo, deben considerarse síntomas de un trastorno mental independiente no inducido por el consumo o de un trastorno persistente inducido por sustancias.

Teniendo en cuenta la diversidad de modelos explicativos de la asociación entre consumo de drogas y psicopatología, podemos afirmar que las hipótesis explicativas del vínculo entre ambos trastornos deben hacerse en cada caso de forma individualizada (Kavanagh y Connolly, 2009).

1.2 Estudios epidemiológicos

De los estudios epidemiológicos sobre Trastorno Dual pueden extraerse algunas conclusiones (García-Campayo y Sanz, 2001):

- 1) Los estudios de investigación sobre epidemiología del Trastorno Dual son metodológicamente complejos.
- 2) El diagnóstico en estos usuarios de sustancias adictivas es complejo.
- 3) La prevalencia de estos casos es elevada en todos los niveles asistenciales sanitarios, aunque la gravedad de la psicopatología aumenta conforme aumenta la especialización del servicio que lo atiende.
- 4) Los usuarios de sustancias adictivas duales son un grupo psicopatológicamente heterogéneo.
- 5) Los trastornos psicopatológicos se agrupan según presentan o no su etiología en el consumo de drogas.
- 6) La comorbilidad puede ser múltiple según se trate de psicopatología o una enfermedad médica.

La metodología seguida en muchos estudios, en relación con la formación de las muestras o los instrumentos utilizados para el diagnóstico dual, nos muestra un rango muy amplio de incidencia de la psicopatología concomitante al consumo de drogas.

El diagnóstico más común en consumidores de drogas son los Trastornos de Personalidad (TP). En un trabajo de Becoña. (2008) se revisan algunas fuentes que han analizado la incidencia en diferentes contextos y en todos los casos parece existir un consenso generalizado al afirmar que la psicopatología comórbida mayoritaria a la drogadicción son los Trastornos de la Personalidad, situándose entre el 34.8% y el 73% de los casos.

Mientras que la incidencia de TP en población normal se encuentra entre el 10 y 15%, en muestras de drogodependientes estos porcentajes giran en torno al 50%, si bien es cierto que el rango de incidencia en los estudios es muy amplio. Un ejemplo de ello lo encontramos en un trabajo de San Molina y Casas (2002) que tras analizar diferentes estudios establece un rango de incidencia entre el 30 y el 80%.

La incidencia de TP en población heroínómana es difícil de precisar en parte porque es la población que acudía mayoritariamente a los centros de tratamiento hace décadas cuando probablemente no se habían desarrollado, en el nivel actual, las técnicas de evaluación más apropiadas para diagnosticar estos casos. Esto sumado a la inexperiencia de los profesionales, en general, hizo que los rangos de incidencia encontrados en diferentes estudios fuesen tan elevados.

Si tomamos como dato orientativo la media de los porcentajes de los estudios referenciados en la publicación de Martínez-Gonzalez y Trujillo (2003), que en su mayoría eran estudios realizados en población de heroínómanos, los porcentajes de incidencia serían los siguientes: límite 24.9%, evitación 16.9%, obsesivo-compulsivo 27.4%, dependencia 11%, histriónico 12.4%, narcisista 11.3% y antisocial 34%.

Particularmente en usuarios de sustancias adictivas en tratamiento por adicción al alcohol se observa que el 62.5% de ellos presenta Trastorno Dual. El 44.3% de los usuarios de sustancias adictivas presentan trastornos de la personalidad y el 20.3% corresponde a trastornos clínicos, de los que el 53.2% corresponden a los trastornos del estado de ánimo y el 33.1% a los de ansiedad (Martínez- González, Graña y Trujillo, 2009). En relación con los TP los más frecuentes en este trastorno son el obsesivo-compulsivo (12%) seguido del antisocial (8.9%), paranoide y dependiente (7%), narcisista (6.3%), límite e histriónico (5.1%) (Bravo, Echeburúa y Azpiri, 2008).

La comorbilidad más frecuente entre consumidores de cocaína es: trastornos del estado de ánimo, psicosis cocaínica, trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención residual, trastornos del control de impulsos, trastornos de la personalidad, estados disociativos, alteraciones cognitivas y disfunciones sexuales

(Caballero, 2005). En los cocainómanos los trastornos de la personalidad más frecuentes son el límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide (López y Becoña, 2006).

A tenor de los datos puede decirse que la incidencia del Trastorno Dual en drogodependientes al iniciar el tratamiento gira en torno al 75% de los casos. Alrededor del 20-25% de los casos la psicopatología corresponde a los trastornos clínicos, y alrededor del 50% a los trastornos de personalidad, de los que el 12% presentan también psicopatología clínica.

1.2.1 Evaluación del Trastorno Dual

Las dificultades a las que se enfrentan tanto los profesionales de salud mental como los de drogodependencias, al abordar los usuarios de sustancias adictivas con Trastorno Dual, parten de las dificultades inherentes a la evaluación de síntomas y trastornos, porque en muchas ocasiones los síntomas de la psicopatología se solapan con los efectos que produce una droga o algunos trastornos asociados al consumo son muy semejantes entre sí.

La ansiedad, la impulsividad, la tristeza generalizada, no seguir normas, el engaño, las conductas explosivas, etc., conforman un abanico que en el mejor de los casos no puede delimitarse hasta que el drogodependiente ha dejado de consumir la droga. La similitud de los síntomas puede inducir a un error si no se toman algunas precauciones durante la evaluación.

El enfoque propuesto por la CIE-11 para la clasificación de trastornos debidos al uso de sustancias se basa en la aproximación al concepto de salud pública como marco de referencia. Esta nueva perspectiva choca con la que había hace unas décadas, que concebía las adicciones como un problema social o un defecto de carácter e incluso con el hecho de que actualmente, el consumo de drogas aún es punible con encarcelamiento en algunos países, y los centros de detención obligatoria de drogas siguen siendo proveedores importantes de “tratamiento” no voluntario en muchas partes del mundo, a pesar de la evidencia de su ineficacia. El enfoque de salud pública reconoce el consumo de sustancias y los trastornos por el consumo de sustancias como un espectro de comportamientos y afecciones de salud que requieren diferentes enfoques, servicios y recursos para lograr los objetivos de salud pública.

La Clasificación actualizada y ampliada de clases de sustancias presenta los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado bien del consumo de sustancias predominantemente psicoactivas, incluidos los medicamentos, bien de comportamientos específicos de recompensa y refuerzo

repetitivos. En este sentido, es importante señalar que se da una menor importancia al desarrollo de la tolerancia y los síntomas de abstinencia, ya que pueden ocurrir con cualquier agente farmacológicamente activo y su presencia no es un criterio suficiente para el diagnóstico clínico de un trastorno adictivo. Por el contrario, son criterios clave el craving o ansia de consumir drogas o de realizar el comportamiento (juego o videojuego), la búsqueda de sustancias y su consumo a pesar de las consecuencias dañinas. A pesar de que estos síntomas se han asociado con la liberación de dopamina en el estriado ventral, la liberación de dopamina del estriado ventral por sí sola no es un criterio suficiente de la propiedad adictiva de una droga.

En el DSM-5 pueden encontrarse las especificaciones para diferenciar los trastornos inducidos por el consumo de sustancias de los que no lo son. Se sabe que los síntomas vinculados a la intoxicación por algunas sustancias son similares a los observados por la abstinencia de otras, y mientras que algunos síntomas esperados por el efecto de una sustancia nos indican su vinculación con el consumo de esa sustancia, ese mismo síntoma puede indicarnos que se trata de un trastorno primario porque esos síntomas no son esperables si lo que consume esa persona es otra sustancia. Para discernir esta relación debe rastrearse detalladamente la historia toxicológica del usuario de sustancias adictivas. Igualmente sucede con algunos síntomas derivados del efecto secundario de la toxicidad de fármacos, que podría inducir a error en el diagnóstico dual en drogodependencias si no se identifican debidamente (Santis y Casas, 1999).

Debe hacerse también una puntualización en relación con los síntomas como la impulsividad o la agresividad, porque han sido históricamente asociados significativamente a drogodependientes con Trastorno Dual. La impulsividad puede derivarse del efecto directo del consumo de drogas como la cocaína u otros estimulantes, constituirse en un trastorno psicopatológico independiente del consumo de drogas o ser un síntoma de los trastornos de la personalidad del grupo B.

La agresividad, por otro lado, no es una conducta claramente extendida entre estos usuarios de sustancias adictivas teniendo en cuenta que se trata de una respuesta, en la mayoría de los casos, puntual. Generalizar por tanto la agresividad o la impulsividad como un patrón asociado claramente a los usuarios de sustancias adictivas con Trastorno Dual es una imprecisión que puede llevarnos a error en el diagnóstico y tratamiento de estos usuarios de sustancias adictivas.

Por la complejidad que conlleva discernir si la psicopatología es inducida por el consumo de drogas, se recomienda una serie de pasos:

- 1) Identificar la relación temporal entre la psicopatología y el uso de drogas para determinar si el inicio de la psicopatología está claramente vinculado al consumo de una droga.
- 2) Diferenciar si los síntomas aparecen habitualmente durante la intoxicación o abstinencia del consumo o se trata de síntomas inducidos (en la mayoría de los casos esta diferenciación la puede hacer el terapeuta cuando cuenta con la suficiente experiencia clínica).
- 3) Establecer una cronología de los trastornos para saber en qué momento aparece.

San-Molina (2003) indica que los datos de la historia clínica que sugieren que la psicopatología es independiente al consumo de drogas son los siguientes:

- 1) La psicopatología ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias.
- 2) Los síntomas y problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que presentan las personas que muestran abuso o dependencia de drogas.
- 3) Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia es posible que no sea inducido.
- 4) La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- 5) El fracaso terapéutico tanto en reducir la conducta adictiva como con otros trastornos psiquiátricos.
- 6) Pueden observarse también efectos secundarios excesivos del uso de fármacos tras un periodo de abstinencia, respuesta inexistente cuando se trata de un trastorno no inducido.

Al parecer, muchos clínicos sobre diagnostican trastornos psiquiátricos en personas que abusan de sustancias, mientras que el abuso de drogas no se identifica habitualmente entre usuario de sustancias adictivas psiquiátricos (Weiss, Najavits y Mirin, 1998). Se sabe que los usuarios de sustancias adictivas usuarios de salud mental que consumen algún tipo de droga no verbalizan con facilidad ese consumo. Es más, debido a las connotaciones sociales del problema, los usuarios de sustancias adictivas pueden ocultar al personal sanitario su consumo, complicando considerablemente el diagnóstico y tratamiento. Existen indicios sobre el posible consumo de drogas en estos usuarios de sustancias adictivas (Solomon, 1996):

1. El fracaso terapéutico constituye un indicador de diagnóstico dual.
2. La eficacia y cumplimiento de la toma de medicación. Téngase en cuenta que el consumo de sustancias puede anular el efecto de la medicación (como por ejemplo sucede con el consumo de cocaína que disminuye el efecto de la toma de antipsicóticos) o por el contrario ocasionar un efecto excesivo (como sucede con el consumo de alcohol y sedantes).
3. Absentismo del puesto de trabajo, especialmente los lunes o a primera hora.
4. Las conductas poco coherentes, como sucede con la desinhibición experimentada por el usuario de sustancias adictivas con una intoxicación leve.
5. La ausencia de profundidad y de vitalidad en la sesión de psicoterapia, presenta ansiedad o implicación inadecuada con los sucesos de la vida.
6. Los sucesos vitales del usuario de sustancias adictivas, que son acontecimientos que difieren de otra persona que no consume drogas.
7. La aparición de conflicto de forma súbita entre el entorno y el usuario de sustancias adictivas, pudiendo por ejemplo confundir determinadas respuestas propias de usuario de sustancias adictivas con trastorno límite de la personalidad con el efecto del consumo de algunas sustancias.

1.2.2 Instrumentos de Evaluación en el Trastorno Dual

Los códigos diagnósticos DSM y CIE han realizado un esfuerzo para diferenciar los trastornos inducidos por el consumo de drogas. Lo que sucede es que el modo en que se confunden los síntomas y peculiaridades de algunas psicopatologías en drogodependientes requiere la utilización de la entrevista estructurada como único medio para analizar adecuadamente cada uno de los síntomas.

En población clínica, se suelen emplear para el diagnóstico del Trastorno Dual la Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos Mentales y Sustancias de DSM-5 (PRISM- IV, 2004) y la Entrevista Clínica Estructurada de DSM-5 (SCID-I) (Torrens, 2005), fundamentalmente para trastornos clínicos y el IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio, 1996) y la SCID-II para la evaluación de trastornos de personalidad.

Existen evidencias suficientes para afirmar que el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en drogodependientes debe hacerse usando la entrevista clínica para sortear las dificultades inherentes al diagnóstico en esta población.

Además, la información que se obtiene de familiares del usuario de sustancias adictivas es clave para contrastar la presencia de determinados síntomas, el inicio temporal de la psicopatología y la evolución de estos en abstinencia.

Las características que hacen de la PRISM-IV un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad, fundamentalmente del eje I en drogodependientes, son:

- 1) Tiene en cuenta a lo largo de toda la entrevista variables como la frecuencia y duración de los síntomas, los criterios de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas.
- 2) Sitúa las secciones sobre alcohol y otras drogas al inicio de la entrevista.
- 3) A través de una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y otras drogas, permite el contexto adecuado para hacer un seguimiento de la comorbilidad.

Evalúa 20 trastornos entre clínicos y de personalidad. En definitiva, es un instrumento que permite diferenciar entre síntomas inducidos por el consumo de drogas y aquéllos considerados como primarios porque no son consecuencia del consumo de drogas.

1.3 Modelos de intervención

Como se sabe, existen dos redes paralelas en muchas ocasiones no bien coordinadas. Por un lado, los Centros de Tratamiento de las Drogodependencias, que pueden depender funcionalmente de diversas instituciones tanto públicas como privadas, y por otro, los Equipos de Salud Mental de los servicios públicos de salud.

De esta organización se derivan algunos problemas que afectan al modelo de intervención que se sigue en cada zona geográfica. El tratamiento del Trastorno Dual debe llevarse a cabo mediante un modelo de intervención integral, en el que se atienda simultáneamente el trastorno por consumo de drogas y la psicopatología concomitante, lo que conlleva que un solo equipo terapéutico aplique un solo tratamiento para la doble patología. Los tratamientos no siempre se han basado en este modelo, sino que se sustentaban en el modelo secuencial o en paralelo.

En el modelo secuencial se quería primar el tratamiento en uno de los trastornos según el criterio del profesional de referencia, para posteriormente derivar al usuario de sustancias adictivas a otros servicios donde pudieran ocuparse del resto.

Este modelo desatiende a la comorbilidad en sí misma, toda vez que el Trastorno Dual no puede conceptualizarse como la suma de dos trastornos sin más. Tal es así que la intervención basada en este modelo suele fracasar.

Otro modelo consistía en intervenir en paralelo, de modo que cada servicio se ocupa del trastorno para el que está diseñado. La pretensión sería que los Centros de Tratamiento de las Drogodependencias se ocupan exclusivamente del tratamiento de la drogadicción, mientras que los Centros de Salud Mental atender paralelamente la psicopatología.

Sin duda esta modalidad obvia aspectos fundamentales del Trastorno Dual tan importantes como es la influencia de cada trastorno sobre el otro. Con esto se desatienden variables de gran impacto para el mantenimiento del Trastorno Dual, lo que incrementa los riesgos de fracaso terapéutico en ambos trastornos.

En ocasiones, la elección de la modalidad terapéutica depende de los profesionales que componen los equipos terapéuticos, si bien es cierto que tanto los Servicios de Salud Mental como los Centros de Atención a las Drogodependencias cuentan con plantillas con capacidad de llevar a cabo un tratamiento multiprofesional.

El problema de la intervención integral surge cuando no se identifican previamente los casos que quedan bajo la responsabilidad de cada uno de los servicios. La consecuencia directa de esta falta de concreción ha sido una derivación incesante entre servicios que ha propiciado el abandono del tratamiento.

Un modo de resolver esta cuestión consiste en diseñar un protocolo que recoja el modo en que ambas redes van a atender los casos de Trastorno Dual. Ya hay experiencia en este sentido a través del diseño de un protocolo que distribuye la responsabilidad del tratamiento de cada caso entre las dos redes de atención en función de la clínica que puede presentarse. Sin duda este método ha supuesto una disminución notable de derivaciones innecesarias entre servicios (Alameda et al., 2002).

1.3.1 Consideraciones generales del tratamiento de los usuarios de sustancias adictivas duales

Los tratamientos integrados han sido los que han evidenciado mejores resultados (Santis y Casas, 1999), tanto en la reducción del consumo, como en la reducción del número de hospitalizaciones y mejoras en diversos indicadores de adaptación personal y social (Becoña et al., 2008).

Todo parece indicar que la mayor efectividad terapéutica en los casos de Trastorno Dual viene dada porque el equipo de profesionales esté bien entrenado en el campo de las drogodependencias y de la salud mental (Guardia, Iglesias, Segura y González, 2003).

El abordaje del Trastorno Dual debe contemplar los siguientes aspectos (Alameda, 2002):

1. La comorbilidad en drogodependencias debe esperarse, no siendo una situación clínica excepcional sino habitual, por lo que debe detectarse y abordarse precozmente.

2. Cada trastorno debe ser valorado y diagnosticado, para desarrollar un tratamiento específico a cada caso. Ningún trastorno debe minimizarse aun tratándose de un trastorno inducido o un efecto esperable por el consumo de la droga. Se deben tratar de forma eficaz ambos trastornos.
3. La valoración de ambos trastornos debe comenzar tan pronto como sea posible para evitar que el retraso en la evaluación repercuta negativamente en el tratamiento.
4. Los recursos deben prepararse para abordar al usuario de sustancias adictivas con diferentes niveles de motivación y diferentes tipologías del Trastorno Dual.
5. La naturaleza de la drogadicción y especialmente cuando coexiste con otra psicopatología, necesita abordarse a largo plazo, primando el vínculo terapéutico entre usuario de sustancias adictivas y profesionales, porque la adherencia cobra especial relevancia.
6. En los casos en que los usuarios de sustancias adictivas sean atendidos por las dos redes asistenciales a la vez, a través de un modelo en paralelo, los profesionales que intervienen en el caso deben mantener una estrecha coordinación.

La relación terapéutica debe cuidar diversos aspectos con la finalidad de incrementar la adherencia al tratamiento.

Debe construirse a partir de que el usuario de sustancias adictivas goce de una situación de tranquilidad, que confíe en la confidencialidad de la información, que reciba un constante feedback para que conozca la evolución, que el usuario de sustancias adictivas sea consciente de que el tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar, que la familia del usuario de sustancias adictivas con Trastorno Dual tenga acceso al equipo terapéutico para abordar en el momento más adecuado los conflictos o dudas en relación a la comorbilidad y diseñar objetivos de intervención con una celeridad en la consecución de esos objetivos adecuados a la psicopatología concomitante.

Por esta razón, el empleo de normas rígidas y la utilización de estrategias de confrontación están desaconsejadas en el tratamiento de los usuarios de sustancias adictivas con Trastorno Dual.

Particularmente, debemos destacar las diferencias observables en el tratamiento de las drogodependencias cuando se trata de un usuario de sustancias adictivas que presenta un trastorno de la personalidad. Fundamentalmente, se trata de adecuar las variables que influyen en el desarrollo de la intervención a las peculiaridades de la psicopatología de personalidad (Tabla 2).

Las investigaciones sobre el tratamiento de la drogadicción cuando ésta coexiste con un Trastorno de la Personalidad (TP) muestran evidencias de que (Martínez-González, en prensa):

- a. Los drogodependientes con TP pueden ser tratados con efectividad si bien es cierto que existen diferencias importantes en la intervención con respecto a otros casos.
- b. La evolución del TP establece un determinado ritmo que exige adecuar las estrategias terapéuticas a los cambios que se producen en la persona.
- c. Se ha visto que los usuarios de sustancias adictivas con TP pueden presentar un patrón de consumo diferente al resto, lo que puede afectar a los programas de prevención de recaídas.
- d. El tratamiento difiere de otros en los que no coexiste con esta psicopatología, porque estas intervenciones deben estar guiadas por la personalidad.
- e. Se sabe que el tratamiento debe ser largo, para lo que es necesario que el usuario de sustancias adictivas presente una buena adherencia al tratamiento.
- f. Para evaluar la efectividad de la intervención deben tenerse en cuenta variables vinculadas a la adicción, a los rasgos de la personalidad y a la calidad de vida.

En el trabajo de Becoña (2008) se muestran algunas evidencias en relación con el tratamiento integrado del Trastorno Dual:

- 1) El diagnóstico dual determina la posibilidad de intervenir certeramente, lo que influye en la evolución y pronóstico, si bien es cierto que el tratamiento en estos casos es más complejo; los tratamientos psicosociales son un componente esencial del tratamiento integral.
- 2) Los tratamientos cognitivo-conductuales muestran su utilidad para tratar adolescentes consumidores de alcohol con tendencia al suicidio;
- 3) El tratamiento cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo con independencia de la psicopatología concomitante asociada; y,
- 4) Las terapias de baja intensidad, baja exigencia y poco estructuradas, como las intervenciones motivacionales facilitan la reducción del consumo y la mejora de síntomas psicopatológicos en poblaciones con carencias extremas (por ej., usuarios sin hogar).

Tabla 2. Diferencias en el tratamiento de las drogodependencias cuando coexisten con un Trastorno de la Personalidad.

- La latencia entre sesiones, siendo recomendable que sea la menor posible.
- La duración de las sesiones depende del Trastorno de Personalidad, porque mientras que una persona con trastorno límite previsiblemente demandará sesiones más largas, los que presentan un trastorno antisocial tienen dificultades para implicarse en sesiones de más de veinte minutos.
- Los familiares de estos usuarios de sustancias adictivas necesitan mayor nivel de instrucción, para colaborar activa y eficazmente en el tratamiento.
- Se requiere más tiempo para hacer la evaluación.
- El uso de psicofármacos es necesario en muchas ocasiones.
- Dependiendo del tipo de Trastorno de la Personalidad, la relación entre usuario de sustancias adictivas y terapeuta debe establecerse cuidando diferentes aspectos.
- Necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- El impacto de consumos esporádicos sobre la evolución del tratamiento porque con ellos se incrementa la probabilidad de que se agudice la psicopatología concomitante.
- Los tratamientos serán más largos, aunque se haya logrado con prontitud la abstinencia.
- En comparación con los casos que no presentan patología dual, el consumo de alcohol tiene en estos usuarios de sustancias adictivas peores consecuencias.
- Las sesiones de seguimiento tras la alta terapéutica son muy importantes, en especial si el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad límite o dependiente.
- La clara inadecuación de recomendaciones estándar.
- La familia tendrá que implicarse más.
- Los programas de prevención de recaídas deben adaptarse en estos casos con relación a:
 - a. El manejo de la presión social.
 - b. El afrontamiento de estados emocionales displacenteros.
 - c. Los mecanismos de prevención de respuestas.
 - d. Las alteraciones cognitivas asociadas al deseo de consumo.
 - e. La identificación de factores de riesgo para la recaída.
 - f. Las estrategias de control de las situaciones de riesgo.
- Estos usuarios de sustancias adictivas se diferencian, entre otras cuestiones, por las situaciones ante las que suelen comportarse de un modo desadaptado o consumir algún tipo de droga.
 - a. El drogodependiente con trastorno de la personalidad antisocial se caracteriza por responder de forma desadaptada cuando se ve obligado a adecuarse a los valores y cumplir las normas, porque ve las normas como algo que limita la satisfacción de sus necesidades.

- b. Para el usuario de sustancias adictivas con Trastorno Límite de la Personalidad, el desencadenante de estas respuestas son los objetivos personales y las relaciones con otras personas.
- c. En el caso del usuario de sustancias adictivas con Trastorno Histriónico de la Personalidad, son las relaciones heterosexuales.
- d. El drogodependiente con Trastorno Narcisista de la Personalidad muestra respuestas desadaptadas cuando se enfrenta a su propia autoevaluación.
- e. En el caso del usuario de sustancias adictivas dependiente, el desencadenante de respuestas desadaptadas y, por tanto, también de probable consumo de drogas, viene dado por el hecho de depender de sí mismo o estar solo.
- f. El drogodependiente con Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad tiene dificultad para relacionarse con otras personas con cierto grado de intimidad, las situaciones desestructuradas y la autoridad.
- g. El evitativo tiene mucha dificultad para tener relaciones interpersonales íntimas o aparecer en público.

Estas situaciones se constituyen en factores de riesgo muy potentes para los drogodependientes que presentan alguno de estos trastornos, porque habitualmente afrontan estas situaciones consumiendo drogas.

Fuente: Martínez-González y Trujillo (2003).

CAPITULO II

TERAPIA DE GRUPO

2.1 Marco de la terapia

La historia de la Humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones grupales. Las prácticas comunitarias de descarga catártica y las experiencias emocionales compartidas han sido parte de ritos religiosos, mágicos, festividades públicas y espectáculos deportivos y culturales.

Las primeras experiencias de la terapia de grupo se dieron en el año 1905, en Estados Unidos, puesto que el internista de Massachusetts Joseph Hersey Pratt (1872-1956) instituyó "clases de salud" en la Iglesia Emmanuel de Boston y, el 1° de julio de 1905, clases de "control de pensamiento" para pacientes tuberculosos del Hospital General de esa ciudad. Él observaba que el estado de desmoralización contribuía a la incapacidad para persistir en los programas de rehabilitación, cabe mencionar que lo que buscaba y promovía era un clima de solidaridad, cooperación y también de emulación. Denominó a su trabajo como una clase de "reeducación emocional y persuasión". El programa contaba de cinco sesiones semanales, de una hora de duración, en las cuales se incluían ejercicios de relajación muscular y de imaginación, una plática de orientación médica de 10 o 15 minutos y el testimonio de los pacientes antiguos sobre su recuperación, lo que infundía esperanza en los participantes.

Con el pasar del tiempo se derivaron las terapias que actúan "por el grupo con estructura fraternal", estas comenzaron a ser de manera abierta y lo que se buscaba era que, en lugar de establecer la relación con un terapeuta, se estimula la fraternidad homogeneizadora de los miembros, que disminuye la rivalidad y envidia dentro del grupo. Lo que se conoce en la actualidad como grupos de autoayuda. Un claro ejemplo es Alcohólicos Anónimos, organización que nace en el año de 1935, dentro de estos grupos se sugiere la participación diaria en las reuniones y la colaboración en sus tareas. Se induce la modificación de los "defectos de carácter" (formas habituales de pensamiento y acción), a través de la práctica de un programa de recuperación, que parte de la admisión del alcoholismo como enfermedad y llega a la actividad de "ayudar a otros alcohólicos a recuperarse del alcoholismo." Esta labor implica un proceso de extroversión, que facilita dejar de pensar en las dificultades propias, conduce a sentirse aceptado por la sociedad y aumenta la autoestima.

Dentro de la historia de la terapia de grupo es importante mencionar a Jacob Levy Moreno (1889-1974) el cual nació en Bucarest y se trasladó a Viena donde estudió medicina. Organizó sesiones grupales para prostitutas en 1913, este personaje fue quien acuñó el término "Psicoterapia de grupo" en 1923, y en 1925 estableció "El teatro del hombre espontáneo".

Por otro lado, el psicólogo Kurt Lewin (1890-1947) desarrolló en los años treinta, en Alemania, los conceptos de la "teoría del campo" y la "dinámica de grupo"; aportes de la moderna Psicología Social, que se derivan de su interés en la física y química. La dinámica de grupo es una amalgama de tres disciplinas: psicología individual, psicología social y sociología. Combina el "skill group" en el que los participantes aprenden técnicas de manejo y participación en grupo, con el "training group", dentro del cual se invita a los participantes a resocializarse en función de lo que sucede entre ellos; a abrirse al otro, ser más aceptantes y receptivos a las interacciones dentro del grupo.

La terapia de grupo es un modelo de ayuda, por lo que, el proceso de ayuda debe ser comprendido como una secuencia de eventos que se realiza desde el contacto inicial entre terapeuta y usuario hasta el logro del resultado final, comprende el total de la experiencia terapéutica.

Este modelo de ayuda se vive como un proceso de desarrollo tanto para el usuario como para el terapeuta. Cada fase de este proceso tiene sus propias metas y objetivos, y requiere de la aplicación de técnicas específicas de terapia.

Este modelo de ayuda proporciona una guía o un mapa cognoscitivo que sirve de referencia al terapeuta para seleccionar y usar una variedad de técnicas y habilidades específicas de acuerdo con las necesidades del usuario en una etapa particular.

La ayuda es un proceso dinámico y un modelo de ayuda debe ser una herramienta y no un fin en sí mismo y podrá siempre adecuarse a las necesidades del usuario.

El marco de la terapia es el marco de referencia para ayudar y organizar la información y usarla como base para nuestro Plan de Tratamiento usando las técnicas más apropiadas y cubriendo las necesidades del usuario y el estilo que tiene el terapeuta.

Conocer el marco de un modelo de ayuda nos permite saber.

- 1) Qué hacer para ayudar a la gente a que enfrente sus problemas.
- 2) Las etapas o fases del proceso de ayuda.
- 3) Las habilidades y características que necesitamos usar en cada etapa.

- 4) El papel del usuario.
- 5) Los recursos y habilidades que requiere el usuario y cómo adquirirlas.
- 6) Cómo determinar que la ayuda ha funcionado.

A.- Etapas del modelo de ayuda

Etapa I Aclaración del problema

Respondiendo/autoexploración

El objetivo de esta etapa de manera general es definir el problema, específicamente para el terapeuta su labor es responder. Responder al usuario y a lo que él tiene que decir, con respeto, autenticidad y empatía. Establecer armonía y una relación de trabajo efectiva y de colaboración con el usuario. Facilitar la autoexploración del usuario.

Para ello se necesitan habilidades tales como atención focal, parafraseo, reflexión de sentimientos y en ocasiones sondeo para ayudar al usuario a explorar el problema. Sobre todo, una capacidad de escucha

Por otro lado, la meta del usuario es la exploración de sí mismo, es decir, explorar sus experiencias, conducta y sentimientos relevantes en la problemática de su vida. Esta búsqueda será tan concreta como sea posible y gradualmente profundizará según la persona va confiando en el terapeuta y sus destrezas.

Las características y habilidades de esta etapa son cruciales. Si el terapeuta o facilitador no las tiene, no podrá ayudar, puesto que las destrezas de la etapa II y III están basadas en ellas.

La Etapa I puede ser descrita como un proceso de influencia social. Si el orientador va a influir en la vida del usuario tiene que establecer una base para esa influencia. Si el terapeuta facilitador es realmente sincero y hábil, el usuario llega a verlo como un experto, porque él ve al terapeuta respondiendo y ayudando mucho, aprende a confiar en él.

El terapeuta tendrá que establecer “rapport” con el usuario en la etapa I. Lo hace así al presentarse a sí mismo como lo que es (o debe ser): una persona viviendo efectivamente que sinceramente desea ayudar.

Etapa II Fijar las metas

En esta etapa los usuarios expanden su colaboración con el terapeuta, no se encuentran tan defensivos, están más atentos a su terapeuta, al medio ambiente y así mismos. Reconocen internamente la necesidad de entrar en acción y se deciden por metas basadas en sus valores.

El terapeuta empieza a reunir los datos producidos por el usuario en la fase de autoexploración. Ve y ayuda al otro a identificar temas o patrones de conducta. Ayuda al otro a ver un “panorama mayor”. Enseña al usuario la habilidad de llevar él mismo este proceso integrativo.

Para el usuario es importante desarrollar el auto entendimiento que ve la necesidad de cambio, de acción; aprender del terapeuta o facilitador la destreza de poner por sí mismo toda la información en un panorama mayor; identificar recursos, especialmente recursos no utilizados.

Para esto el terapeuta necesita habilidades y características como interpretación, urgencia (proximidad), confrontación, revelación de sí mismo y la habilidad de establecer metas concretas, específicas y medibles.

Para esta etapa la responsabilidad de la actividad es compartida por lo que el usuario necesita poseer habilidades de escucha y el auto entendimiento dinámico, por lo que, no es suficiente que el usuario se entienda a sí mismo en una forma abstracta. La autocomprensión debe servir a la causa del cambio de conducta.

En alguna forma, una actitud de “ahora veo lo que estoy haciendo y que tan destructivo es: “¡tengo que hacer algo al respecto!” debe caracterizar la etapa II. Las destrezas de esta etapa pueden ser improductivas en manos de un terapeuta de bajo nivel. La auto revelación puede convertirse en exhibicionismo; la confrontación puede convertirse en una golpiza. Algunos terapeutas se ven a sí mismos como expertos en estas destrezas, sin haber dominado las de la etapa I.

Cabe señalar que las conductas de la etapa II tienen que tomar su lugar sobre la base de la etapa I, puesto que es un proceso integral, lo que nos dice que las etapas se interrelación de manera intrínseca.

Etapa III Facilitar la acción

Facilitando la acción/actuando

El propósito de esta etapa es el de diseñar e implementar un programa de acción para lograr las metas establecidas.

A medida que los usuarios se involucran en la planeación e implementación de su plan de acción, cooperan más, se vuelven más audaces y evalúan el proceso de ayuda.

La meta del orientador es colaborar con el usuario en preparar programas específicos de acción, ayudarlo a actuar con su nueva comprensión de sí mismo. Explorar con el usuario una amplia variedad de medios para involucrarse en un cambio constructivo de conducta, dando apoyo y dirección a los programas de acción.

Así mismo la meta del usuario es actuar, es decir, vivir más efectivamente. Aprender las destrezas necesarias para generar efectividad y manejar las dimensiones socioemocionales de la vida. Cambiar patrones autodestructivos y destructivos en el vivir con otros. Desarrollar nuevos recursos.

Para este punto el terapeuta necesita tener todas las de la etapa I y II más: la elaboración de programas de acción: que incluyen técnicas de solución de problemas, procesos de toma de decisiones, programas de modificación de conducta, "tareas" o adiestramiento en habilidades interpersonales y otras.

En la medida que el usuario se envuelve a sí mismo en programas de acción, aparecen temores y dudas, falla a veces y, en varias formas, tiene éxito. También aparecen nuevos problemas. El orientador debe reforzar los éxitos del usuario y ayudarlo en los problemas que emergen de esta fase de acción.

Directrices para la observación de las etapas de un modelo de ayuda

Conducta del terapeuta:

Etapa I:

Atención Focal

Paráfrasis

Reflexión de sentimientos

Empatía

Respeto

Sondeo

Etapa II:

Continúan las conductas de la Etapa I más:

Confrontación

Interpretación

Revelación de sí mismo

Urgencia

Autenticidad

Establecimiento de metas

Etapa III:

Continúan las conductas de las Etapas I y II más:

Planeación de un programa (fases de acción para implementar metas).

Evaluación de acciones

Apoyo

2.2 Tipos de grupos y sus metas

Los grupos varían ampliamente en tamaño, propósito, estructura formal e informal, normas de comportamiento, frecuencia y duración de reuniones, así como en calificaciones para la membresía y liderazgo.

Existe una variedad de formas para clasificar los grupos para comparación y discusión. Cualquier intento de clasificación es arbitrario y tiende a resaltar las distinciones entre grupos cuando de hecho existe mucha superposición. El valor de este ejercicio para el terapeuta en Experiencias Adictivas reside en proporcionar un

marco de referencia común para pensar y hablar sobre grupos y para seleccionar miembros, estableciendo las reglas básicas, haciendo intervenciones y llevando a cabo otras responsabilidades apropiadas al propósito del grupo.

En la siguiente tabla se identifican y se describen cuatro tipos de grupos de acuerdo con sus propósitos y ejemplos de cada uno:

Tipo	Propósito	Ejemplos
Educación/Discusión	Lograr una tarea, presentar y/o compartir información e ideas sobre un tópico particular.	Reunión de personal; educación en alcohol; planeación de vida; efectividad paternal, etc.
Entrenamiento	Promover la adquisición de conocimiento y habilidades relativas a mejorar el desempeño en las áreas relativas al trabajo.	Entrenamiento de la sensibilidad en el servicio; capacitación en puestos específicos, productividad, ventas, etc.
Asesoramiento	Proporcionar ayuda con problemas específicos, explorar conductas alternativas para evitar los problemas y formas alternativas para manejar los problemas de la vida.	Alcoholismo; familia; pareja; padres abusadores, trastornos alimenticios, grupos de crecimiento personal, etc.
Terapia	Identificar y entender las causas de la conducta como base para hacer cambios en la misma.	Psicoanálisis, Gestalt, TRE, terapia centrada en la persona, terapia cognitiva conductual, etc.

A) Grupo cerrado: grupo en el cual los mismos miembros permanecen juntos desde el principio hasta el final.

Ventajas:

- A) Promueve la cohesión.
- B) Se mueve en una forma de desarrollo más consistente.
- C) Relaciones más intensas.

Desventajas:

- A) Los miembros que salen del grupo pueden hacer que el grupo que quede sea muy pequeño.
- B) Los miembros que necesiten más tratamiento tendrán que formar un grupo nuevo.

B) Grupo abierto: grupo donde los miembros rotan a medida que el grupo continúa funcionando.

Ventajas:

- A) Los nuevos miembros pueden aprender de los viejos.
- B) Se puede mantener el tamaño del grupo.
- C) Permite que los miembros traten con nuevas personas y con separaciones.

Desventajas:

- A) Los nuevos miembros deben ser integrados.
- B) Son muchos cambios los que tiene que manejar el grupo.

Algunos grupos en los programas de tratamiento

Grupos de Terapia/Asesoramiento	Grupos que apoyan a los usuarios a tener relaciones auténticas, tener conciencia de sus sentimientos y actitudes y desarrollar conductas alternativas.
Grupos de Hombres y Mujeres	Grupos que se enfocan en problemas relacionados con asuntos propios del género.
Grupos de Duelo	Para procesar pérdidas.
Grupos de Enojo	Para procesar sentimientos no resueltos relacionados con coraje, ira, resentimientos, frustraciones.
Grupos de Cuidado Continuo	Para dar seguimiento a los procesos propios de la continuidad en la recuperación

Grupos de Familia	Grupos donde se reúnen familiares para tratar y compartir sentimientos propios en la vivencia del trastorno adictivo del usuario identificado.
Grupos de Reforzamiento	Grupos para trabajar habilidades necesarias para enfrentar problemas o conflictos que salen del control del usuario en su vida cotidiana
Grupos de Recaída	Grupos para trabajar las recaídas, revisión de los factores que desencadenaron la vuelta al consumo
Grupos de Alcohólicos Anónimos	Grupos de autoayuda dedicados a que sus integrantes logren y mantengan la sobriedad.
Grupos de Entrenamiento de A.A.	Grupos que preparan a los usuarios para su desarrollo en Grupos de A.A. por medio de la presentación y discusión de la Filosofía de A.A.

- La terapia de grupo en el tratamiento de las experiencias adictivas

La gran mayoría de los usuarios que ingresan a un centro de tratamiento para su adicción tienen 2 cosas en común, además de su enfermedad:

- a) Antes de llegar al punto de recibir ayuda externa, cada uno trató de llevar a cabo un programa de “hágalo usted mismo”, esforzándose en cambiar sus vidas.
- b) A todos les falló.

Una suposición básica de la terapia grupal es que uno de los principales motivos de este fracaso radica en que aún los esfuerzos más decididos, no pueden cambiar lo que no se puede ver, y en que hay muchas cosas que no se están viendo claramente.

Por este motivo, la meta, en la terapia grupal es: “Descubrir”. Si la meta final de un proceso terapéutico es el cambio, el propósito inmediato es poder ver más acertadamente lo que necesita ser cambiado. Esto requiere que el usuario pueda verse a sí mismo, “descubrirse” a un nivel emocional.

- Importancia de las emociones y sentimientos

1. Estar en contacto con las sensaciones, emociones y sentimientos desagradables es importante para avanzar en un programa de atención psicológica.

Comportamiento **ENTONCES** Valores **ENTONCES** Sentimientos de autodesprecio y Remordimiento e ideas irracionales

(“No valgo nada”, “Este Mundo estaría Mejor sin mí”).

La gran parte de la población busca que los sentimientos desagradables se cubran con una variedad de máscaras o “defensas” que necesita derribar para poder sentir la impotencia y desesperanza que acompaña a los sentimientos hostiles hacia sí mismo y lograr entonces que su realidad pueda observarla con claridad. Es indispensable que pueda sentir la impotencia y la ingobernabilidad dentro de sí para que pueda decir realmente “necesito ayuda”.

2. Muchos defectos de carácter que le han incapacitado durante años se ven reflejados en sus estados emocionales. Aunque sean presentados como sentimientos, algunos de ellos se han convertido en una parte tan profunda del usuario, que su naturaleza llega a ser activa en las actitudes. Ya no son personas que simplemente sienten resentimientos, son personas resentidas. Lo que antes era un estado emocional, ahora se ha endurecido en actitudes, en un defecto de carácter.

Si se desea cambiar esto, lo primero será “descubrirse” a este nivel emocional y responder a la pregunta: “¿Qué hay debajo de mi defecto de carácter?”, ¿Qué sentimiento?, ¿Qué necesidad?

La mayoría de las personas están muy fuera de contacto con sus sentimientos particularmente con aquellos que se han descrito. Sin embargo, no son solamente los sentimientos desagradables los que están escondidos y controlados. Los sentimientos placenteros, como la alegría y el amor, la gratitud o la ternura, también permanecen encarceladas por las mismas defensas que enmascaran los sentimientos desagradables. Tal parece que las defensas no son selectivas. La persona que ha escondido su enojo, también se encuentra incapacitada para demostrar afecto o gratitud espontáneamente.

Por lo tanto, mientras el enfoque principal de la terapia grupal radica en descubrir e identificar los sentimientos destructivos, la aceptación de estos sentimientos libera también a los sentimientos “positivos”. La aceptación de lo que es, precede el cambio.

Aprender a experimentar los sentimientos da la oportunidad de llegar al autoconocimiento. Es por esto por lo que el propósito inmediato en la terapia de grupo consiste en ayudar al usuario a ver claramente quién es y qué necesita cambiar.

Ver y aceptar quien es cada individuo resulta en ocasiones difícil, ya que se da por hecho que por estar en el día a día en el cuerpo se conoce a la persona que decide que hace este. Estas personas sufren de autoengaño en muchas formas, y se refleja en la insistencia que “Sé quién soy y a donde voy” o “Sé lo que me conviene”.

La suposición Básica de la Terapia Grupal es que el AUTOENGAÑO es un hecho. La forma en que se ilustra este autoengaño es a través de las ventanas de Johari, modelo diseñado por los psicólogos Joseph Luft y Harry Inghan, para hacer más fácil el autoconocimiento.

Ser Total

Los 4 cristales de la ventana representan 4 aspectos del ser total. Las 2 superiores son visibles para uno mismo. Los cristales 3 y 4 no están a la vista de uno. Esto describe la razón del autoengaño, que impide que una persona vea quien es realmente, y permite que continúe su lenta desintegración, con tan solo un leve (si es que lo hay) reconocimiento de su parte de lo mal que se han puesto las cosas.

	Conocido por mí	Desconocido por mí
Conocido por otros	I Área Abierta	III Área Ciega
Desconocida para otros	II Área Oculta	IV Área Desconocida

Ventana de Johari herramienta creada por los psicólogos Joseph Luft y Harrington Ingham

Cristal 1 (Público): Visible para uno mismo y para los demás. Representa la personalidad, que está apoyada por la información que se recibe de los demás acerca de uno mismo, desde luego, adoptando siempre lo que más agrade.

El área libre representa la opinión que se tiene de uno mismo, aunque en esencia no es muy real. Ejemplo: los intereses, la vocación, las cualidades personales, etc.

Cristal 2 (Secreto): Lo que se guarda en el interior y los demás no conocen. A través del curso de la vida, las personas van almacenando emociones, sentimientos, sensaciones, errores de juventud, errores del pasado, algo que quisiera haber evitado en la existencia, pero que existen; sin embargo, al entorno se le muestra solo lo agradable, lo aceptable, como en el teatro: los rostros bien maquillados, los trajes presentables, pero la trastienda es siempre real y triste. Se busca evitar mostrar lo doloroso y lo vergonzoso, pues se teme perder la estima de los demás. Revelar esos sentimientos y esas experiencias se llama “hablar con la verdad”. Decimos la “verdad” cuando se toma el riesgo de dejar que se conozca a la persona realmente, al hablar espontáneamente de los sentimientos y vivencias.

Cristal 3 (Ciego): Lo que se ignora de uno mismo y los demás conocen. Muchas veces un perfecto extraño puede ver dentro de una persona en media hora, lo que esa persona puede descubrir en años de auto examinación. Desafortunadamente esta información no fluye hacia el interesado porque éste la bloquea constantemente; solo en momentos críticos el interesado permite que esta realidad sea recibida. Cuando alguien le dice cómo le parece, le está confrontando. La confrontación es vital para romper el autoengaño y pasar así el autodescubrimiento.

Cristal 4 (Desconocido): Material inconsciente, invisible. Lo que no se conoce de uno mismo y los demás tampoco.

Seguramente en algunas ocasiones hemos conocido o hemos experimentado casos de irracionalidad total. ¿Cuántas veces se ha hecho actos de completo mal juicio?, y en la cruda moral, con un arrepentimiento atroz, surgen las preguntas ¿Por qué lo hice? ¿Por qué lo dije? En las borracheras secas, ¿Cuántas veces el alcohólico ha actuado en forma irracional y absurda? Este cristal representa el área impredecible de ser humano. Está cargado de impulsos que llevan a conductas inimaginables, temores de toda índole, reacciones peligrosas y dramáticas que producen exceso de emociones frustraciones y rencores.

Se debe considerar que el cerebro no solo se caracteriza por almacenar información, sino que además tiene la virtud de almacenar y reproducir emociones. En él se almacena el recuerdo de olores gratos o desagradables, que hacen revivir momentos del pasado. De hecho, en la etapa de la niñez, se llega a almacenar gran cantidad de palabras, sensaciones e imágenes aún más comunicativas que el propio lenguaje.

Hay que tratar de recordar no solamente usando la capacidad de reproducir palabras, sino de recuperar sensaciones, estados de ánimo, olores, imágenes, en fin, todo aquello que hace posible los recuerdos.

Es por esto que es importante hacer algunas reflexiones para poder obtener la información que está generada en cada una de las áreas que conforman el SER TOTAL, y para ello, es necesario realizar un análisis breve del pasado, para rescatar la valiosa y significativa información de quienes son los individuos en realidad.

Si una persona acepta correr el riesgo de revelarse y descubrirse, y con honestidad habla de sus sentimientos y sus experiencias, del egoísmo, la soberbia, la lujuria, la insatisfacción, la esclavitud, las relaciones ilegítimas que tienen ocultas, de su corrupción, ambición desmedida, necesidad de poder y dinero, de las malas relaciones con padres, hijos, parejas, familiares y amigos, de la culpa, los resentimientos, de lo que se ha perdido, al final se dará cuenta de que todas las personas tienen una trastienda espiritual llena de telarañas, porque se es simple y sencillamente humanos, y como humanos imperfectos. Entonces aprenderá a comprender, a no juzgar y a perdonar, tanto a sí mismo como a los demás.

La terapia de grupo es el espacio donde un ser humano puede darse la oportunidad de comenzar a descubrirse, conocerse y volarse, a través de compartir con otros sus ideas, experiencias y sentimientos más íntimos, en un ambiente de confianza, respeto y consideración.

- Los factores terapéuticos grupales

El carácter esencial del tratamiento comunitario reside en la interacción propia del contexto comunitario en el que se convive y se trabaja en pro de objetivos comunes.

De hecho, para el modelo de comunidad terapéutica la convivencia y la interacción grupal representa la herramienta terapéutica más poderosa. De ahí la necesidad de incorporar en forma gradual y segura a los nuevos pacientes al grupo comunitario que funge como el principal agente de cambio.

La experiencia terapéutica comunitaria se refleja en las diferentes actividades comprendidas en el programa cotidiano. Los diferentes espacios compartidos pueden considerarse extensivos o complementarios al proceso comunitario global, en la medida en que este espacio propicia la sensibilización y apertura necesarias para el logro de las metas cognitivas y conductuales.

El trabajo grupal es el elemento distintivo por excelencia de este modelo, observando su presencia en los diferentes niveles de enfoque del tratamiento comunitario.

Un primer nivel es justamente el macro espacio comunitario, en el que absolutamente todas las actividades están marcadas por la convivencia y la interacción. Este contexto constituye un terreno ideal para aprender de otros, para practicar nuevas conductas y para auto conocerse. La existencia de un programa diario de actividades y de normas claras, definidas en un reglamento interno, aportan la estructura necesaria para promover el cambio conductual en el usuario.

Otro nivel de trabajo grupal es el de las diferentes psicoterapias o dinámicas grupales, que ocupa un lugar preponderante en los programas de tratamiento. Ya sea de tinte emocional, espiritual o de prevención de recaídas.

Un tercer nivel es el de los grupos de autoayuda que representan espacios en los que se comparte “experiencia, fortaleza y esperanza”. La catarsis, la escucha y la identificación son los ingredientes fundamentales de estas reuniones.

El trabajo grupal en cualquiera de sus niveles posee un enorme poder terapéutico vinculado con los numerosos “factores curativos” identificados por Irving D. Yalom en la Terapia grupal, cuya participación en el tratamiento comunitario se analiza a continuación.

Factores beneficiosos

A. Infundir esperanza

Yalom reconoce el valor terapéutico de la fe y de la esperanza. Esta se desarrolla al observar y escuchar a otros miembros del grupo que, cursando ya algunas semanas en tratamiento, tienen una visión más clara y positiva de los beneficios del mismo y sobre las posibilidades reales de iniciar una recuperación. Este elemento es fundamental al inicio del tratamiento en virtud de que el aislamiento del medio sociofamiliar y el ingreso a un contexto social desconocido, aunados a la interrupción de las sustancias psicoactivas, generan ansiedad y tensión, que en ocasiones pueden ser severas al punto de arriesgar la continuidad del tratamiento.

De ahí la necesidad de incorporar tempranamente a las personas de nuevo ingreso a la comunidad terapéutica y particularmente a las sesiones de Psicoterapia grupal.

B. La Universalidad

Este elemento opera de manera similar al anterior y es particularmente poderoso tratándose de un grupo de pares que tienen en común la misma problemática: adicción al alcohol y/o drogas. En la medida en que los miembros se auto revelan y escuchan a otros empiezan a constatar que comparten emociones tales como el dolor, el temor, la ambivalencia. Comparten también dificultades del día a día y de adaptación inicial a una vida sin químicos. Comparten por último el aislamiento de sus medios familiares y sociales y aprenden que pueden vivir temporalmente sin ellos, sobre todo en la medida en que al vincularse con otros se sienten menos solos.

C. Impartir información

En la Psicoterapia de grupo la información únicamente se utiliza en relación con los objetivos y las normas del grupo: frecuencia, duración, integrantes y reglas.

D. El Altruismo

Este elemento está presente en el trabajo grupal, sobre todo en la medida en que las personas al empezar a dar se sienten útiles a otros seres humanos y este es un sentimiento importante para alguien que en virtud de su dependencia química ha minimizado, ignorado o violado aspectos básicos de la convivencia humana como son la consideración, la atención o el respeto. Redescubrir el recurso de dar es uno de los elementos más poderosos y efectivos del cambio.

E. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario

Los patrones de interacción provenientes del grupo familiar de origen tienden a reproducirse en la terapia de grupo al interactuar con compañeros y con terapeutas. La observación y retroalimentación sobre estos patrones puede significar no solo la solución de problemas en el contexto del grupo, sino también representar una aportación para la solución de problemas gestados en la familia de origen. Esto se observa particularmente en la medida en que interactúan personas distintas en sexo y edad. Estos grupos heterogéneos pueden tener utilidad para revivir y comprender asuntos importantes no resueltos con miembros familiares. Sin embargo, dada la brevedad y las prioridades del tratamiento primario es preferible ganar en cohesión, aspecto que se logra más fácilmente con grupos más homogéneos.

F. Desarrollo de técnicas de socialización

Este elemento es básico en la medida en que el espacio grupal requiere de la práctica de una comunicación clara, directa y respetuosa, en la que juegan un papel importante tanto los elementos verbales como no verbales. Así mismo este espacio es idóneo para la expresión de sentimientos o emociones hacia los miembros del grupo que pueden incluir elementos verbales y no verbales, como una palmada o un abrazo. La participación del terapeuta debe ser muy activa para garantizar la oportunidad y adecuación de la comunicación entre los miembros del grupo.

G. La conducta de imitación

Este punto es importante tanto en relación con los compañeros como con respecto a las conductas del equipo profesional. De ahí la importancia de un modelaje congruente, en donde médicos, enfermeras y terapeutas sean los primeros en respetar las normas comunitarias y/o grupales. Cuando una norma es sistemáticamente transgredida por un grupo el primer elemento a revisar debe ser la congruencia del equipo terapéutico; en segundo término, la adecuación de la norma, pues en ocasiones existen normas obsoletas que hay que cambiar; y, en tercer término, la resistencia al cambio por parte de los pacientes.

H. El aprendizaje interpersonal

Este factor, siguiendo a Yalom, se basa en tres conceptos que son: la importancia de las relaciones interpersonales, la experiencia emocional correctiva y el grupo como microcosmos social. Para explicar la importancia de las relaciones interpersonales, Yalom cita a Harry Stack Sullivan, quien consideró que el estudio de la conducta y de las personalidades humanas se daba básicamente en el contexto de la relación con otros; por ello el grupo representa un espacio de autoobservación y retroalimentación ideal. La introspección sobre la naturaleza y repercusiones de la conducta no solo se realiza en términos intelectuales, sino también emocionales, siendo este elemento el que tiene mayor peso para generar el cambio. El concepto del microcosmos social se refiere a que el grupo va a constituir un foro en el que tarde o temprano los miembros reproducen sus patrones reales de conducta interpersonal, pudiendo aprender de la retroalimentación de otros. Como en el tratamiento primario los tiempos son limitados el trabajo de terapia grupal es un elemento presente en forma cotidiana en el programa de actividades para propiciar la aparición de conductas y emociones reales en los pacientes y poder así trabajar sobre ellas.

I. La cohesión del grupo.

Este elemento está en relación directa con la aceptación, por parte del grupo. No basta con ser escuchado, escuchar a otros y saber que no se es único en el dolor o en la enfermedad. Es indispensable el sentirse parte de. El adicto vive frecuentemente alineado, con una sensación de ser diferente, sintiéndose inadecuado en su medio familiar y social. Por ello uno de los aspectos curativos básicos en la terapia de grupo es el desarrollo del sentido de pertenencia al grupo, mismo que eventualmente constituye un puente entre el individuo y el grupo humano como un todo. Sentirse aceptado juega un papel determinante en el trabajo sobre la vergüenza, entendida ésta como un sentimiento de inadecuación esencial sobre sí mismo. Por último, vale la pena mencionar que un elemento importante para inducir el sentimiento de aceptación en el recién llegado es la empatía, por lo que el modelaje del terapeuta hacia otros pacientes es importante para propiciar el desarrollo de esta actitud.

J. La Catarsis

Este elemento terapéutico es bien conocido desde los trabajos de Freud y muchos otros psicoterapeutas de diversas corrientes, hasta la mecánica en los grupos de autoayuda, en donde juega un papel importante. Su papel es bien conocido en el proceso de sanación de la vergüenza. Sin embargo, menciona Yalom, este elemento sólo no basta para el cambio y debe enmarcarse en el trabajo de los otros elementos, no olvidando que la catarsis no es un elemento individual aislado, sino que se da en el contexto de las relaciones interpersonales. Ciertamente necesaria en el proceso de cambio, en ocasiones se sobrestima su importancia, o se malinterpreta su significado cayendo en posiciones de teatralidad y de histrionismo. El terapeuta debe vigilar el desarrollo una catarsis terapéuticamente útil en el contexto grupal.

K. Los factores existenciales

Este punto se refiere a la consideración hacia algunos principios provenientes del enfoque terapéutico existencial como, el énfasis en la elección, la libertad, la responsabilidad, el significado de la vida, los problemas relacionados con la vida y la muerte, la búsqueda de sentido, la aceptación de un punto en el que se está solo a pesar de la cercanía de otros, aspecto que debe enfrentarse porque es inevitable. Las aplicaciones de estos conceptos en tratamiento primario básicamente están en relación con el aspecto de la elección y de la responsabilidad sobre la propia recuperación. Este elemento se puede ejemplificar en los siguientes términos: “antes no sabía que esto es una enfermedad o bien no conocía las herramientas para enfrentarla, ahora tengo estos elementos. De mi depende su adecuada utilización”.

- Metas de grupo.

El termino meta se refiere al fin al que se dirige todo esfuerzo. Las metas de un grupo determinan la dirección y logros de este.

La importancia de las metas

1. Si el terapeuta sabe cuáles son las metas se las puede transmitir a su grupo y corroborar de esa manera si son compatibles con las metas personales para aclarar posibles malentendidos.
2. En ellas se basa la elaboración del plan de tratamiento.

Funciones de las metas de grupo

1. Ayudar a que los miembros entiendan su propósito dentro del grupo (ayuda a que el grupo crezca en una forma que beneficie a todos los miembros).
2. Mantener al grupo en una línea (minimiza la discusión ajena al tema).
3. Ayudar a que los miembros de grupo fijen metas a corto plazo, que les ayuden a lograr la meta final.
4. Apoyar en la evaluación del progreso del grupo.

A.Tipos de metas

Explícitas: Son directas, claras y específicas. Se habla de ellas en un lenguaje que el usuario entienda.

Implícitas: son aquellas que se sobre entienden. Suposiciones de lo que debe ser y lo que se debe hacer. Estas no le sirven al grupo.

El grado de claridad de las metas de grupo tiene un efecto sobre la motivación de los miembros.

Se ha visto que en los grupos donde hay metas expresadas y claras:

- a) Los miembros muestran menos hostilidad
- b) Existe más sentido de pertenencia al grupo
- c) Hay disposición para ser influenciados por el grupo
- d) Hay involucramiento con las metas de grupo
- e) Hay interés en satisfacer sus propias metas.

B. Metas de grupo y metas individuales

Las metas individuales pueden ser compatibles o no compatibles con las del grupo. Cuando las metas individuales son compatibles con las del grupo, ocurre un crecimiento personal de los miembros y esto promueve el crecimiento del grupo.

El miembro del grupo al satisfacer su meta está complementando la meta del grupo, al apoyar las normas del grupo fomenta la honestidad y modela la conducta que apoya a la meta del grupo.

El grupo proporciona la oportunidad para que el miembro trabaje en su meta al ser más abierto y honesto en sus interacciones.

Cuando las metas individuales son incompatibles con las del grupo

1. El miembro del grupo busca la manera de satisfacerla fuera del grupo.
2. En el caso en que un miembro esté tratando de satisfacer una meta incompatible con la del grupo, el crecimiento del individuo y del grupo se ve afectado de manera negativa.
3. Muchas de las metas incompatibles son implícitas y pueden ser inconscientes.
 - Las metas incompatibles serán expresadas indirectamente por la conducta del miembro (son a menudo patrones de conducta, funciones y papeles que juega dentro del grupo).
 - Las violaciones de las reglas y la conducta inconsistente con las metas de grupo son indicadores de estas metas implícitas e incompatibles.
4. Una meta incompatible puede ser convertida en una meta compatible.

Las metas incompatibles pueden hacerse explícitas y pueden ser manejadas por medio de terapia, habilidades de grupo y técnicas como:

1. Retroalimentación
2. Confrontación
3. Solución de problemas
4. Interpretación
5. Identificación de alternativas

Metas de terapia de grupo en el tratamiento

1. El desarrollo de alternativas para la NEGACIÓN (eliminación de la negación como obstáculo para el tratamiento).
2. Establecer un sistema de apoyo para un estilo de vida en sobriedad y funcionalidad.

3. Autoconciencia.
4. Desarrollar el auto respeto y la autoaceptación.
5. Desarrollo de estilos alternativos de comunicación que promuevan el crecimiento personal y efectividad interpersonal.
6. Establecer la Autenticidad en las interacciones personales.
7. Promoción de la conciencia y expresión de sentimientos personales.
8. Desarrollo de patrones de conducta alternativos.

Ejemplos de metas compatibles

- Ser más abierto y honesto
- Aprender a confiar en uno mismo y en otros
- Ser auténtico y genuino
- Crecer en el sentido de autoaceptación y aprender a no exigir perfección de uno mismo
- Disminuir los temores
- Decidir por uno mismo los estándares que nos guiarán
- Aprender a confrontar a otros con consideración, honestidad y franqueza
- Aprender a pedir lo que uno quiere
- Aumentar la autoconciencia y por ende las posibilidades de opciones y acción
- Aprender la distinción entre tener sentimientos y actuar sobre ellos
- Aclarar los valores que uno tiene y decidir si los modifica o no
- Ser capaz y ser tolerante
- Encontrar maneras de resolver problemas personales
- Explorar los potenciales escondidos y la creatividad
- Aprender a cómo dar a las personas
- Ser más sensible a las necesidades y sentimientos de otras personas
- Aumentar la capacidad de preocuparse por otras personas

Ejemplos de metas incompatibles

- Probar que no tengo un problema de alcohol/drogas
- Agradarles a todos y tener su aprobación
- Hacer lo que se me dice y salir de aquí
- Que me resuelvan los problemas
- Evitar el tomar riesgos
- Proteger mi imagen
- Evitar el dolor
- Encargarme de cuidar y proteger a otros miembros del dolor
- Evitar el conflicto en el grupo

- Guardarme mis sentimientos
- Mantener a otras personas a distancia
- Ser visto pero no escuchado
- Convencer al grupo de que mis problemas son peor que los de los demás
- Señalar las imperfecciones de los demás
- Convencer al grupo de que no necesito ayuda

C. Proceso y contenido de grupo

En todas las interacciones humanas existen dos áreas principales: contenido y proceso. La primera (**contenido**) trata sobre el tema (materia) o la tarea sobre la que el grupo está trabajando. En la mayoría de las interacciones, el foco de la atención de todas las personas está sobre el contenido.

El segundo ingrediente (**proceso**), es lo que está pasando entre los miembros y a los miembros del grupo mientras el grupo está trabajando. El proceso del grupo, o las dinámicas, tratan de puntos tales como la moral, el matiz o tono de los sentimientos, la atmósfera, participación, los estilos de influencia, las luchas por el liderazgo, el conflicto, la competencia, la cooperación, etc.

En la mayoría de las interacciones, se da muy poca atención al proceso, aun cuando es la causa principal de una acción ineficaz del grupo. La sensibilidad al proceso del grupo permite diagnosticar los problemas del grupo al inicio y tratarlos de una manera más competente. Ya que estos procesos están presentes en todos los grupos, el conocimiento de ellos aumentará el valor que tenga una persona para el grupo y le permitirá a él o ella ser un participante del grupo más efectivo.

C1. Participación

Un indicador del involucramiento es la participación verbal. Busque las diferencias en la cantidad de participación entre los miembros.

1. ¿Quiénes son los participantes más prominentes?
2. ¿Quiénes son los participantes menos prominentes?
3. Ve usted un cambio en la participación, por ejem. ¿Los más prominentes se vuelven muy callados, los menos de pronto se vuelven muy platicadores?
4. ¿Ve usted alguna posible razón para esto en la interacción del grupo?
5. ¿Cómo son tratados las personas que no hablan?
6. ¿Cómo se interpreta su silencio?
7. ¿Su aprobación?
8. ¿Su desinterés?
9. ¿Su miedo?, etc.

10. ¿Quién habla con quién?
11. ¿Ve usted una razón para esto en las interacciones del grupo?
12. ¿Quién es el que mantiene la chispa?
13. ¿Ve usted una razón para esto en las interacciones del grupo?

C2. Influencia

La influencia y la participación no son lo mismo. Algunas personas hablan poco, pero aun así capturan la atención de todo el grupo. Otras pueden hablar mucho pero generalmente no son escuchados por los otros miembros del grupo.

1. ¿Qué miembros tienen mucha influencia? Es decir, cuando ellos hablan los otros parecen escuchar.
2. ¿Qué miembros tienen menos influencia? Los otros no los escuchan o no los siguen. ¿Hay algún giro en la influencia?
¿Quién gira?
3. ¿Usted ve alguna rivalidad en el grupo?
¿Hay una lucha por el liderazgo?
¿Qué efecto tiene sobre otros miembros del grupo?

Estilos de influencia

La influencia puede tomar muchas formas. Puede ser positiva o negativa; puede lograr el apoyo o cooperación de las otras personas o apartados. Cómo intenta la persona influenciar a otras puede ser el factor crucial para determinar qué tan cerrados o abiertos estarán los otros para ser influenciados.

1. **Autocrático:** ¿Alguien intenta imponer sus valores a otros miembros del grupo o trata de forzarlos a que apoyen las decisiones de él o de ella? ¿Quién evalúa o critica o juzga a otros miembros del grupo? ¿Algunos miembros del grupo bloquean la acción cuando no se está moviendo en la dirección que ellos desean? ¿Quién empuja para “organizar el grupo”?
2. **El Pacificador:** El que apoya muy entusiastamente las decisiones de otros miembros del grupo. ¿Alguien trata consistentemente de evitar que se expresen los conflictos o sentimientos desagradables echándole leña al fuego? ¿Existe algún miembro que sea característicamente diferente hacia otros miembros del grupo, les da el poder? ¿Parecen evitar algunos miembros el dar retroalimentación negativa?, por ejemplo: ¿Quién es honesto solamente para dar retroalimentación positiva?

3. **El Liberal:** ¿Están algunos miembros del grupo poniendo atención con su aparente falta de participación en el grupo? ¿Algún miembro del grupo está de acuerdo con las decisiones del grupo sin parecer comprometerse de un modo ni de otro? ¿Quién parece encerrado en sí mismo y desinvolucrado? ¿Quién no inicia la actividad, participa mecánica y solamente en respuesta a preguntas de otros miembros del grupo?
4. **El Democrático:** ¿Hay alguien que trate de incluir a todos en las decisiones o discusión del grupo? ¿Quién expresa abierta y directamente sus opiniones sin evaluar o juzgar a los otros? ¿Quién parece estar abierto a la retroalimentación y críticas de los otros? ¿Cuándo se manifiestan la tensión y los sentimientos, qué miembros intentan manejar el conflicto en una forma que solucione el problema?

C3. Procedimientos para la toma de decisiones

Muchos tipos de decisiones se toman en grupo sin considerar los efectos de estas decisiones sobre los otros miembros del mismo. Algunas personas tratan de imponer sus decisiones al grupo, mientras que otras quieren que todos los miembros participen y compartan las decisiones que se tomen.

1. ¿Hay alguien que tome decisiones y las lleve a cabo sin verificar con los otros miembros del grupo? (**Autoritaria**). Por ejemplo, él o ella decide qué tema va a ser discutido e inmediatamente empieza a hablar sobre él. ¿Qué efecto tiene esto sobre otros miembros del grupo?
2. ¿El grupo cambia de tópico a tópico?
¿Quién es el que hace cambio de tópico?
¿Ve usted una razón para estas interacciones del grupo?
3. ¿Quién apoya las sugerencias o decisiones de los otros miembros?
¿Su apoyo da como resultado el que esos dos miembros decidan sobre el tópico o actividad del grupo (**apretón de manos**)?
¿Cómo afecta esto a otros miembros del grupo?
4. ¿Existe alguna evidencia de una mayoría que esté tratando de pasar una decisión por encima de las objeciones de otros miembros?
¿Se llama a votar? (**apoyo de la mayoría**).

5. ¿Hay algún intento de hacer que todos los miembros participen en las decisiones? (**consenso**)
 - ¿Qué efecto parece tener sobre el grupo?
 - ¿Hace alguien alguna contribución que no reciba ninguna respuesta o reconocimiento?
 - ¿Qué efecto tiene esto sobre el miembro del grupo a quien esto le sucede?

C4. Funciones de tarea

Estas funciones ilustran las conductas que conciernen a la realización del trabajo, o a la ejecución de la tarea que el grupo tiene frente a él.

1. ¿Alguien pregunta o hace sugerencias sobre cuál es la mejor manera de proceder o abordar un problema?
2. ¿Intenta alguien resumir lo que se ha cubierto o lo que ha estado pasando en el grupo?
3. ¿Hay alguien dando o preguntando por hechos, ideas, opiniones, sentimientos, retroalimentación, o buscando alternativas?
4. ¿Quién mantiene al grupo en el objetivo?
¿Quién evita que se salten de tópico o se vayan por la tangente?

C5. Funciones de mantenimiento

Estas funciones son importantes para la moral del grupo. Ellas mantienen las relaciones de trabajo entre los miembros del grupo en buen estado y armoniosas y crean una atmósfera de grupo que permite que cada miembro contribuya a su máximo. Ellas aseguran un trabajo de equipo parejo y efectivo dentro del grupo.

1. ¿Quién ayuda a que otros miembros entren a la discusión? (los porteros)
2. ¿Quién corta a otros o los interrumpe? (Los cierra cancelas)

3. ¿Qué tan bien transmiten sus ideas a otros miembros? ¿Están algunos miembros absortos y no están escuchando? ¿Hay algún intento por parte de miembros del grupo de ayudar a que otros aclaren sus ideas?
4. ¿Cómo son rechazadas las ideas?
¿Cómo reaccionan otros miembros cuando sus ideas no son aceptadas?
¿Intentan los miembros apoyar a otros cuando ellos rechazan sus ideas?

C6. La atmósfera del grupo

Algo acerca de la manera como trabaja el grupo es lo que crea una atmósfera que a su vez se revela en una impresión general. Además, la gente puede diferir sobre el tipo de atmósfera que les guste en el grupo. Se puede obtener más percepción de la atmósfera característica de un grupo encontrando palabras que describan las impresiones mantenidas por los miembros del grupo.

1. ¿Quién parece preferir una atmósfera agradable y amistosa?
¿Hay algún intento de suprimir el conflicto o los sentimientos desagradables?
2. ¿Quién parece preferir una atmósfera de conflicto o desacuerdo?
¿Algunos miembros provocan o enojan a otros?
3. ¿Las personas parecen involucradas o desinteresadas?
¿Es una atmósfera de trabajo, juego, satisfacción, de tomar el vuelo, lentitud, etc.?

C7. Membresía

Una gran preocupación de los miembros del grupo es el grado de aceptación o inclusión en el grupo. En el grupo se pueden desarrollar diferentes patrones de interacción, los cuales dan una indicación sobre el grado o tipo de membresía.

1. ¿Existen subgrupos? Algunas veces dos o tres miembros pueden estar consistentemente de acuerdo y apoyarse el uno a otro o diferir constantemente y oponerse el uno al otro.
2. ¿Algunos miembros parecen estar “fuera” del grupo?
3. ¿Algunos miembros parecen estar “dentro”?
4. ¿Cómo son tratados esos de “afuera”?

5. ¿Hay algunos miembros del grupo que se muevan dentro y fuera del grupo, por ejem? que se inclinen hacia adelante o hacia atrás de sus sillas o se muevan hacia adentro y hacia fuera?
6. ¿En qué condiciones entran o se salen?

C8. Sentimientos

Durante cualquier discusión de grupo, frecuentemente se generan sentimientos debido a las interacciones entre los miembros. Estos sentimientos, sin embargo, rara vez se sacan. Los observadores tendrán que hacer suposiciones basados en el tono de voz, las expresiones faciales, los gestos, y muchas otras indicaciones no verbales.

1. ¿Qué señales de sentimientos observa usted en los miembros del grupo: coraje, irritación, frustración, calor, afecto, emoción, aburrimiento, defensividad, competitividad, etc.?
2. ¿Ve usted algún intento del grupo para bloquear la expresión de los sentimientos, particularmente los sentimientos “negativos”? ¿Cómo se hace esto? ¿Alguien hace esto consistentemente?

C9. Normas

Se pueden desarrollar estándares y reglas básicas en un grupo que controlan la conducta de sus miembros. Las normas usualmente expresan las creencias o deseos de la mayoría de los miembros del grupo en lo que respecta a que conductas deberán o no deberán tener lugar en el grupo. Estas normas pueden estar claras para todos los miembros (explícitas), conocidas o percibidas solamente por unos cuantos (implícitas), u operando completamente por debajo del nivel de conciencia de cualquier miembro del grupo. Algunas normas facilitan el progreso del grupo y algunas lo obstaculizan.

1. ¿Hay algunas áreas que son evitadas por el grupo (por ejemplo, sexo, religión, el hablar sobre los sentimientos actuales del grupo, discutir la conducta del líder, etc.)?
¿Quién parece reforzar esta evasión?
¿Cómo lo hace?
2. ¿Son los miembros del grupo extremadamente agradables y atentos unos con otros?

- ¿Son expresados solamente los sentimientos positivos?
- ¿Se ponen de acuerdo los miembros entre ellos demasiado rápido?
- ¿Qué pasa cuando los miembros discrepan?

3. ¿Ve usted operando normas acerca de la participación sobre el tipo de preguntas que se permiten (por ejemplo, “Si yo hablo, tú tienes que hablar”; “Si yo digo mis problemas, ¿tú también tienes que decir tus problemas”)?
- ¿Se sienten los miembros libres de sondearse unos a otros acerca de sus sentimientos? ¿Se restringen las preguntas a tópicos intelectuales o eventos fuera del grupo?

D. Guía para el proceso de observación (de aplicación y monitoreo)

Durante el proceso es de suma importancia que el terapeuta se encuentre en constante observación, esta es una de las habilidades que mayormente tendrá que desarrollar para identificar e intervenir en el proceso, por lo que a continuación se presentan una serie de situaciones que habrá que observar si suceden o no en las sesiones.

D1. Participación

1. Extremadamente baja, la mayoría no participó, dominó un miembro.
2. Baja, varios miembros dominaron la sesión.
3. Promedio, la mayoría de los miembros tuvo poco que decir.
4. Por encima del promedio, la mayoría contribuyó a la discusión, los miembros callados escucharon activamente.
5. Alta, todos los miembros participaron activamente en la discusión o escucharon activamente y participaron ocasionalmente.

D2. Atmósfera

1. Hostil y competitiva.
2. Defensiva e inhibida, los miembros con temor a arriesgarse.
3. Conducta de apoyo ocasional, compartieron sentimientos en medida limitada.
4. Los miembros generalmente en papel de apoyo, desinhibidos, dispuestos a tomar riesgos.
5. Bastante conducta de apoyo, los miembros abiertos y honestos unos con otros, se respetaron las contribuciones.

D3. Toma de Decisiones

1. Decisiones calladas hechas por el grupo, actuadas, no exteriorizadas.
2. Tomada por una persona, quien decide y actúa (Autoritaria).
3. Tomada por dos personas, una sugiere y la otra la apoya (apretón de manos).
4. Por opinión de la mayoría.
5. Por consenso, acordada por todos.

D4. Normas

1. Se violan las reglas básicas, operan las normas implícitas.
2. Hay alguna adherencia a las reglas básicas, operan las normas implícitas.
3. Normas implícitas exteriorizadas, los miembros toman alguna responsabilidad para reforzar las reglas básicas.
4. Se cuestionaron las normas implícitas, se comienzan a seguir las reglas básicas por parte de los miembros.
5. Se siguieron las reglas básicas de manera consistente, se desecharon las normas implícitas o se hicieron explícitas.
¿Qué normas implícitas, si las hubo, estuvieron en operación?

D5. Estilos de influencia

-Autocrático-Pacificador-Liberal-Democrático-

¿Qué evidenció el estilo(s) de arriba?

¿Quién, utilizando qué estilo, tuvo la mayor influencia?

¿Quién tuvo la menor influencia?

D6. Sentimientos

¿Cuál fue el tono general de los sentimientos de la sesión? (¿Anote cualquier cambio significativo?)

¿Qué sentimientos fueron expresados?

¿Qué sentimientos supone usted que fueron o no fueron expresados? (Dé los indicadores de conducta).

D7. Membresía (inclusión/exclusión)

¿Hubo subgrupos?

¿Qué puntos o características fueron las bases para el subagrupamiento?

¿Cuál, si hubo alguno, de los miembros pareció estar “fuera” del grupo?

¿Cómo trataron los de “adentro” a los de “afuera”?

E. Etapas de desarrollo de grupo

La importancia de la comprensión de la secuencia de desarrollo de un grupo es para proporcionarle al terapeuta:

1. Un sentido de dominio y dirección.
2. Una base para entender la conducta y evaluar lo apropiado de la conducta
3. (Lo que es conducta apropiada en una etapa podría ser una conducta problema en otra).
4. Una manera de diagnosticar los problemas de grupo y los bloques.
5. Una manera de evaluar el crecimiento y progreso del grupo.
6. Una base para realizar intervenciones apropiadas.
7. Una guía para ayudar a que el grupo desarrolle reglas terapéuticas que promuevan un desarrollo óptimo.
8. Una perspectiva para analizar observaciones del proceso.

Las cuatro etapas:

- a. Infancia: Una etapa de orientación.
- b. Adolescencia: Una etapa de reto y conflicto.
- c. Madurez: Una etapa de cohesión y trabajo.
- d. Terminación: Una etapa de separación/reingreso.

E1 Asuntos asociados con la etapa / infancia

- a. Identidad: Inquietudes o preguntas por parte de los miembros del grupo
 - a. sobre quienes son ellos en el grupo; como serán vistos; y como quieren ellos ser vistos.
- b. Membresía / Inclusión: Inquietudes sobre el ser aceptado por el grupo;
 - a. preguntas sobre lo que necesitan ellos hacer para ser incluidos: cual es el “boleto de entrada” al grupo.

- c. Dependencia: Inquietudes sobre lo desconocido, sobre lo que realmente
 - a. pasará en el grupo; dependencia para con el líder para que este proporcione dirección y se haga cargo; fantasías sobre el poder del líder para curarlos, cuidarlos, ser todo para todos, y satisfacer cada una de sus necesidades.
 - b. Compromiso: Es cuestión del grado de inversión en la experiencia de grupo que quiera hacer el miembro del mismo; dudas o esperanzas sobre la efectividad del grupo; cuestión de a lo que los miembros tengan que renunciar para formar parte del mismo.

Posibles sentimientos de los miembros generados en la etapa de la infancia.

- a. Miedo: (Qué pasa si soy atacado(a) por el grupo?, ¿Qué pasa si expongo mis debilidades? ¿Saldré herido(a)?, ¿Qué pasa si la gente me ve como un fracasado?, ¿Qué pasa si digo algo equivocado?, ¿Qué pasa si pierdo el control?).
- b. Ansiedad: (¿De qué se supone que tengo que hablar? ¿Qué pasa si no puedo pensar en nada que decir?, ¿Si yo no puedo ayudarme, ¿cómo puedo ayudar a estas otras personas?, ¿Me pregunto si este grupo puede en realidad ayudarme? ¿Me pregunto qué tan bueno es el terapeuta? ¿Puedo confiar en ella/él?).
- c. Confusión: (¿Qué estoy haciendo aquí?, ¿Cómo me va a ayudar esto?, ¿Cómo voy a tener ayuda cuando hay tantos usuarios y solamente dos terapeutas?, ¿Qué se espera de mí?, Estas personas se ven tan diferentes de mí ¿Cómo podremos ayudarnos?).
- d. Resentimiento: (“Primero me envían a este entupido programa, luego me me asignan a este grupo tonto!”, ¿Qué demonios estoy haciendo aquí con esta bola de droga usuarios y “borrachos”? “¡Ese terapeuta se ve muy novato, apuesto a que le podría enseñar mas de dos cosas!”).
- e. Sospecha: (¿Qué quieren estas personas de mí?, ¿Cómo puedo saber si confiar en estos tipos?, ¿Por qué necesitamos esas reglas básicas? ” Apuesto a que la gente nada mas está esperando a que desembuque todo para luego brincar sobre mí”).
- f. Alivio: (¡“Supongo que no soy el único con este problema!” “Ese terapeuta está en lo correcto, apuesto a que puede resolverme los problemas. ¡Parece saber todas las respuestas!”).
- g. Expectativa: (“Esto se ve bien. Yo tengo experiencia y puedo ayudar a esta gente”. “Voy a ser el mejor miembro del grupo que haya habido. Seguro que ese terapeuta va a estar muy satisfecho conmigo”).

E2. Asuntos asociados con la etapa II / adolescencia

- a. Poder: (La habilidad para actuar o producir un efecto; posesión o control, autoridad o influencia sobre otros). Preocupación sobre quien tiene el poder sobre quien. ¿Quién y de qué manera, va a determinar la dirección del grupo? Asunto sobre que tanto poder tiene el líder, el grupo o el individuo o el poder que pueda tener sobre lo que pasa en el grupo.
- b. Autoridad: (El poder legítimo otorgado para un propósito específico dentro de los límites especificados). El terapeuta es designado como el líder del grupo. Como “autoridad” responden a él o a ella como lo hacen con las figuras de autoridad en sus vidas. Algunos quieren darle al terapeuta de lo que él o ella realmente tienen, y algunos quieren “bajarle la silla”. Cuando el “súper líder” de la Etapa (por ejemplo, el terapeuta) se ha mostrado que solamente es un humano, los miembros a menudo tienen sentimientos de miedo y de coraje. Ellos pueden estar muy ambivalentes sobre la cantidad de poder que quieren que él o ella ejerza, tal vez apoyando un “relevo de mando” y temiéndolo al mismo tiempo, o atacando y apoyando al terapeuta de manera alternativa.
- c. Control: Ejercer el poder para dirigir o refrenar.
- d. Influencia: (Producir un efecto sin ejercer una fuerza aparente o el uso directo de una orden). A medida que el grupo lucha con la redistribución del poder que le han dado al líder en la etapa I, se presenta el problema sobre quien tendrá mayor influencia sobre el grupo y quien actuará para dirigirlo o refrenarlo.
Los miembros luchan sobre qué tanto poder tienen ellos; qué tanto quieren; Y sobre qué pasará si ellos ejercen o no ejercen el control o influencia.
- e. Establecimiento de normas: Antes de que el grupo se ponga a realizar trabajo productivo, los miembros deben decidir cómo van a trabajar juntos, qué reglas van en realidad a obedecer. Ocurren retos o infracciones a las Reglas básicas a medida que los miembros luchan por determinar el grado al que serán convencidos por las mismas. También se prueban las normas adicionales, explícitas e implícitas.
- f. La función/rol de los miembros: Esta cuestión tiene que ver con los papeles que cada miembro va a asumir en el grupo. Existe competencia por el papel del líder ya que los miembros maniobran para conseguir el puesto. Si el coraje para con el líder no tienen una salida, a menudo el grupo encontrará un “chivo expiatorio”. Es por medio de la experimentación con los papeles que los miembros encuentran roles funcionales para la siguiente etapa.

Posibles sentimientos generados por asuntos de la fase de la adolescencia:

- a. Coraje: (“El terapeuta es un inútil-no sirve para nada. Algún experto-Yo podría hacerlo mejor que eso. Ahí va Juan, divagando sobre su suegra de nuevo-siempre buscando ser el centro de atención. Creo que voy a dejar que lo haga si sigue en las mismas. Estas reglas básicas son una bola de tonterías-nadie me dice como decir las cosas!”).
- b. Miedo: (“Creo que me voy a quedar callado--¿qué tal si la toman contra mí tal como lo hicieron con Edgar? Espero que la terapeuta sepa lo que está haciendo--algunas gentes son realmente hostiles con ella”).
- c. Excitación: (“Bueno, empiezan a ocurrir cosas. Supongo que éste no es solamente otro grupo de discusión después de todo”).
- d. Frustración: (“No vamos rápido hacia ningún lado. Quisiera que alguien hiciera algo. Es tan confuso que no sé qué hacer o decir”).
- e. Desesperanza: (“Esto es inútil. Por un rato pensé que Francisco se haría cargo, pero ahora nadie le está prestando atención. No me gusta este conflicto-Creo que me voy a salir- es inútil!”).

E3 Asuntos asociados con la etapa III/madurez

- a. Intimidad y confianza: A medida que la cercanía y la confianza se desarrolla en el grupo, el asunto se vuelve qué tan cercanos pueden estar ellos y qué tanta confianza se desarrolla. Los miembros “prueban el agua” y se involucran en la revelación sobre sí mismos y en dar y recibir apoyo y retroalimentación.
- b. Cohesión vs autonomía: A medida que el grupo se vuelve cohesivo, los miembros luchan por encontrar formas de ser parte del grupo e individuos autónomos. Apoyándose en una base de cosas en común y en la confianza mutua del grupo cohesivo, las diferencias pueden salir a la superficie y ser aceptadas.
- c. Responsabilidad de tareas: Los miembros asumen responsabilidad para las tareas. Cada individuo tiene que decidir qué tanta responsabilidad acepta, bajo que circunstancia y por qué tanto tiempo él o ella quiere aceptarla.
- d. Interdependencia: Los miembros empiezan a darse cuenta de que ellos necesitan a los otros miembros y que a su vez ellos son necesitados con el fin de lograr la tarea y crecer como un grupo e individualmente.

Posibles sentimientos generados por asuntos de la etapa de la madurez

- a. Apreciación: (“El terapeuta realmente ha ayudado a conjuntar el grupo. Juan ha pasado por tantas cosas, pero ahí se mantiene. Irene estaba en lo correcto sobre la forma como yo alejaba a la gente-Nunca me había dado cuenta. Me gusta lo que hice entonces. Supongo que yo puedo realmente ayudar a otra gente”).
- b. Afecto/calidez: (“Me siento muy bien con Ramón, él fue realmente de gran apoyo. Mary me cae bien, su sentido del humor ayuda a poner las cosas en perspectiva”).
- c. Esperanza: (“Supongo que realmente puedo hablar sobre estas cosas. Esta gente no parece molestarse--parece que les caigo bien y me respetan. Ya he hecho cosas en este grupo que nunca antes había tenido el valor de hacer. A lo mejor las cosas van a estar bien”).
- d. Excitación: (“Aquella retroalimentación del otro día fue un poco difícil de oír pero hizo una diferencia real--aún mi mujer notó una diferencia en mí. Me muero por las otras sesiones--La gente realmente dice las cosas como son y por primera vez las puedo escuchar”).
- e. Ansiedad: (“Ha pasado mucho tiempo desde que me sentí tan cerca de la gente y confiaba en cualquiera. Se siente tan bien, pero es tan nuevo que a veces también me siento realmente vulnerable”).

E4 Asuntos asociados con la etapa IV/terminación

- a. Separación: Las terminaciones en un grupo reactivan memorias y sentimientos sobre separaciones en el pasado. Cada miembro tendrá diferentes formas de manejar o evitar el asunto de la separación.
- b. Aplicación: Un asunto de reingreso es la aplicación fuera del grupo de las nuevas conductas aprendidas en el mismo.
- c. Independencia: Este asunto de reingreso causa preocupación sobre continuar sin el grupo para ayuda y apoyo. Aunque los miembros deseablemente desarrollarán otros grupos de relaciones y apoyos interdependientes, después de la proximidad y apoyo del grupo, la independencia puede aparecer como una bendición mixta que genera sentimientos ambivalentes.

Posibles sentimientos generados por los asuntos de la etapa de terminación.

- a. Tristeza: “Esta gente es realmente importante para mí. Me duele pensar en dejarlos. Me entristece”.
- b. Alivio: ¡“Lo hice! Además, lo hice muy bien. Trabajé duro--aprendí algunas cosas sobre mí mismo: hice algunos cambios; le ayudé a otras personas. Fue bastante intenso. Ahora es la oportunidad de relajarme y darle buen Uso”.
- c. Ansiedad: “No sé. Lo hice muy bien en el grupo--No estoy seguro de que lo pueda hacer afuera todavía”.
- d. Esperanza: “Si lo puedo hacer en el grupo, lo puedo hacer en otras partes. Realmente he hecho algunos cambios. Creo que las cosas me van a funcionar -voy a hacerlas que funcionen”.
- e. Enojo: Tenía que terminar cuando me estaba acercando a la gente y obteniendo logros reales. Ellos creen que es fácil hacerlo uno sólo. ¿Para qué involucrarse si tiene que ocurrir esto?”.
- f. Depresión: “Por un tiempo estuve bastante estimulado por el grupo. Ahora no siento nada. Solo cansado y apagado”.

2.4 Impacto de la terapia de grupo en el Trastorno Dual

El tratamiento en grupo es útil porque reduce la tendencia al abandono, permite el insight mediante un proceso de identificación, se centra en la situación de aquí y ahora, muestra la universalidad vivida de sentimientos y reacciones, se demuestra que son posibles otros tipos de conducta, es un lugar adecuado para experimentar nuevas conductas, ayuda a contrarrestar la influencia social, permite optimizar el tiempo del terapeuta, proporciona la universalidad de la pérdida de control respecto del alcohol y la coexistencia de pacientes en diferentes fases del tratamiento ofrece modelado así como generalización de experiencias y el grupo puede ejercer control externo.

En 2017 el Centro Provisional de Drogodependencias de Granada, España y la Universidad de Granada, España realizaron un estudio sobre la “Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto del Trastorno Dual en el Resultado del Tratamiento” en el que se plantean dos objetivos, el primero era examinar la efectividad de la intervención cognitivo-conductual en la modalidad grupal para el tratamiento del alcoholismo en un centro

ambulatorio e investigar si en el resultado del tratamiento influía de forma significativa la presencia de psicopatología comórbida, más específicamente de TP, la propia duración de la intervención en grupo, el tiempo máximo de abstinencia conseguido por el paciente antes de iniciar este tratamiento como experiencia previa en el abandono del consumo de alcohol o el uso de medicación aversiva específica para el tratamiento del alcoholismo en los primeros meses. El segundo objetivo que se perseguía era analizar qué pacientes reinician el tratamiento tras la alta terapéutica en un plazo de 2 a 17 años después de recibir el alta y profundizar en la relación que pueda existir con la duración del tratamiento, presencia de TP y finalización del periodo de revisión tras el alta.

Para el estudio se utilizaron instrumentos como la entrevista clínica para la psicopatología, para los TP se utilizó el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (Loranger, 1994; adaptado a la población española por López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996). Y la abstinencia era evaluada a partir de la información proporcionada por la familia, la cual se comprometía a informar de incidentes ocurridos, así como a realizar análisis de sangre.

El programa de intervención se trató de una terapia de grupo abierto en el que se iban incorporando pacientes y se daba de alta a aquellos que logran los objetivos terapéuticos. El número máximo de pacientes que se llegó a tener fue de nueve, los cuales compartieron el proceso de recuperación con pacientes que llevaban varios meses abstinentes o se encontraban próximos a finalizar el tratamiento. Las sesiones tenían una duración de sesenta minutos, una vez a la semana. La duración del tratamiento en grupo dependía fundamentalmente de la propia evolución del paciente y su finalización se decidía en función de la consecución de los componentes esenciales del programa de intervención. En general el tratamiento duraba unos doce meses. Cabe destacar que tras la alta terapéutica se llevaron a cabo sesiones de revisión, periodo durante el cual el paciente acudía a una sesión de grupo cada tres meses a lo largo de un año más. Estas sesiones de revisión no solo tenían el interés de conocer la situación del paciente que fue dado de alta, sino que permitía tanto al propio paciente que acude como a los que continúan en tratamiento contrastar sus procesos de recuperación y servir de ejemplo para aquellos que aún no han finalizado el tratamiento.

Existieron tres tipos de finalización del programa; el alta terapéutica la cual se basaba en el criterio esencial que el paciente tenga una buena evolución, esto es, que haya conseguido con éxito los componentes esenciales del programa de intervención, el segundo es el alta voluntaria la cual en general se trata de pacientes que han evolucionado bien en el tratamiento pero no desean continuar en él o es incompatible con su trabajo, el tercero es el alta derivada o cambio de indicación terapéutica esto se daba a partir del cambio de la indicación terapéutica para su

continuidad en psicoterapia individual por razones de incumplimiento de compromisos esenciales para la participación en terapia de grupo o por presentar una mala evolución a nivel grupal, y el último fue el abandono lo que se daba por que el paciente dejaba de acudir a terapia de grupo entre los dos primeros meses o presenta mala evolución e incumplimiento de compromisos esenciales con independencia del tiempo que haya permanecido en grupo.

Los resultados fueron los siguientes:

- Alta terapéutica el 56.2% (n = 73)
- Alta voluntaria el 12.3 % (n = 16)
- Cambio de modalidad terapéutica a nivel individual en el 9.2 % (n = 12)
- Abandono 22.3 % (n = 29)

Las causas por las que los pacientes dejaron de acudir a terapia de grupo de forma prematura fueron la falta de asistencia reiterada (9.8%, n = 13), la incompatibilidad de su trabajo con la continuación del tratamiento (4.5%, n = 6), presentar mala evolución como sucede cuando hay varios consumos en un corto periodo de tiempo (13.6%, n = 18) o no adaptarse a esta modalidad terapéutica (6.8%, n = 9).

De los pacientes que finalizaron con alta terapéutica, el 75.3% (n = 55) no reiniciaron tratamiento con posterioridad, mientras que el 24.78% (n = 18) sí lo reiniciaron.

CAPITULO III

Terapia Gestalt

3.1 Modelo Gestalt

La Gestalt, como terapia, se practica en diferentes contextos y con objetivos muy variados; por ejemplo, con un individuo, parejas, familias, grupos reguladores, grupos de desarrollo personal e incluso en empresas.

Fritz Perls creó un proceso de terapia que en su forma ideal evita conceptos tales como las propias conjeturas o las de otros, dando paso al estudio de los datos de la conducta observable que constituye directamente el fenómeno.

La terapia Gestalt sugiere la noción de la suma de todas las partes, es decir, integridad. Esta orientación se refiere a la Gestalt como la unidad donde se encuentran todas las experiencias, también éstas incluyen la parte física que depende de la percepción del propio cuerpo.

El objetivo de la psicoterapia es restablecer y sanar las partes perdidas de la personalidad, por lo que el terapeuta se enfoca, junto con el usuario, al proceso de recuperar sensaciones y conductas que este último ha minimizado o no tomado en cuenta y que ahora considera que no le pertenecen. También se ocupa de los límites del yo, ya que, al rechazar y arrojar más allá de éstos, la persona se vuelve estructurada y artificial, mostrando formas de comportamiento que tienen poca relación con el verdadero ser. Fritz afirmaba que no podía haber renunciado alguna de las partes que conforman la propia personalidad ni de maneras de ser o de obrar, que dan la identidad a la esencia del ser.

Como el concepto del enfoque Gestalt implica el estudio del comportamiento y sus relaciones dentro de un contexto único, se concluye que, teniendo un buen entrenamiento en esta disciplina, es posible vivenciar el aquí y el ahora de cada situación que se presente, también una amplia gama de alternativas capaces por se de satisfacer algunas necesidades tanto biológicas como psicológicas que conjunen la experiencia real y total de vivir en el presente.

En la terapia Gestalt, la experiencia es lo que permite al individuo entrar de nuevo en contacto con su ser rechazado y no solamente quedarse en la superficialidad de su persona. No basta saber en el sentido de entender las situaciones, contexto y/o vivencias. Para que la persona se llegue a conocer, para que llegue a confiar en sí misma, para que conduzca a lo que realmente es, para que se enfrente de manera eficaz al mundo sin renunciar a lo que le es valioso, tiene que experimentar experiencias. Aquí se intenta descubrir y utilizar los papeles

sociales fingidos del paciente y llenar los huecos que existen en su personalidad. Su propósito es ocuparse de estos dos problemas, para lo cual utiliza el método de vigilar de manera continua la consciencia, usando la voz como instrumento para los papeles y, para los huecos, la evasión y las demandas realizadas por el usuario en la situación terapéutica.

La teoría Gestalt asume que el organismo humano y su medio ambiente, que incluye a otras personas, forman parte de una sola unidad indivisible, lo uno no ocurre sin lo otro, ya que se encuentran intrínsecamente unidas.

-Fritz Perls

Friedrich (Fritz) Perls nació en Berlín en 1893. Fue estudiante de medicina, pero poco antes de que comenzara la Primera Guerra Mundial interrumpió sus estudios. No obstante, aunque a la edad de 21 años se alistó en la Cruz Roja, esto no fue obstáculo para que prosiguiera con sus estudios. Así, en 1920 obtuvo el doctorado en Medicina y se especializó en Neuropsiquiatría.

Tres años más tarde, Fritz comienza su andadura como trotamundos y realiza una serie de viajes con el fin de expandir sus conocimientos respecto a su nueva profesión. En 1926 conoce a Karen Horney, con quien compartirá una estrecha relación. Gracias a ella, se interesa por el Psicoanálisis y comienza a estudiarlo en distintos centros e institutos, convirtiéndose así en psicoanalista. Por tanto, Fritz se interesó en la psicología psicoanalítica, aunque más adelante, en contraposición al psicoanálisis, Fritz creó la Terapia Gestalt.

En el año 1930, se casa con Laura Posner, más tarde conocida como Laura Perls. Debido al régimen de Hitler y la Alemania Nazi, en 1933, decide emigrar a Johannesburgo (Sudáfrica). Allí fundó el Instituto Sudafricano de Psicoanálisis; en 1942 publicó su primer libro, "Ego, Hambre y Agresión"; y desde 1942 hasta 1946, trabajó como psiquiatra en el ejército de Sudáfrica.

En 1946, se mudó con su familia a Nueva York donde trabajó durante un tiempo con Wilhelm Reich y Karen Horney, pero al poco tiempo empezó a trabajar con Paul Goodman en Manhattan. Junto a éste y junto a Ralph Hefferline, publicó el libro "Terapia Gestalt: Excitación y Crecimiento de la Personalidad Humana" basado en las investigaciones y datos clínicos de Fritz Perls.

En 1951 fundó el Instituto Nueva York para la Terapia Gestalt y empezó a formar a los psicólogos interesados por su modelo terapéutico. Es entonces cuando Fritz difunde sus ideas por Estados Unidos y comienza a realizar seminarios y talleres por distintos países del mundo.

En 1964, Fritz Perls se trasladó a California para enseñar la Terapia Gestalt como forma de vida más que como un modelo de terapia en el Instituto Esalen de California, con el que se asoció, y Laura Perls asumió la dirección del Instituto de Nueva York. En 1969 se trasladó a Canadá y estableció una comunidad para terapeutas. El 14 de marzo de 1970 murió en Chicago.

-Elementos de la terapia Gestalt

En la terapia de la Gestalt existen una serie de conceptos básicos que es necesario revisar y que se presentan a continuación:

A. Homeostasis

Es un proceso de los individuos que están en búsqueda de equilibrio de manera permanente, pues intenta satisfacer las diferentes y continuas necesidades del organismo, tanto físicas como; psicológicas. También se le ha llamado proceso de la autorregulación, ya que mediante éste el organismo interactúa con su ambiente. Si el desequilibrio se prolonga el organismo será incapaz de satisfacer la necesidad que tiene, se enfermará; si falla, sin duda alguna éste morirá. Un organismo sano es capaz de organizar, de manera consciente, una jerarquía de necesidades aun cuando varias de ellas se presenten al mismo tiempo, atendiendo así a la de sobrevivencia dominante.

B. Doctrina Holística

Perls (1976) afirmó que lo importante no es proponer una concepción holística universal que considere al individuo como un todo global, sino más bien concebir que el hombre es un organismo unificado. Esta aseveración es una de las premisas más importantes en la terapia Gestalt, no dar prioridad al pensar o a la racionalización, sino, por el contrario, evidenciar la importancia de los mensajes emitidos por el resto de las partes del sujeto, es decir la comunicación no verbal. De igual manera, este concepto da el fundamento necesario a una de las funciones predominantes, según la teoría gestáltica, el contacto.

C. Mecanismos de defensa

La terapia Gestalt considera la existencia de mecanismos como barreras que bloquean la consciencia de la conducta actual, o bien como antiguos residuos de tendencias para evitar la toma de consciencia. En 1974, Polster y Polster llamaron a estos mecanismos transacciones de la resistencia ya que la persona encausa su energía de modo tal que logra un contacto; si sus esfuerzos no rinden el fruto deseado, se queda con una larga lista de sentimientos molestos, como ira, confusión, fastidio, resentimiento, impotencia, decepción y otros; entonces debe encausar su energía hacia un determinado número de alternativas que reducen la

probabilidad de una interacción total con el ambiente. De acuerdo con los teóricos existen cinco canales de interacción resistencial que a continuación se presentan:

- **Introyección**

Para la Gestalt, es el mecanismo de defensa a través del cual la persona incorpora dentro de sí misma patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son en realidad propios; cuando el individuo que introyecta dice “yo pienso”, por lo general quiere decir ellos piensan. Así como el niño pequeño, antes de su dentición, traga con confianza cualquier alimento que se le ofrece, también traga percepciones sobre la naturaleza de sí mismo. El niño sólo crecerá mediante su capacidad de discriminar, de poder limitar lo propio de lo ajeno.

- **Proyección**

El uso de este mecanismo de defensa implica que el individuo no acepte sus propios actos o sentimientos, pues no debería actuar o sentir así (este no debería provenir de alguna introyección), por lo que reconoce su culpa y la atribuye a cualquier otra persona; en cambio posee una aguda consciencia de las características de los demás, que él niega como suyas. Quien introyecta renuncia a su sentido de identidad y quien proyecta, lo desperdicia; por tanto, devolver los fragmentos de su identidad dispersa es la piedra angular de la elaboración.

- **Confluencia**

Se dice que cuando un individuo se siente uno con su ambiente, cuando no siente ningún límite entre él mismo y el medio que lo rodea, entonces está en confluencia con su entorno. Ésta es la ilusión que desean quienes prefieren suavizar y eliminar diferencias, a fin de regular la experiencia desquiciadora de la novedad y la diferencia entre el yo y no yo.

- **Retroflexión**

Según Polster y Polster, es la función mediante la cual el individuo vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro; es decir, hacerse a sí mismo; como cuando una madre aprieta con fuerza sus puños para no golpear de manera brutal a su hijo. Este mecanismo se convierte en neurótico cuando produce una paralización crónica de las energías que se contraponen dentro del individuo. De acuerdo con Perls (1976), es obvio que ninguna persona puede pasar su vida dejándole rienda suelta a cada uno de sus impulsos; al menos tiene que controlarlos. Pero soportar de manera voluntaria impulsos destructivos, en forma deliberada, en mucho es bastante diferente a volverlos contra sí mismo. Para Polster y Polster existen dos niveles dentro de la retroflexión: • Cuando el sujeto se da a sí mismo lo que necesitaría de otro (se toca, se compra cosas, etc.) que es el nivel menos dañino. • Cuando la atención a sus necesidades es mínima, se siente a sí mismo como intocable y ni siquiera puede auto gratificarse.

- **Deflexión**

Es un medio para enfriar el contacto real, una maniobra tendiente a eludir el contacto con otra persona. No permite que la acción dirigida hacia algo logre su objetivo, con la consecuente pérdida de la fuerza y efectividad; por ejemplo, evitar mirar al interlocutor. La persona que responde con una deflexión ante los demás o hace como si tuviera un escudo y suele sentirse a sí misma como indiferente, confundida, cínica, vacía y fuera de lugar. Aunque la deflexión es por lo general auto limitadora, también puede resultar útil, el problema empieza cuando la persona se habitúa a ésta.

D. Neurosis

La Gestalt concibe al ser humano como integrante de un contexto donde las partes están en interacción constante, dentro de un campo que también está en cambio continuo. Perls (1976) señala que lo que compete a los psicólogos y psicoterapeutas en este campo, son las constelaciones versátiles de un individuo también siempre cambiante; porque si ha de sobrevivir, tiene que cambiar de manera constante. Cuando la persona se vuelve incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la neurosis. Así, las conductas neuróticas son autorreguladoras. La neurosis es una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador. Entonces, a ciertos impulsos y sus objetos, se les impide ser figura (represión); el sí mismo no puede salir de una situación a otra de modo flexible (rigidez y compulsión); la energía está atada a una tarea (concebida de manera arcaica) que no podrá ser completada. Perls (1976) menciona que existen capas en la neurosis que es necesario atravesar y romper para lograr un desarrollo óptimo.

E. Asimilación

En la terapia gestáltica, el proceso de ingestión y digestión de la comida en el ser vivo sirve como metáfora para entender la asimilación. Un individuo cree que, por tomar una idea, la relación, etc., y considerarla, descubrirá si es nutriente o tóxica. Si es nutriente, al tomarla y considerarla, el organismo la asimila para luego formar parte de sí mismo; pero si por el contrario es nociva, la rechaza. Es posible crecer únicamente si en el proceso de tomar se digiere y asimila de manera plena, después de lo cual, lo que en efecto se ha asimilado, pasa a ser propio.

F. Autorregulación orgánica

Es el proceso que se lleva a cabo para lograr la homeostasis, la cual se origina a un nivel no consciente. Ya que sucede con frecuencia, puede suponerse que es una tendencia natural para el organismo, pues se hace consciente al necesitar un nuevo material del ambiente para completar el proceso.

G. Contacto

Este concepto abarca por igual un darse cuenta sensorial junto con una conducta motora; incluye un límite o frontera, que es aquello que enmarca lo que ocurre; es decir, dentro de éste se llevará a cabo la interacción entre el individuo y su ambiente.

Lo importante es que la experiencia ocurre en la frontera entre el organismo y su mente, básicamente en la superficie de la piel y los otros órganos de respuesta sensorial o motora; en tal sentido, la experiencia es una de las funciones de la frontera de contacto. Cabe mencionar que los términos frontera y límite no se refieren a algo que separa al organismo de su ambiente, más bien lo limita, contiene y protege, y al mismo tiempo lo toca. Perls (1976) menciona que se necesita del contacto tanto como del comer o del dormir y propone que es posible interactuar con tres zonas: la externa, que es todo lo que existe de la piel hacia afuera; la interna, que es todo cuanto hay de la piel hacia adentro; y la fantasía, que son los pensamientos, conceptos, abstracciones, sueños y demás. Es recomendable no concluir que todo contacto es sano ni que todo retraerse es enfermo, cada uno tiene su tiempo y lugar, según el individuo y su contexto; para la personalidad integral ambas funciones son fundamentales, además constituyen aspectos diferentes de la misma cosa: la capacidad de discriminar. Una característica inherente del contacto es la novedad, ya que lo que permanece siempre igual es indiferente para el organismo, por tanto, este proceso es creativo y dinámico.

H. Consciente e inconsciente

En la práctica de la terapia Gestalt, los términos consciente e inconsciente no se utilizan, debido a que la meta de la psicoterapia consiste en que el propio usuario se dé cuenta de sí mismo; aunque no se niega su existencia. En esta orientación lo importante es prestar atención a cualquier aspecto de lo que el paciente sí se da cuenta, de tal manera que la figura borrosa se aclare y logre resaltar sobre el fondo. En este tipo de psicoterapia siempre se trabaja con la conducta consciente.

I. Normalidad

Desde este enfoque, el concepto de hombre normal comprende un individuo bien integrado capaz de vivir en interacción significativa con su entorno, sin ser tragado ni retirarse por completo de ella. Es la persona que reconoce el límite de contacto entre sí mismo y su ambiente, y deja para sí lo que le es propio, lo cual es la finalidad de la psicoterapia.

J. Polaridades

Este concepto adquirió importancia a partir de que Perls (1976) lo retomara, sin embargo, los opuestos existen como polaridades desde los tiempos bíblicos: el bien y el mal, Dios y el Demonio, o el ying y el yang de la filosofía oriental. Se sintetiza el principio de diferenciación de opuestos y su inteligencia en una sola unidad. La diferenciación conduce por sí misma a las polaridades, como dualidades que luchan entre sí y se paralizan unas a otras. La concepción de las polaridades sienta las bases para una explicación de la neurosis y psicosis, y facilita la resolución de problemas por medio de la integración de los rasgos opuestos, logrando que la persona se complete de nuevo

K. Sueños

Respecto de los estudios que Freud realizó sobre los sueños, Perls (1994) afirmaba que los sueños son en realidad un camino privilegiado para lograr la integración de la personalidad enferma. Para este enfoque los diferentes componentes del sueño son fragmentos rechazados de la personalidad. Revivir los sueños en la presente propicia la integración de lo que permanecía enfermo, lo que era rechazado, esto permite utilizar la energía liberada en un proceso de adaptación creativa, que se refleja en una mayor habilidad para vivir de un modo más auténtico (Salama y Villarreal, 1992).

L. Vacío

Baumgardner (1978) propuso que el vacío es un bloqueo del paciente ante el darse cuenta. Literalmente la persona siente un hueco, se percibe afligida y carente de algo. El terapeuta invita al usuario a penetrar en su vacío y a describir lo que suceda, encuentre o vea. Al ver, oír y tocar empieza a responder de manera emocional a lo que percibe, para luego transformarlo en vitalidad y fluidez.

M. Darse cuenta

El darse cuenta está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una Gestalt. El esfuerzo fundamental en esta terapia es que el paciente advierta cómo está funcionando ahora en su totalidad, como organismo y como persona. Lo que cada uno puede hacer es ir experimentando poco a poco esta función, al descubrir y disolver las resistencias que le han obstruido su desarrollo, pero uno no puede ordenar algo de lo que no se percata por lo que debe dirigirse hacia el darse cuenta. Para lograrlo, el usuario debe concentrarse en cada síntoma, en cada área; con ello aprende mucho sobre sí mismo y sobre su neurosis, se enseña a discernir lo que ha vivenciado, lo que hace, cómo sus sentimientos y comportamientos de un aspecto de vida se relacionan con otros. En los conceptos anteriores concuerdan Salama y Castañedo (1991).

N. Ciclo de la Experiencia

Este ciclo es común en toda persona y se relaciona con la satisfacción de necesidades; también se le conoce como Ciclo de Autorregulación Organísmica. Se trata de un proceso dirigido a lograr el objetivo final de la necesidad de ese momento, remite al contacto, implica vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso y consta de varias etapas.

O. Figura-fondo

En el individuo normal se desarrolla como una unidad, siendo la figura que le da orden, la necesidad dominante. Cuando una necesidad es satisfecha, la unidad organizada se completa o cierra y no ejerce más influencia, quedando libre el organismo para formar nuevas unidades. La psicopatología aparece cuando la toma de consciencia no tiene lugar (la figura-fondo no conforma una unidad clara), o cuando los impulsos no pueden ser expresados. El proceso de formación figura-fondo es dinámico y ocurre cuando las necesidades, urgencias y recursos que se hallan en el campo otorgan, de manera progresiva, sus poderes de interés, brillantez y fuerza a las figuras dominantes. Una figura débil en ocasiones se presenta por la existencia de alguna necesidad orgánica no expresada o tomada en cuenta. La persona no está del todo ahí, lo cual provoca que su campo total no pueda prestar de manera urgente los recursos para lograr una figura dominante. Cuando una nueva configuración llega, la manera previa de contacto y el estado con el cual se estaba interactuando son destruidos en pro del nuevo contacto

3.2 Técnicas de terapia Gestalt aplicadas al grupo

-Técnicas supresivas

Consisten en dejar de hacer todo cuanto sea necesario para descubrir la experiencia que está detrás de una determinada actividad, y pueden tomar la forma de:

a. Nada

Es importante experimentar la nada ya que es el puente entre la evitación y el contacto. Según Perls (1976) la terapia Gestalt es la transformación de un vacío estéril en uno fértil. Cuando se tiene la compulsión de que la nada tiene que ser algo, ésta deja de ser tal. Una vez que la nada es aceptada todo lo demás vendrá por añadidura, ésta se convertirá en una pantalla en la que es posible ver las cosas, un fondo en el que surge libremente una figura y donde el darse cuenta tiene lugar.

b. Hablar "acerca de"

Por lo general, se aplica la regla de no hablar acerca de durante la terapia para evitar la deflexión. Esta regla implica evitar dar explicaciones a la conducta para justificarla, un diagnóstico personal no científico, o recoger información dudosa para dar una interpretación. Al reducir la deflexión el paciente tendrá mayor disponibilidad para vivenciar lo que le esté sucediendo en el presente.

c. Manipulación

La manipulación de la que otras personas son objeto es más bien la manipulación de uno mismo dirigida hacia el otro. Perls (1976) la llamó juegos que implican la esperanza de lograr la meta, o de aventajar; conllevan competencia y dejan de ser un acto natural de expresión. Algunos de los elementos relacionados con el tema de la manipulación son muy comunes en los pacientes, entre ellos figuran los que se muestran en el cuadro 8-3. En la terapia Gestalt, siempre se pide el cumplimiento de la regla de oro: expresar vivencias o experiencias, más que imperativos o juicios. También se cuenta con diversas técnicas expresivas que apoyan esa regla de oro, como las que se describen a continuación.

-Técnicas expresivas

Al invitar al paciente a expresarse, el terapeuta estimula en éste lo que sí es; cuando la persona sea capaz de expresar lo que hasta ese momento no se había atrevido, no sólo estará revelando su ser a otro sino también a sí mismo. Las técnicas expresivas pueden resumirse en tres principios

1. Expresar lo no expresado o iniciación de la acción: Este principio es aplicado en distintas modalidades, que a continuación se explican.

- Maximizar la expresión: Consiste en provocar situaciones no estructuradas o no previstas por el paciente, el cual se hará responsable de sus acciones en tanto no existan reglas de interacción o alguna conducta específica esperada. En la medida en que una situación no esté estructurada, el individuo se confrontará con sus propias elecciones.
- Expresar lo que se siente: En todas las personas existe la necesidad de expresarse para lograr una participación más activa, por lo cual se le pide al paciente que manifieste lo que está sintiendo.
- Hacer la ronda: Aquí se le pide al paciente que exteriorice lo que quiera a cada miembro del grupo, o se le brinda una frase determinada según el contexto y dependiendo de lo que esté intentando solucionar en ese momento

2. Terminar o completar la expresión

Se dice que existe una situación en la que la Gestalt no se ha cerrado o completado, cuando el paciente presenta el sentimiento de no haber terminado; las palabras que nunca se dijeron, las cosas que no se hicieron y que alguna vez se quiso realizar o decir, dejan una huella amarga que enlaza el pasado con el presente de la persona; son asuntos inconclusos. El terapeuta implementa, como técnica, el invitar al paciente a actuar sus fantasías sin descuidar el aquí y el ahora.

3. Buscar la dirección y hacer la expresión directa

- Repetición: El propósito es intensificar el darse cuenta de una acción o una frase determinada del paciente.
- Exageración y desarrollo: Va más allá de la repetición, puesto que la mayoría de las veces se da de manera automática después de ésta, un gesto se volverá más claro y preciso, algo dicho se gritará o se susurrará, con un incremento del tono emocional inicial.
- Traducir: Consiste en expresar con palabras alguna conducta no verbal, así el paciente logra hacer explícito lo que antes era implícito y además integrar una sensación de totalidad.
- Actuación e identificación: La conducta de pensar es una acción simbólica e incompleta hasta que se actúa, lo cual es entendido como completar la

expresión total. Cuando el paciente pueda identificarse con todo lo que él es, ya sea bueno o malo, estará asumiendo la responsabilidad de sí mismo y empezará a sentirse integrado.

-Técnicas integrativas

A. Encuentro intrapersonal

Se trata de poner en contacto los diferentes sub-yos intrapsíquicos al pedirle al paciente que haga hablar sus distintos caracteres. Para este tipo de diálogos puede utilizarse la silla vacía y la silla caliente, sobre las que el paciente se sentará de manera alterna cuando cambie de papel. De los encuentros, quizá los más significativos son el yo debería y el yo quiero. La integración sólo puede alcanzarse cuando cesa la necesidad de control entre estas dos fuerzas.

B. Asimilación de proyecciones

Su objetivo es que el paciente incorpore lo que ha disociado, reconociendo como parte de su experiencia aquello que ha rechazado. Esta técnica ha sido utilizada en el trabajo con sueños y pesadillas, ya que gestálticamente los sueños también se ven como proyecciones que hay que asimilar

-Técnicas propuestas por Fritz Perls

▪ Silla caliente

Aquí se sienta al paciente en una silla frente a los demás y se le invita a expresar o revelar sus conflictos más íntimos. Esta técnica se emplea para llevar a cabo una terapia individual en un ambiente de grupo, donde se asigna a un paciente que esté listo para trabajar sobre un problema. El autor supone que la presencia de otros aumentará la eficacia de las autorrevelaciones del paciente, por lo que induce la presión social para continuar con los compromisos que llevan al cambio.

▪ Silla vacía

Se utiliza para ayudar a los pacientes a aclarar sus sentimientos, actitudes o creencias y a reconciliar (logro cerrado) polaridades en conflicto. Se sienta al paciente sobre una silla vacía y se le alienta a iniciar el diálogo, expresando pensamientos y sentimientos en conflicto, cambiando de silla por cada parte que tome. Al hacerlo, el paciente imagina a otra persona en la silla vacía y se estimula el diálogo con ella, primero hablando para sí mismo y luego cambiando de silla para responder a la persona imaginada. Esta técnica puede emplearse para aclarar la relación con otras personas.

- **Psicodrama**

El objetivo que seguir en el psicodrama gestáltico es desarrollar en el individuo la capacidad para construir un espacio transicional, donde pueda jugar tanto con sus patologías como con las partes sanas de su personalidad. Esta técnica se puede utilizar a nivel preventivo o terapéutico. La tarea se centra tanto en la integración de los aspectos físicos, emocionales y racionales del individuo (a partir del desarrollo de su capacidad creadora), como en la reestructuración de la situación conflictiva total, para que nuevas alternativas de interacción que antes no eran posibles (debido a la organización que tenía el campo individuo-ambiente) puedan surgir recreando la relación de esa persona consigo misma y con el mundo que le rodea. Desde la perspectiva gestáltica, la creatividad se enfoca desde el proceso a través del cual se estructura la interacción con la realidad; es el cómo de una determinada actitud más que el por qué o las causas latentes. El individuo se comporta con patrones fijos de interacción que le permiten una mayor economía y rapidez de respuestas, pero que a la vez actúan como un impedimento en la reordenación y búsqueda de la nueva información enriquecedora de su mundo interior.

C. Técnicas grupales

1.- Dar y recibir aprecio

El objetivo es que la persona sea consciente que puede dar y recibir cosas más allá de solo conmutarse y observar las cuestiones negativas, el proceso es, las personas se sientan en círculo y una persona pasa al centro, quien se encuentre a la izquierda del lugar vacío comenzará a hablar, mencionando tres o cuatro cosas que aprecie de quien está en el centro, y así sucesivamente a la izquierda, cuando haya terminado esa ronda, pasará al centro la persona que continúa y así sucesivamente hacia la izquierda.

2.- Telegrama

Los participantes estarán dentro de una sala, se les pedirá que caminen y al encontrarse con alguien conversarán limitando sus frases a una o dos palabras solamente, tomarán conciencia de cómo se sienten y de la interacción en el grupo al disminuir la corriente de palabras a un mínimo y al tener que elegir una o dos palabras para hacer llegar su mensaje.

3.- Máquina humana

Se le pedirá al grupo no hablar, lo que podrán hacer es, realizar sonidos, movimientos y establecer contacto físico por lo menos con otras dos personas más, no se podrá planificar, se les invitará a relajarse y divertirse, la indicación es realizar

entre todos una máquina de lavar durante cuatro minutos, posterior a esto se les pedirá que se detengan y cierren sus ojos para preguntarse:

- ¿Qué está sucediendo dentro de mí?
- ¿Cómo me siento?
- ¿Hasta qué punto quería planificar y organizar la maquina?
- ¿Hasta qué punto me sentí tímido, incomodo o incapaz de interactuar espontáneamente?
- ¿Cómo empecé a integrarme a esta máquina?

4.- Naturaleza Humana

Cada uno de los participantes hará al menos una declaración de la naturaleza humana, para ello comenzara con la frase “la humanidad básicamente es...” siguiendo con la idea de cada quien, y se finalizara señalando alguna evidencia o ejemplo específico para mostrar con exactitud lo que se quiere decir, por ejemplo, “la humanidad básicamente es violenta, miren todas las guerras en las historias”. Posterior a ello se guardará silencio para reflexionar la visión de cada uno, es importante mencionar, que durante la dinámica no habrá preguntas, después de la interiorización se volverá a realizar una ronda de afirmaciones ahora apropiándose de lo que cada quien dijo con la frase “yo soy”, por ejemplo, “yo soy violento, miren las guerras en mi historia”.

3.3 La Gestalt en terapia de grupo

El propósito principal del terapeuta gestáltico, tal como se desprende de lo anterior, es el de lograr una Reintegración de la atención y de la conciencia de si, lo que se considera suficiente para producir por si sola desarrollo y cambio. Contrariamente a lo que se supone, no es fácil aprehender lo que está en nosotros o frente a nosotros en forma directa. Capas y capas de preconcepciones y prejuicios intelectuales nos impiden percibir lo que en nosotros es lugar común, lo ordinario, lo que es obvio. Perls llega a definir como neurótico a “Aquél que no puede percibir lo que es obvio”. Se ha dado gran importancia al desarrollo del intelecto en comparación de los sentidos. La mayoría de los ejercicios que propone Perls tienen por objeto devolver la capacidad para usar los sentidos.

Lo que ha ocurrido antes o las expectativas sobre lo que va a suceder, pasado y futuro, son consideradas como “evitaciones” a vivir el presente, el aquí y el ahora de la situación, “lo único que realmente importa” (Perls, s/a). En los casos en que el paciente no sigue las sugerencias, el terapeuta hace que éste entre en contacto con el pensamiento, la fantasía o el recuerdo que interrumpió su conciencia del presente. El promover una conciencia de las funciones motoras y sensoriales se usa como una forma de redirigir la atención del paciente a la experiencia de sí mismo y, como lo señalan los existencialistas, ayuda al paciente a hacerse responsable de lo que siente. Según Perls, “mientras más confía el carácter de conceptos hechos y normas fijas de comportamiento y en ‘computar’, menos capaz se hace de usar sus sentidos y su intuición.”. Se insta al sujeto, por un lado, a fundirse con sus acciones y sentimientos y dejarlos fluir y decir lo que desean, y por otro, a dejar de ser un observador de sí mismo y ‘computar’ interpretaciones.

Las intervenciones del terapeuta en la terapia gestáltica son esencialmente no-interpretativas. El énfasis no está en entender el cuándo o el porqué de lo que ocurre, sino el qué y el cómo ocurre. Desde el comienzo el paciente es disuadido de la tendencia a hablar de sí mismo, puesto que el hablar acerca de sí mismo se presenta como uno de los tabúes en los cuales no se deberá incurrir en lo sucesivo.

Una división común de la Personalidad es la que Perls llama el “Top Dog” y el “Under Dog”. Al “Top Dog” lo describe como recto, virtuoso, castigador y autoritario. Corresponde a grandes rasgos al “Super-Yo” freudiano o al “deberías” de Horney. El “Top Dog” manda constantemente con frases tales como “Tu deberías ...” “¿Por qué no ...?” el “Under Dog” tiene gran habilidad para evadir estas órdenes; intentado cumplir sólo parcialmente, responde: “Sí, pero... “trataré”, “mañana”, es generalmente el que evade los conflictos. No corresponde al “Ello” freudiano, sino a una nueva entidad que Perls propone llamar “Infra-Ego”. Haciendo una analogía el “Top Dog” y “Under Dog” son en realidad dos sujetos ejecutando sus actos innecesarios en el escenario del Yo tolerante y mudo. Una vez que retornan a sus sentidos se escuchan uno al otro, la puerta a la integración y unificación se abre. La posibilidad de hacer una sola persona de esta división se hace una realidad. Aquí es donde nace la importancia de los encuentros intrapersonales e interpersonales.

El término “encuentro” (encounter), frecuentemente usado por los terapeutas existenciales para describir una forma de comunicación directa entre la gente, ha sido ampliado por Perls para incluir comunicación entre dos o más procesos intrapsíquicos. Los encuentros más comunes son aquéllos entre el “Top Dog” y el “Under Dog”. Si el paciente, por ejemplo, habla de una sensación diferente entre lo que siente en ambas piernas, se le pedirá que entable un diálogo entre ellas. Se espera que se servirá de estas sensaciones físicas y “proyectará” allí las dos partes de su conflicto presente.

Ciertas medidas se usan especialmente con los pacientes en la situación de grupo. Para promover “encuentros”, se les pide a los pacientes hablar directamente unos a otros cuando hay algo que decir, sin usar la tercera persona; en lugar de decir, dirigiéndose al terapeuta: “Siento que”, hacerlo directamente al paciente en cuestión, enunciando incluso previamente su nombre: “X, siento que tú”, Perls usa el término “gossip” (pelambre) para referirse a lo anterior. En general aparece bastante dificultad para hacer estos juicios directos y los sentimientos ambivalentes se hacen luego presentes. Tal como en la transferencia analítica, es esta dificultad con el ser directo la que se transforma en el foco de la terapia.

De igual manera la terapia gestáltica considera a la imagen de sí como la “figura”, en la relación figura-fondo, implícita en toda percepción. Para volver a obtener desde el fondo lo que ha sido rechazado desde el Yo, este enfoque terapéutico invita al sujeto a invertir la relación figura—fondo y empezar a experimentarse a sí mismo con el fondo. Este principio de inversión (reversal) es aplicado no sólo a los sentimientos sino también a las actitudes físicas. Uno de los ejercicios que se realizan en el grupo es el de expresar a los demás lo opuesto a lo que se está sintiendo por ello o en las actitudes físicas a abrirse cuando se está en una postura cerrada, invertir las actitudes motoras de izquierda y derecha, por ejemplo. Esto conduce muchas veces al despliegue de experiencias insospechadas.

Aunque no existe a la fecha suficiente evidencia experimental, es indudable que este enfoque no puede aplicarse indiscriminadamente a cualquier tipo de paciente; lo mismo ocurre, por lo demás, con todas las técnicas de tratamiento psicológico en uso. Incluso, vale la pena preguntarse, en este contexto estricto, si se puede hablar de “paciente” ya que, como hemos visto, este enfoque no considera que su objetivo sea el de “curar” síntomas neuróticos. Y si no se puede hablar de “paciente”, como personas que presenta una sintomatología que hay que tratar, hablar de terapia gestáltica para referirse a esta técnica sería incorrecto. Sin embargo, en este punto sería conveniente ampliar el concepto tradicional de terapia y distinguir entre terapias estrictamente curativas y las que podríamos llamar “integradoras” (más psicológicas). A este último rubro pertenece la terapia gestáltica, el análisis transaccional del Eric Berne, el análisis de Binswanger, la logoterapia de Frankl, y otras. Las terapias curativas llevan al paciente, por decirlo de alguna manera, desde un menos a un neutro. Para ellas salud es ausencia de síntomas y eso marca en fin del tratamiento. Pero la ausencia de síntomas no significa una vida feliz o ausencia de problemas neuróticos: Esa vida puede ser opaca, aburrida, sin posibilidad de expresión espontánea, de enriquecimiento, de plenitud y donde no hay real armonización de potencialidades.

3.4 Área Clínica

Etimológicamente psicología proviene de psique que significa mente y logos que es estudio o tratado, por lo que su definición es “estudio de la mente”, cabe destacar que la mente es algo intangible lo que dificulta su estudio, por tanto, en la actualidad se define a la psicología como el estudio científico del comportamiento humano, por lo que, se estudia actitudes, conductas y comportamientos de los individuos

La psicología clínica se ocupa del estudio de los trastornos mentales, se trata de una de las ramas de la psicología que realiza evaluación, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las personas con alguna afectación mental. Dentro de la psicología clínica se pueden destacar diversas escuelas como la constructivista, la conductivista, la Gestalt y la psicoanalista, entre otras. Por lo general, los psicólogos en la actualidad no siguen a una escuela determinada en el ejercicio de su profesión, sino que aplican técnicas de varias escuelas.

Los primeros indicios de esta rama fueron en Alemania en 1879 Wilhelm Wundt organiza el primer laboratorio de Psicología en la Universidad de Leipzig. En el siglo XIX se intentó establecer la psicología como una ciencia que utilizaba los mismos métodos y procedimientos de investigación que las otras ciencias naturales como la Biología y la física. Aunque las raíces históricas de la Psicología estaban en la Filosofía, y aunque muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como método de la ciencia: la observación y la experimentación. Así, la historia original de la Psicología, en 1879, se identifica con la historia de la Psicología experimental.

La unión entre esta medición de las diferencias individuales y la nueva ciencia psicológica se debe a James McKeen Cattell, un americano que recibió su doctorado en Psicología en Leipzig, en 1886, bajo la dirección de Wundt. En 1888, Cattell fundó el tercer laboratorio de Psicología en Estados Unidos y para 1890 implantó el vocablo "pruebas mentales" en un trabajo que llevaba el título de "Mental Tests and Measurements". La experiencia de laboratorio de Wundt enseñó a Cattell que "la Psicología no puede llegar a tener la certeza y exactitud de las ciencias físicas a menos que se base en experimentos y en mediciones" (Cattell, 1890) por eso, una de sus principales preocupaciones fue preparar una batería estándar de pruebas mentales para los investigadores interesados en las diferencias existentes entre individuos. Las diez pruebas que escogió reflejan su orientación de usar el funcionamiento sensomotor como índice del nivel de capacidad mental.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (creador del primer sistema de clasificación de los desórdenes del comportamiento) también elaboró pruebas destinadas a medir funciones mentales más complejas. En 1895, Kraepelin sugirió que las pruebas mentales debían basarse en:

- 1) La capacidad de ser influenciado por la práctica
- 2) La permanencia de los efectos de la práctica
- 3) La memoria general
- 4) La memoria especial
- 5) La fatiga
- 6) La velocidad para recuperarse de la fatiga
- 7) La profundidad del sueño
- 8) La capacidad de concentración y atención para no distraerse
- 9) La adaptabilidad para trabajar bien en medio de distracciones.

Por otro lado, en 1895 se comenzó a desarrollar sistemas para medir las operaciones mentales complejas de los niños normales y de los niños retrasados. Alfred Binet fue el encargado de desarrollar este trabajo. Su interés en este tipo de pruebas provenía de la convicción, de que los niños con dificultades cognitivas (que habían sido considerados como "psicóticos" hasta 1838) podrían recibir cierta ayuda, si se les identificara y se les diera una educación adecuada.

Todo lo descrito es parte de la historia de la psicología clínica, cabe destacar que con el pasar del tiempo se fue conformando como una ciencia y desapegándose así de la filosofía.

Hoy en día existen tres modelos dentro de esta rama de la psicología, la conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células y sistemas de órganos hasta las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social.

El Modelo Psicodinámico

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir intrapsíquicos).
2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.
3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad en la edad temprana. Hay, por lo tanto, un sabor histórico único en el modelo psicodinámico y un enfoque sobre la importancia de los hechos pasados más que los hechos presentes.
4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

El Modelo del Aprendizaje Social

En lugar de subrayar la importancia y hasta la existencia de los conflictos intrapsíquicos, los instintos básicos, las tendencias innatas y otros constructos no observables para el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana, el modelo del aprendizaje social se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social.

El Modelo Fenomenológico

Una tercera aproximación, generalmente conocida como el modelo fenomenológico o cognitivo, rechaza un gran número de las suposiciones básicas de los otros dos enfoques y afirma que en lugar de esto la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga el individuo. En otras palabras, las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente de la de los demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se da de un momento a otro.

Dentro de este modelo a los seres humanos no se les considera ni como "portadores" de estructuras psíquicas o impulsos, ni "receptores" de reforzamiento, sino como personas activas, pensantes que son responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento. A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, supone que cada persona nace con una potencia para el desarrollo y que ésta proporciona el motor de la conducta. En el trabajo clínico, es importante saber que a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos, sino como lo que son, **personas**.

Conclusiones

En las últimas décadas se ha acumulado una importante cantidad de literatura sobre la adicción como trastorno mental y su asociación con otros trastornos psicopatológicos. Sin embargo, mientras esos otros trastornos, mejor conocidos, cuentan con estudios que exploran su curso y su remisión, son muy pocos los estudios que han estudiado estos aspectos con relación a las conductas adictivas. Persiste la consideración de la adicción como un trastorno de curso crónico y recidivante, lo que equivale a decir que carece de probabilidades de remisión.

Sin embargo, en la práctica clínica se observa cómo un gran número de personas logran la abstinencia, dejan de cumplir criterios para el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias, remiten los criterios para el diagnóstico concurrente de otros trastornos y normalizan su circulación social y su funcionamiento cotidiano.

La pregunta formulada habitualmente por los medios de comunicación, familiares y legos en la materia es:

¿Se curan los adictos?

Algunos programas de tratamiento, generalmente basados en conceptos de autoayuda, tienden a admitir que la adicción es una característica ligada al propio individuo y que, una vez instaurada, le acompaña para el resto de su vida. Sin embargo, desde una perspectiva científica, las preguntas a responder son:

- ¿Remiten las experiencias adictivas?
- ¿Remiten las alteraciones cerebrales vinculadas a la adicción cuando la autoadministración de sustancias se suspende?
- ¿Se extingue la conducta adictiva?
- ¿Se normaliza la circulación social de los adictos una vez dejan de consumir?,
- ¿El funcionamiento cotidiano de los adictos que alcanzan y mantienen la abstinencia es adaptativo?

El concepto de enfermedad mental (o cerebral) crónica y recidivante se basa en una consideración estrictamente médico-psiquiátrica del problema. No obstante, los defensores de esta conceptualización admiten que “como otras enfermedades cerebrales, la adicción está impregnada de aspectos comportamentales y sociales que forman parte del propio trastorno” y que “la adicción es una enfermedad cerebral, pero no sólo una enfermedad cerebral”.

La confusión terminológica entre “enfermedad” y “trastorno” está en la base de la propia conceptualización biomédica de la adicción y otras categorías diagnósticas actualmente admitidas. Las clasificaciones diagnósticas vigentes no proporcionan

un catálogo de enfermedades, lo cual requeriría del conocimiento explícito de las explicaciones causales y factores etiológicos de cada grupo de síntomas.

Estamos muy lejos de delimitar los factores etiológicos de la adicción, aunque en las últimas décadas se haya acumulado suficiente evidencia de los cambios estructurales y funcionales que se producen en el cerebro de algunos adictos. Las implicaciones de este modelo biomédico son evidentes:

- No hay recuperación en ausencia de tratamiento; el carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente drogodependiente fracase en sus múltiples intentos de dejar la sustancia por sí mismo. El tratamiento por tanto es la única respuesta posible.
- No se aplica el concepto de curación, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas. Dichas recaídas no deben ser vistas como un fracaso del tratamiento sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. En este sentido, las recaídas son pruebas de la existencia subyacente crónica del trastorno.
- No hay posibilidad de mantener un contacto autocontrolado permanente con la droga. El objetivo del tratamiento debe ser siempre la abstinencia, dado que el contacto del sujeto con el tóxico producirá la inmediata recaída. Desde esta perspectiva, se considera imposible el “consumo controlado” de las personas que han sido dependientes de una sustancia mediante la argumentación de que, o bien estamos antes un diagnóstico insuficiente o erróneo, o bien hay que dudar de la exactitud de los informes.

Otra pregunta que responder sería: ¿contamos con algún nivel de evidencia de que las personas que han llegado a ser dependientes de alguna sustancia puedan rehacer su vida cuando alcanzan y mantienen la abstinencia? Dicho de otro modo: quienes en algún momento de su vida cumplen suficientes criterios para recibir el diagnóstico de abuso o dependencia de alguna sustancia, ¿pueden, en un tiempo posterior, dejar de cumplirlos y, en consecuencia, dejar de ser acreedores a tal diagnóstico? En términos generales: los adictos,

¿Pueden recuperarse y dejar de serlo?

El concepto de “recuperación de la adicción” ha sido polémico y ha suscitado diferentes intentos para operativizar su definición. A pesar de diversos problemas conceptuales a lo largo del tiempo, actualmente existen definiciones útiles que permiten una metodología más adecuada en los estudios y una comparabilidad de los resultados. Algunos autores proponen que “la recuperación es la experiencia (un proceso y un estado sostenido) a través del cual los individuos, familias y comunidades afectadas por graves problemas de sustancias, utilizan sus recursos internos y externos para resolver voluntariamente estos problemas, sanar las

heridas infligidas por los problemas relacionados con la adicción, gestionar activamente su vulnerabilidad frente a este tipo de problemas, y desarrollar una vida sana, productiva y con sentido”.

Una definición menos exigente y más operativa situaría la recuperación al nivel del concepto de “normalización”, como punto final del proceso, que supondría alcanzar una situación caracterizada por la equivalencia en dificultades y oportunidades con las de su grupo de edad y condición social en un momento histórico concreto. Desde el punto de vista clínico, la remisión del trastorno adictivo se define como la situación, mantenida durante un tiempo predeterminado, en la cual se han dejado de cumplir los criterios requeridos para su diagnóstico.

La adicción es contemplada actualmente como un fenómeno complejo que involucra a varios sistemas cerebrales, extra cerebrales y extra neurales. En términos generales, el proceso adictivo implica una interacción de alteraciones en tres sistemas funcionales: motivacional/recompensa, regulación afectiva e inhibición comportamental. Todos los modelos propuestos para tratar de explicar las interacciones complejas entre las estructuras involucradas incluyen al lóbulo frontal como estructura integradora o moduladora de las interacciones entre estructuras cerebrales (la amígdala, cerebelo) y extra neurales (vías neuroendocrinas de respuesta al estrés), de modo que el córtex prefrontal supondría el antecedente inmediato o proximal de la conducta adictiva.

Las deficiencias exhibidas por los adictos en los procesos de toma de decisiones sugieren un deterioro neuropsicológico de las funciones relacionadas con la actividad en los lóbulos frontales. Otros autores han destacado la contribución de los sistemas corticales y del cerebelo en los mecanismos sensoriales y motores implicados en el desarrollo de la adicción y los mecanismos de recaída. Recientemente se ha propuesto un modelo integrador que considera la adicción como una disfunción de los procesos de toma de decisiones, con la participación, en última instancia, del lóbulo frontal.

Contamos con evidencia empírica sobre alteraciones estructurales, metabólicas y vasculares, que pueden estar relacionadas con los sustratos biológicos de la adicción. Sin embargo, los déficits y las vías implicadas en la adicción a sustancias son esencialmente las mismas que participan en experiencias adictivas sin sustancias, pero también en otras manifestaciones comportamentales como el enamoramiento romántico, el apego parental y el arousal sexual, entre otras.

Resulta de especial interés el amplio espectro de áreas cerebrales compartidas, así como alteraciones emocionales, cognitivas y comportamentales, entre la adicción y el enamoramiento romántico, en el que también se encuentra comprometido el funcionamiento de la ínsula, lóbulo parietal superior, sustancia gris

periacueductal, globo pálido, núcleo caudado, área tegmental ventral y córtex cingulado, entre otras.

La propuesta de trabajo Gestáltico con experiencias adictivas se enfoca en promover la reactivación de la conciencia organísmica en el usuario con el fin de reestablecer el contacto emocional y flexibilizar los procesos de frontera o modos de relación de la persona. El terapeuta Gestalt, se enfoca en frustrar los intentos de evadir el contacto emocional de la persona e invitar a la persona a tomar el riesgo establecer contacto con sus emociones y necesidades para desarrollar su potencial, para pasar del apoyo del externo al autoapoyo.

Entendiendo el autoapoyo como la capacidad que tiene la persona de reconocer sus necesidades y satisfacerlas. Esta búsqueda implica un riesgo emocional para la persona, donde se procura superar los miedos irracionales que han mantenido la adicción.

Por todo lo antes expuesto se puede concluir que los casos de Trastorno Dual son una realidad clínica, tanto en los Centros de Atención a las Drogodependencias como en los Centros de Salud Mental. En drogodependientes, se han encontrado porcentajes elevados de psicopatología concomitante y, en particular, de trastornos de la personalidad que, como se ha dicho, exigen una adecuación del tratamiento según cada caso y así lograr casos de éxito con relación a la mitigación de consumo y la funcionalidad de la persona en su entorno.

El éxito del tratamiento de estos casos pasa por realizar un buen diagnóstico dual y un tratamiento integral, que debe asumir un solo equipo asistencial para evitar en lo posible los tratamientos en paralelo, ya que son los tratamientos integrados los que han evidenciado mejores resultados.

Se aprecia un interés e implicación desigual por el Trastorno Dual en las Redes de referencia, observándose una mayor motivación y movilización en la Red de Drogodependencias.

La mayor parte de las dificultades que rodean el abordaje del Trastorno Dual derivan de los déficits de formación y de la descoordinación existente entre los Servicios de Salud Mental y Drogodependencias.

Es prioritario establecer una coordinación entre Salud Mental y Drogodependencias tanto a nivel local o provincial como a nivel regional, contando con la implicación de las respectivas Direcciones Generales. Para ello es imprescindible crear una Comisión Mixta de Trabajo, donde pudieran estar también presentes otras Instituciones y Asociaciones, con niveles suficientes de competencia y funcionalidad.

La Formación es uno de los principales vehículos para la Coordinación de forma que no puede entenderse la segunda sin una potenciación de la primera.

La Formación debe apoyarse en un mayor aprovechamiento y apertura mutua de los programas formativos que ya existen en cada Red, la facilitación de intercambios profesionales entre redes y la potenciación de una formación integrada e integradora sobre trastornos duales.

El Trastorno Dual suele dificultar notablemente el proceso de recuperación, de ahí la necesidad de identificar y abordar convenientemente el problema. Un adecuado diagnóstico mejorará siempre el resultado del tratamiento.

Las historias clínicas y los instrumentos de evaluación de ambas redes tienen que estar adaptados para recoger información sobre trastornos duales.

Se observa discordancia entre diagnósticos realizados sobre trastornos duales en la red de Salud Mental y en la de Drogodependencias. Es necesario consensuar el proceso y lenguaje diagnóstico o proceder con valoraciones conjuntas (sesiones clínicas) en los casos que lo requieran.

La complejidad del Trastorno Dual exige para su tratamiento una adecuada combinación de estrategias a nivel farmacológico, psicológico y psicosocial.

El tratamiento más adecuado del Trastorno Dual es el tratamiento integral o único, desde un solo equipo, donde se aborden en conexión todas las dimensiones del problema. No obstante, y dada la actual disposición de los servicios asistenciales, sería un logro considerable conseguir un tratamiento en paralelo, con una eficaz conexión y coordinación entre las dos Redes implicadas.

En este proceso terapéutico es muy importante potenciar la figura del Terapeuta de Referencia, o profesional que siga el caso y coordine su tratamiento, con el objetivo de evitar la dispersión.

REFERENCIAS

- Alameda, J., Arenas, F., Blanco, F., del Rio, F., Ramírez, J., Sanza, S., Tenorio, J. y Zambrana, J. (2002). Protocolo de actuación conjunta entre los equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- American Psychiatric Association [APA]. DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Baumgardner, P. & Perls, F. (1978). Terapia Gestalt. México: Concepto.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández-Hermida, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención en TRASTORNOS ADICTIVOS. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Becoña, E. y López, A. (en prensa). Drogodependencias, patología dual y comorbilidad. En J. L. Graña y R. Secades (Coord.), Manual de drogodependencias. Madrid: Pirámide.
- Bernstein, Douglas A., Nietzel, Michael T., (1982). Introducción a la psicología clínica, México: McGRAW-HILL
- Bravo, R., Echeburúa E. y Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*, 20, 218-223.
- Caballero, L. (2005). Adicción a cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.
- Diaz Portillo, Isabel (2000). Bases de la terapia de grupo. México: Editorial Pax.
- DSM-V. Criterios diagnósticos. American Psychiatric Association. En: López-Ibor Aliño JJ, Valdés Myiar M, editores. Barcelona: Masson; 2002.
- First, M.B. y Gladis, M.M. (1996): Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psiquiátricos y por Uso de Sustancias. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar, *Diagnóstico Dual*. (41-56). Ediciones en Neurociencias, S.L., Barcelona.
- García-Campayo, J. y Sanz, C. (2001). Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. En G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Álamo y J. Santo-Domingo (Eds.), Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias (pp.136-154). Madrid: Panamericana.
- González N., José de Jesús (1999) Psicoterapia de grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno.
- González N., José de Jesús (1999) Dinámica de grupos: técnicas y tácticas. México: Editorial Pax México.
- González Saíz, F. (1997): Patología Dual, entre la integración y la complementariedad. *Proyecto*, nº 24, 9-13.
- Guardia, J., Iglesias, L., Segura, L. y Gonzalvo, B. (2003). Manejo del usuario de sustancias adictivas con patología dual. En E. García, S. Mendieta, G.

Cervera y J. R. Fernández (Eds.), Manual SET de Alcoholismo (pp. 494-509). Madrid: Panamericana.

- Kavanagh, D. J. y Connolly, J. M. (2009). Interventions for co-occurring addictive and other mental disorders (AMDs). *Addictive Behaviors*, 34, 838-845.
- Khantzian, E.J.(1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142.
- Livesley WJ. Practical management of personality disorder. New York: Guilford Press; 2003. pp. 17-8.
- López, A. y Becoña, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18, 578-583.
- López-Ibor, J., Pérez, A. y Rubio, V. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-V. Versión Española. Madrid. Organización Mundial de la Salud.
- Martínez-González, J. M. (en prensa). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*.
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *TRASTORNOS ADICTIVOS*, 21, 105-112.
- Martínez-González, J. M. y Trujillo, H. M. (2003). Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez-González, José M., Vilar-López, R., Verdejo-García, A. (2018) Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento, *Clínica y Salud*, vol. 29, núm. 1, pp. 1-8, 2018, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
- Meyer, R.E. (1986): How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders: another example of the chicken and the egg. En Meyer, R.E. (ed.): *Psychopathology and Addictive Disorders*. New York: Guilford Press.
- Ortiz Cobo, A. (1998): Epidemiología y Modelos Explicativos del Trastorno Dual. En J. Cabrera, *Patología Dual*. (45-59). Madrid: Ediciones Gráficas DELOS S.L.
- Peris Lola & Balaguer , (2010): Patología dual, protocolos de intervención, trastornos de personalidad; Barcelona: Ediciones EDIKAMED.
- Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico y testimonios de terapia. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F. (1994). *Terapia Gestalt*. México: Árbol.
- Polster, E. & Polster, M. (1973). *Gestalt Therapy Integrated*. Nueva York, EE.UU.: Bruner-Mazel
- Regier, D.A. y otros (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, *JAMA*, 264 (19).

- Rubio Valladolid, G. (1998): Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos comórbidos con las Patologías Adictivas. En J. Cabrera, Patología Dual. (103-121). Madrid: *Ediciones Gráficas DELOS S.L.*
- Salama, H. & Villarreal, R. (1992). El enfoque Gestalt, una psicoterapia humanista. (2a. ed.) México: Editorial El Manual Moderno.
- Santis, R. y Casas, M. (1999). Diagnóstico dual. Ponencia presentada en VI Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- San Molina, L. (2003). Consenso SEP sobre patología dual. Barcelona: Ars Médica.
- San Molina, L. y Casas, M. (2002). Recomendaciones terapéuticas en patología dual. Barcelona: Ars Médica.
- Solomon, J. (1996). Tratamiento de los problemas agudos en el usuario de sustancias adictivas con diagnóstico dual. Uso de sustancias y psiquiatría. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Eds.), Diagnóstico dual. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Stevens O., John (2003). El dares cuenta sentir, imaginar y vivenciar. Chile: Editorial cuatro vientos
- Szerman N, Basurte I, Vega P, Arias-Horcajada F, et al. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid. Comunicación I. Congreso Internacional de Patología Dual (pendiente de publicación).
- Szerman Bolotner N, Peris Díaz L. Cannabis y trastornos de personalidad. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA, editores. Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides. Madrid: CEMA; 2008. pp. 89-103.
- Torrens, M., Astals, M., Martín-Santos, R. y Domungo-Salvany, A. (2005). Evaluación de la comorbilidad psiquiátrica. Ponencia presentada en el Encuentro de profesionales en drogodependencias y TRASTORNOS ADICTIVOS. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. y Martín-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M. y Frances, R. J. (1992). The myth of the typical dual diagnosis patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 107-108.
- Weiss, R. D., Najavits, L. M. y Mirin, S. M. (1998). Substance abuse and psychiatric disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive behaviours* (2nd ed., pp. 291-318). Nueva York: Guildford Press