

# La Problemática del Abuso de Sustancias: Proyecto Hombre



Almudena Alonso Fernández

Máster Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

Itinerario: Clínica y Salud. Año Académico: 2010-2012

Universidad de Almería

Prácticas: Proyecto Hombre Alicante. Fundación Noray

Director: Serafín Gómez Martín

# ÍNDICE

<u>Contenido</u>	<u>Pag.</u>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1ª PARTE. PROYECTO HOMBRE ALICANTE</b>	
<b>1.1. Quienes Son</b> .....	<b>5</b>
1.1.1. Valores .....	6
1.1.2. Misión .....	6
1.1.3. Visión .....	6
1.1.4. Institucional .....	7
1.1.5. Asociación Nacional PH .....	7
1.1.6. Breve Historia .....	9
1.1.7. Recursos Humanos .....	11
1.1.8. Voluntariado .....	11
<b>1.2. Ámbitos de Intervención</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3. Etapas del Proceso de Cambio</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. Programas de Tratamiento</b> .....	<b>14</b>
1.4.1. Comunidad Terapéutica “Programa Mástil” .....	14
1.4.2. Reinserción Socio-Laboral “Programa Velero” .....	15
1.4.3. Vivienda de Apoyo a la Incorporación Socio-Laboral .....	15
1.4.4. Programa Socio-Educativo “Las Olas” .....	15
1.4.5. Nocturno “Programa Altaír” .....	15
1.4.6. Familias “Programa Áncora” .....	16
1.4.7. Centro Penitenciarios “Programa Barlovento” .....	16

<b>1.5.Programas de Prevención Indicada</b>	<b>16</b>
1.5.1. Adolescentes/Jóvenes y sus familias “Programa Faro”	16
1.5.2. Adolescentes/Jóvenes con medidas judiciales “Programa Cabo”	17
1.5.3. Competencias Familiares “Programa Remo”	17
<b>1.6.Programas de Prevención Selectiva</b>	<b>17</b>
1.6.1. Jóvenes en riesgo “Programa Rompecabezas”	17
1.6.2. Familias “Programa a Tiempo”	18
<b>1.7.Programas de Prevención Universal</b>	<b>18</b>
1.7.1. Niños/Adolescentes “Programa entre todos”	18
<b>1.8.Perfil profesional y competencias profesionales del terapeuta en PH</b>	<b>19</b>
1.8.1. Funciones y Tareas	19
1.8.2. Autonomía del Terapeuta	19
1.8.3. Formación, Coordinación Co-Responsabilidad y Organización	20
1.8.4. Motivación y Participación activas	20
1.8.5. Requisitos	21
<b>1.9.Proceso desarrollado en Proyecto Hombre</b>	<b>23</b>
<b>1.10. Proceso Programa Mástil</b>	<b>24</b>
<b>1.11. Programa de Tratamiento Mástil</b>	<b>25</b>
1.11.1. Alcance. Perfil de usuarios	25
1.11.2. Proceso y Procedimiento	26
<b>1.12. Programa Socio-Educativo “Las Olas”</b>	<b>34</b>
1.12.1. Alcance. Perfil de usuarios	34
1.12.2. Objetivos	35
1.12.3. Talleres y Actividades	37

<b>1.13. El trabajo en Sectores como Herramienta Terapéutica</b>	<b>----- 38</b>
<b>1.14. La Confrontación como Herramienta Terapéutica</b>	<b>----- 42</b>
<b>1.15. Relación de los FR/FP más relevantes en PHA</b>	<b>----- 43</b>
<b>1.16. Reflexión sobre mi experiencia en el periodo de prácticas</b>	<b>----- 45</b>

**2ª PARTE. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS  
Y OTRAS ADICCIONES**

<b>2.1. Drogas y Estilos de Vida. Por qué se consume</b>	<b>----- 48</b>
<b>2.2. Las Nuevas Adicciones. Las Adicciones sin sustancias</b>	<b>----- 52</b>
2.2.1. Las Adicciones Sociales Patológicas	----- 52
2.2.2. Las Adicciones Psicológicas	----- 54
2.2.3. Las Nuevas Adicciones. La Adicción a Internet	----- 55
2.2.3.1. El concepto de Adicción a Internet en la modernidad tardía	----- 56
2.2.3.2. La Adicción a Internet como entidad clínica	----- 57
2.2.3.3. Criterios Diagnósticos de la Adicción a Internet	----- 60
2.2.3.4. Mecanismos Explicativos	----- 64
2.2.3.5. Efectos Negativos	----- 67

<b>2.3. Del Uso al Abuso... y a la Dependencia</b>	-----	<b>69</b>
<b>2.4. Vulnerabilidad Psicológica a la Adicción</b>	-----	<b>73</b>
2.4.1. Factores de Riesgo	-----	76
2.4.2. Condiciones favorecedoras del consumo de sustancias en jóvenes	-----	77
2.4.3. Factores de Protección	-----	78
<b>2.5. Tipología. Cuadro resumen de las Drogas</b>	-----	<b>79</b>
 <b>3ª PARTE. RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD</b>		
<b>DE MILLON Y LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS</b>	-----	<b>80</b>
 <b>4ª PARTE. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES</b>		
<b>4.1. Introducción al Tratamiento en Adicciones</b>	-----	<b>89</b>
<b>4.2. Intervención Funcional. La Terapia de Aceptación y Compromiso</b>	---	<b>91</b>
4.2.1. Las Adicciones y el Trastorno de Evitación Experiencial	-----	92
4.2.2. Qué hacer desde La Terapia de Aceptación y Compromiso	-----	96
<b>Anexos</b>	-----	
<b>Referencias</b>	-----	<b>114</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<u>Figura</u>	<u>Pag.</u>
<b>FIGURA 1.</b> Proceso desarrollado en Proyecto Hombre -----	Anexo 1.
<b>FIGURA 2.</b> Proceso de Tratamiento Programa Mástil -----	Anexo 2.
<b>FIGURA 3.</b> Fases del Programa Mástil. FASE DE ACOGIDA -----	27
<b>FIGURA 4.</b> Fases del Programa Mástil. NIVEL I. Fase de Tratamiento y Deshabitación -----	29
<b>FIGURA 5.</b> Fases del Programa Mástil. NIVEL II. Fase de Tratamiento y Deshabitación -----	31
<b>FIGURA 6.</b> Herramientas Terapéuticas -----	33
<b>FIGURA 7.</b> La Confrontación como Herramienta Terapéutica -----	42

<b>FIGURA 8.</b> Factores de Riesgo y Factores de Protección en PHA -----	43
<b>FIGURA 9.</b> Criterios Diagnósticos de la Dependencia de Sustancias -----	70
<b>FIGURA 10.</b> Criterios Diagnósticos para el Abuso de Sustancias -----	71
<b>FIGURA 11.</b> Condiciones favorecedoras del consumo en jóvenes -----	77
<b>FIGURA 12.</b> Tipología. Cuadro resumen de las Drogas -----	Anexo 3
<b>FIGURA 13.</b> Metáfora El Hombre y el Dragón -----	105
<b>FIGURA 14.</b> Reconocimiento de experiencias subjetivas como algo que pasa --	108
<b>FIGURA 15.</b> Diferencia entre Decidir y Elegir -----	111

## INTRODUCCIÓN

Como conocedores de la psicología y del análisis del comportamiento humano, no nos asustamos si a la hora de describir y analizar la naturaleza o la esencia del ser humano usamos para ello calificativos del tipo hedonista, impaciente, inconsciente, irresponsable, insatisfecho, autodestructivo, etc. y así una larga lista de adjetivos que nos ayudan a explicar y describir cómo nos comportamos ante un gran número de situaciones ocurridas durante el desarrollo de nuestra vida.

Parece que estas características del ser humano toman mayor forma y presencia en situaciones en las que tenemos que realizar una toma de decisiones con consecuencias a corto y a largo plazo. Especialmente, el ser humano muestra su naturaleza más negativa cuando decide escapar y evitar del malestar y del dolor (psicológico) propio de la vida buscando un placer inmediato que nos hace olvidar y deshacernos, aunque sea por unos minutos, de ese sufrimiento, a la vez inherente, que acompaña a la vida.

Ante estas situaciones, parece que “todo vale” para evadirnos momentáneamente de esa realidad aparentemente negativa... Pero lo que ya todos sabemos, es que ese “escapar” de esa realidad difícil o problemática en muchas ocasiones trae como consecuencia a largo plazo un mayor nivel de malestar y de sufrimiento, además generalizándose éste a otras facetas de la vida.

Ahora bien, se trataría del significado de nuestro comportamiento, de la manera de gestionar nuestra vida y sus problemas, de la función que tienen para nosotros las cosas, los pensamientos, las emociones y los comportamientos. Pero, ante un tema como es el consumo de sustancias o las adicciones en general, se nos permite preguntarnos una y otra vez sobre ¿por qué hacemos lo hacemos aún sabiendo las consecuencias que dicho comportamiento trae para nosotros?



En el tema de las adicciones, y en especialmente de las adicciones con sustancias, existen unos por qué o motivos que atienden e intentan justificar a la postre, el inicio de la conducta problema, y esto no es otra cosa que la *función* que los consumidores le han otorgado al comportamiento de ingerir las sustancias. Es decir, aquí hablaríamos del *para qué* de mi comportamiento (*qué quiero conseguir con la conducta*).

En todo el entramado del uso y del abuso de sustancias juega un papel clave tanto aspectos tales como la vulnerabilidad psicológica, la personalidad, los estilos de vida de los individuos, como las características propias de la sociedad actual y nuestro entorno.

A modo personal y teniendo en cuenta mi experiencia vivida durante este periodo de prácticas, se puede entender al “adicto” como una persona con dificultades para manejar los impulsos, con una conducta típicamente hedonista hasta el extremo de no poder retrasar sus deseos y con muy poca tolerancia a la frustración.

Es necesario recordar, que hoy día somos muchísimas las personas que nos sentimos “atrapadas” bajo estas descripciones por las pocas facilidades que la sociedad actual nos brinda bajo su modelo de perfección, bienestar e inmediatez.

Actualmente, la sociedad juega su papel en la vida sin organizador ni dirigente alguno, dejando a libre elección del personal sus asuntos y manera de gestionar sus vidas, no brindando referentes sólidos que nos guíen y acompañen en la formación personal ni en la siempre difícil tarea de describir quiénes somos y buscar el sentido de nuestras vidas. Esa responsabilidad se le deja a la persona.

Tal vez, no seamos del todo conscientes de las consecuencias de vivir en una cultura del instante (reforzamiento inmediato y a corto plazo) que ofrece desaparecer el mañana y vivir en el instante presente como única posibilidad liviana para la existencia donde desaparecen los deseos, los anhelos, los ideales, prevaleciendo siempre un miedo aterrador a la realidad.

La pérdida de sentido de la vida como uno de los principales motivos responsables del inicio del consumo, refleja uno de los más serios problemas a los que nos enfrentamos como profesionales, ya que como se hacía referencia anteriormente, vivimos en una época que promete la felicidad absoluta mediante la posesión de bienes materiales y de fama, creyendo a su vez estar exentos de sensaciones, sentimientos, pensamientos y emociones negativas, inherentes éstas a su vez de la naturaleza de la vida y del ser humano. Además, la reflexividad excesiva, o hiperreflexividad, también participa actualmente como actriz protagonista en la configuración de muchos nuevos trastornos psicológicos.

Es en este entramado, en el que la droga se ha convertido en la solución rápida ante el miedo que ocasiona por momentos el enfrentarse a la realidad y a esa falta de sentido de la vida de la que hablábamos anteriormente. Es decir, es la droga la herramienta para “escapar” para “evadirse” de la realidad a veces difícil y compleja de las sociedades actuales.

La búsqueda de sentido de la vida, sobre todo ante la presencia de acontecimientos traumáticos, es también propia de la naturaleza del hombre y de la vida en sí misma, y es en esa búsqueda donde el individuo debe de poner en práctica todo lo que posee para lograr descubrir quién es y de qué es capaz (manera/patrón de gestión y funcionamiento de la vida). Esta búsqueda, como la vida misma, no es fácil ni está exenta de cansancio, desesperanza, fatiga, tristeza, etc., pero somos nosotros como profesionales, y la propia persona como principal protagonista, quienes tienen que decidir y elegir entre las opciones y posibilidades que se les ofrece.

Proyecto Hombre, lugar en el cual realicé las prácticas asistenciales del Máster Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales, es una de las entidades en las que un equipo multidisciplinar de profesionales se pone a disposición de la persona y de la familia que solicita ayuda para brindarle el apoyo y las herramientas necesarias para buscar y encontrar el rumbo de la vida de estas personas, que en la mayoría de las ocasiones está muy perdido. Uno de los lemas que se sigue en la asociación es el siguiente: *“Nadie ha dicho que sea fácil, pero se puede...”*.

A continuación, se presenta en las siguientes líneas de trabajo y de modo más elaborado, la coyuntura del problema de las adicciones y en especial de las adicciones con sustancias. Para facilitar la posterior lectura del trabajo, éste se ha dividido en cuatro partes fundamentales. En la primera parte, se expone todo lo relativo a mi periodo de prácticas en Proyecto Hombre, en la que se habla de aspectos de organización de la asociación y de los ámbitos y programas de tratamiento llevados a cabo. Finalmente, esta primera parte concluye con una breve reflexión de lo que ha sido mi experiencia en estas prácticas. La segunda parte del trabajo, trata sobre aspectos teóricos tales como el desarrollo del abuso de sustancias y otras adicciones actuales y relevantes en la sociedad de hoy. La tercera parte pretende relacionar la Teoría de Millon de la Personalidad y las sustancias adictivas. Decidí añadir este punto en el trabajo porque durante mi estancia en Proyecto Hombre trabajé muy de cerca con este tema, ya que la gran mayoría de los usuarios, por no decir todos, presentan algún tipo de Trastorno de la Personalidad. En este apartado, lo que se ha intentado conseguir revisando alguna literatura, es presentar aquellos Trastornos de Personalidad que están más ligados al abuso de sustancias. Finalmente, la cuarta parte del trabajo es la reservada a la intervención psicológica, teniendo un mayor protagonismo la intervención funcional, especialmente con la Terapia de Aceptación y Compromiso, como tratamiento preferido para afrontar la problemática de las adicciones.

## **1-. 1ª PARTE. PROYECTO HOMBRE ALICANTE. FUNDACIÓN NORAY**

En las siguientes líneas de trabajo, se exponen algunos de los datos y aspectos más importantes relacionados tanto con la historia y desarrollo del centro Proyecto Hombre Alicante, como con su labor psicológica, siguiendo para ello la revista “*Quienes Somos. Tratamiento y Prevención de las Adicciones*”. Revista Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante.

### **1.1. QUIENES SON**

Proyecto Hombre es una organización sin ánimo de lucro. Se conforma como una *Escuela de Vida*, que desarrolla, mediante programas y otras acciones, un *método terapéutico-educativo* que basa su metodología en distintas corrientes de la Psicología actual, éstas proporcionan el sustrato teórico de referencia a la hora de elaborar los procesos terapéuticos. Su objetivo es proporcionar la *autonomía* a personas con problemas de adicción, el *crecimiento de su personalidad* y, su *capacidad para tomar decisiones* y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Aborda el tratamiento y prevención de las adicciones desde una *perspectiva humanista-existencial*, entendiendo que *el problema no es la adicción sino la persona*, siendo la adicción el síntoma de un profundo malestar individual y social.

Se cree en la capacidad del ser humano para transformarse, crecer y curarse, una vez que se facilitan los medios para contactar consigo mismo, con su núcleo central y, se le presten los apoyos necesarios.

### **1.1.1. Valores**

Entre los valores que persigue la organización y los valores que comparte con los usuarios y sus familias, se encuentran tales como el valor *aconfesional* y el valor *apartidista*. Para desempeñar su trabajo, se basan en el desarrollo de una concepción de intervención claramente *humanista, integral e integradora* de la comunidad y de todos los componentes que la conforman.

La organización presenta un claro respaldo y *respeto a la diversidad*, desarrollando todo su trabajo con gran *transparencia* y llevando a cabo una intervención y *tratamiento en paralelo con las familias*. Además, como otro valor añadido a los anteriormente comentados, está el respeto a la *voluntariedad en la realización del proceso de cambio*.

Con respecto a los recursos humanos, los valores que marcan el día a día de la organización y de los profesionales que la conforman se encuentran la *coherencia*, la *disponibilidad* y la *profesionalidad y humanidad* de sus integrantes en el desarrollo diario de su trabajo.

### **1.1.2. Misión**

Su misión es *prestar atención integral* a personas y familias con problemas de adicciones, favoreciendo su *desarrollo personal* y su *adecuada integración* en la sociedad, así como el estudio y prevención de dichas adicciones y a la sensibilización social respecto al fenómeno adictivo.

### **1.1.3. Visión**

Ser referente, en la Comunidad Valenciana, como una escuela de vida dedicada a la prevención y al tratamiento educativo-terapéutico de las adicciones, y como Organización comprometida con la mejora de la calidad de sus programas y con la formación y profesionalidad/humanidad de sus equipos.

#### **1.1.4. Institucional**

Proyecto Hombre inicia su actividad en Alicante el 31 de mayo de 1995 a través de la Federación Solidaridad en Acción, año en que se incorpora a la Asociación Nacional Proyecto Hombre.

La Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante, se constituye en el año 2000, con el fin de otorgar figura jurídica a Proyecto Hombre Alicante, en sustitución de la Federación Solidaridad en Acción.

En la actualidad cuenta con dos Centros de Día, en las ciudades de Alicante y Elche, en los que se desarrollan diversos Programas de Tratamiento en régimen ambulatorio, semiresidencial y residencial.

Cuenta así mismo, con una Unidad de Deshabitación Residencial, todos ellos, con las debidas acreditaciones de la Dirección de Drogodependencias de la Consellería de Sanitat.

#### **1.1.5. Asociación Nacional Proyecto Hombre**

Proyecto Hombre Alicante forma parte de la Asociación Nacional, constituida en 1986, que cuenta con 26 centros de tratamiento abiertos en toda España y 226 programas de tratamiento.

La Asociación ha creado un espacio privilegiado para la reunión de expertos dentro de diversas comisiones de trabajo y ofrece apoyo permanente desde sus departamentos. Se ofrecen y gestionan diversos servicios como:

- Fomento de las relaciones entre los centros
- Facilidad y colaboración en la apertura de nuevos centros
- Gestión de la formación continua de sus profesionales y voluntarios

Fue declarada Asociación de Utilidad Pública en 1993. Es miembro directivo de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (estatuto consultivo ante el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas) y preside la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

Como hecho destacable, en el año 2007, NACIONES UNIDAS, acordó nombrar a la Asociación Nacional Proyecto Hombre como Órgano Consultivo Especial ante el Consejo Económico y Social. Como reconocimiento a su labor en los últimos años, ha obtenido los siguientes galardones entre otros:

- Premio Justicia y Paz a los valores humanos, 1991
- Mención Honorífica del Premio Reina Sofía, 1992
- Premio a la Solidaridad, Aula Universidad de Salamanca, 1994
- Medalla de Oro al Mérito Social Penitenciario, Ministerio del Interior, 1994
- Gran Cruz de la Orden Civil de la Solidaridad Social, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996
- Cruz Blanca al Mérito, Plan Nacional sobre Drogas, 1996
- Premio INDALONCE a la labor social, 1997
- Premio Oros del deporte, Asociación de Deportistas contra la Droga, 1998
- Premio XXV Aniversario de la Constitución Española, Unión Fenosa, 2004
- Premio Ciudadanos, 2005
- Premio Entidad Sanitaria del año, EDIMSA (Editores Médicos S.A.), 2006
- Premio de la Fundación Social Universal por la Defensa de la juventud e infancia, 2006
- Premio Fomento de la Sonrisa, Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGCOEE), 2006

### **1.1.6. Breve Historia**

1984: Proyecto Hombre abre sus puertas a España

1993-1994:

- Implantación de Proyecto Hombre en Alicante
- Inauguración del Centro de Acogida provisional en Elche

1995-1996:

- Apertura del Centro de Acogida en Alicante
- Apertura de la Comunidad Terapéutica Residencial
- Apertura del Programa de Reinserción Sociolaboral

1999-2000:

- Cierre de la comunidad Terapéutica Residencial
- Apertura de la Comunidad Terapéutica de Día
- Apertura del Programa Nocturno “Altair” para personas con problemas de adicción a la cocaína y/o alcohol
- Constitución e inscripción de la Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante de la Comunidad Valenciana que asume la representación jurídica de Proyecto Hombre en Alicante
- Acreditación como Centro de día en la ciudad de Alicante por la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanitat, resolución A/025/98

2002-2003:

- Apertura de un Centro de Día en Elche
- Acreditación por la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanitat, de:
  - o Centro de Día en Elche, resolución A/124/037
  - o Centro de Día en Benidorm, resolución A/124/040
  - o Vivienda Tutelada de Alicante, resolución A/124/041
  - o Vivienda Tutelada de Elche, resolución A/124/041
- Apertura del Programa “Faro” para Adolescentes y sus familias



2004-2005:

- Apertura del Programa de Actividades en Elche “Las Olas” para personas con patología dual
- Apertura del Programa “Timón” para jóvenes con adicción a la cocaína y/o alcohol
- Cierre del centro de Día en Benidorm y Vivienda Tutelada en Elche
- Elaboración y puesta en marcha del Plan Estratégico 2005-2008
- Obtención del Certificado de Gestión de Calidad según norma ISO 9001:2000, certificado número ESPMDDOO5622 con el alcance: Diseño y ejecución de programas de tratamiento de drogodependencias y otros trastornos adictivos
- Puesta de la Primera Piedra en Alicante de unas nuevas instalaciones para Comunidad Terapéutica Residencial y Centro de Día en Alicante

2006-2007

- Acreditación por la Dirección General de Drogodependencias de la Consellería de Sanitat del Programa “Faro” de Prevención Indicada y apoyo a adolescentes, de ámbito familiar y comunitario en situación de riesgo conforme a lo establecido en los art. 114 y 115 de la Ley 30/1992, de Procedimiento Administrativo Común
- Acreditación por la Dirección de Drogodependencias de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Terapéutica Residencial “Arribada”, resolución A/124/061
- Inauguración y Apertura de las nuevas Instalaciones en Alicante, para Programas de Centro de Día, Programas y Comunidad Terapéutica Residencial “Arribada”, éste último, único recurso en la Comunidad Valenciana
- Renovación del Certificado de Gestión de la Calidad según norma ISO 9001:2000

2008-2009

- Apertura de una Vivienda de Apoyo a la Reinserción en Alicante y elaboración y puesta en marcha del Plan Estratégico 2009-2011

### **1.1.7. Recursos Humanos**

El conjunto de profesionales que desarrollan su labor en Proyecto Hombre, se organiza en *equipos multidisciplinares*, coordinados por un responsable en cada programa. Se ha comprobado que esta fórmula de trabajo es la mejor manera de dar satisfacción a la diversidad de la demanda y revierte directamente en la mejora de los servicios.

El equipo terapéutico está orientado al desarrollo de los programas educativo-terapéuticos, y lo integran profesionales de distintas disciplinas tales como: *Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Educadores Sociales, Maestros y Terapeutas Ocupacionales*.

Estos profesionales cuentan con formación específica en adicciones y otras áreas de la salud: Máster en Drogodependencias, Expertos Universitarios en Drogodependencias, Máster en Psicología Clínica, Máster en Infancia y Juventud, Experto Universitario en Psicopatología y Salud entre otros.

El equipo del departamento de gestión y administración está integrado igualmente por personas provenientes de las diferentes áreas de la gestión, búsqueda de recursos y comunicación.

Además, el personal voluntario o voluntariado, figura en la organización como pieza clave de la transmisión de valores.

### **1.1.8. Voluntariado**

La figura del Voluntariado es una pieza clave para realizar con excelencia el trabajo diario en Proyecto Hombre. Este colectivo aporta energía, compañerismo y sobre todo muchas ganas de colaborar en las diferentes áreas de trabajo disponibles de la organización, facilitando así en muchas ocasiones las labores a los diferentes profesionales.

De este modo, se entiende como Voluntariado el compromiso libremente asumido, donde se manifiesta la voluntad de cooperación en dar respuesta a los problemas que afectan a la sociedad, de forma altruista y solidaria, en este caso, concretamente a la organización de Proyecto Hombre.

## 1.2. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención con los usuarios y sus familias se efectúa de forma global concretándose en cuatro ámbitos que abarcan la totalidad de la persona:

- **Comportamental**. Como principio de la intervención se pretende que la persona con problemas de adicción modifique *hábitos de comportamiento* que pueda tener desadaptados. Así, se trabajan hábitos en relación a: higiene, alimentación, autocontrol, ajuste de la conducta social, habilidades sociales, relaciones familiares, autoeficacia, etc.
- **Cognitivo**. Para efectuar un cambio personal profundo es necesario abordar los *patrones de pensamiento* respecto a uno mismo y al ambiente que le rodea que influyen en la creación y el mantenimiento de un trastorno adictivo.
- **Afectivo**. Para completar la intervención es necesario adecuar el *sistema emocional* a una situación sana, pretendiendo que:
  - La persona identifique y exprese adecuadamente emociones y sentimientos.
  - Aprenda a manejar o gestionar la esfera emocional.
  - Desarrolle las destrezas adecuadas para la expresión y demanda de reconocimiento afectivo.
  - Desarrolle las destrezas adecuadas para la expresión y demanda de reconocimiento afectivo.

- **Existencial.** Todo miembro activo de la sociedad tiene un sistema de *valores, unas metas y un plan de vida*. Para ello trabajan con los usuarios:
  - El descubrimiento e interiorización de los valores de una vida libre de drogas y adicciones.
  - El desarrollo del sentido crítico ante valores deshumanizantes.
  - La autonomía en sus conductas y motivaciones personales, de forma que elabore un proyecto personal de vida.

### **1.3. ETAPAS DEL PROCESO DE CAMBIO**

Dentro de la organización, se entiende el cambio como un proceso con diferentes etapas. Por tanto, según el *momento de motivación al cambio* en el que se encuentre la persona, y teniendo en cuenta el *Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente*, se distingue en su proceso de rehabilitación y reintegración tres etapas o fases:

1. Iniciación y primera motivación. Contemplación y preparación
2. Crecimiento personal. Acción
3. Integración social. Mantenimiento

Cada una de estas fases tiene una serie de objetivos que pretenden abordar cada uno de los ámbitos de intervención, según el momento vivencial de la persona. Este proceso de cambio desarrollado en etapas o fases se lleva a cabo en los diferentes programas de tratamiento que la organización escoge para sus usuarios en función de las diferentes demandas recibidas, ya que dentro de la organización se parte del supuesto que ningún caso es igual a otro y por lo tanto se debe de analizar y estudiar previamente todas las características de cada caso para así escoger el tratamiento más conveniente para cada usuario.

## **1.4. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO**

A continuación se presentan los diferentes programas de tratamiento que la organización oferta a fin de adecuar al máximo el trabajo a las distintas demandas que los usuarios presentan.

### ***Servicio de Orientación, Evaluación y Diagnóstico (SOED)***

El SOED, más que un programa en sí mismo es instrumento de servicio en el cual se atiende a personas con problemas de adicción y/o sus familiares, en un primer contacto con el recurso. Se recoge información y se analiza la demanda. Posteriormente, se mantienen entrevistas individualizadas sucesivas con objeto de reforzar y adecuar la motivación de la persona para el inicio de un programa terapéutico específico acorde con sus necesidades.

#### ***1.4.1. Comunidad Terapéutica “Programa Mástil/Arribada”***

Programa *educativo-terapéutico de deshabituación y rehabilitación* para personas con problemas de adicción, constituido por tres niveles de intervención cuyo objetivo general es *facilitar un proceso de cambio integral en la persona para favorecer su autonomía* en todos los ámbitos, así como su integración en la sociedad.

El programa está constituido por tres niveles de intervención en torno a las áreas del desarrollo de la personalidad: Comportamental, Cognitiva y Afectiva.

Se estructura como Comunidad Terapéutica en régimen residencial, (Programa “Arribada”) o en régimen de Centro de Día (Programa “Mástil”).

#### **1.4.2. Reinserción Socio-Laboral “Programa Velero”**

Dirigido a personas con problemas de adicción que han realizado un proceso previo de Comunidad Terapéutica. Su principal objetivo es, además de consolidar los logros conseguidos en etapas anteriores del programa de rehabilitación, iniciar un *proceso de integración familiar, social y laboral*.

#### **1.4.3. Viviendas de Apoyo a la Incorporación Socio-Laboral**

Viviendas de apoyo temporal en medio abierto destinadas a personas con problemas de adicción que han realizado un proceso previo de rehabilitación con el objetivo de facilitar su *reinserción social y laboral*.

#### **1.4.4. Programa Socio-Educativo “Las Olas”**

*Programa socio-educativo dirigido a personas con problemas de adicción con intentos recurrentes de recuperación y/o otros problemas asociados que por sus necesidades requieren de un tratamiento específico.* Está constituido por dos niveles de intervención y seguimiento individualizado, con el objetivo de *fomentar sus recursos personales y su posible incorporación sociolaboral*.

#### **1.4.5. Nocturno “Programa Altair”**

Es un *dispositivo de deshabituación y normalización social para personas con problemática de dependencia a cocaína y/o alcohol*, con cierto nivel de estructuración personal y familiar, constituida por tres niveles de atención, en régimen ambulatorio, con el objetivo de promover un proceso de cambio personal basado en la autonomía y normalización social.

#### **1.4.6. Familias “Programa Áncora”**

Programa dirigido a familiares de personas con problemas de adicción que estén o no realizando tratamiento en alguno de los programas de la organización.

La implicación de la familia en el proceso de rehabilitación de sus miembros con problemas de adicción, constituye un soporte básico y un apoyo fundamental.

La familia puede actuar en la detección del problema, en la búsqueda de soluciones, en el acompañamiento, control y apoyo a la persona adicta en su proceso terapéutico y en la reestructuración de la dinámica familiar. No obstante, la familia es ante todo, objeto de intervención en sí misma.

#### **1.4.7. Centros Penitenciarios “Programa Barlovento”**

*Programa intrapenitenciario educativo-terapéutico para personas reclusas con problemas de adicción.* El objetivo es *motivar a los internos a iniciar un proceso de rehabilitación en el interior de la prisión*, con la intención de que pueda ser derivado a un tratamiento externo, cuando su situación penal se lo permita.

Los Programas de Tratamiento también integran a personas con problemas de adicción con causas penales a los que se les ha impuesto alguna medida judicial específica. En estos casos la realización del programa o tratamiento es una medida alternativa al cumplimiento de penas de privación de libertad.

### **1.5. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA**

#### **1.5.1. Adolescentes/Jóvenes y sus Familias “Programa Faro”**

Programa de prevención indicada y tratamiento para Adolescentes/Jóvenes y sus familias, con edades comprendidas entre los 13 y 20 años, con patrones de uso y abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas. Basado en *potenciar los factores de protección y a minimizar los factores de riesgo* que puedan favorecer el inicio de cualquiera de estas conductas.

Este programa tiene, como uno de sus ejes prioritarios, el trabajo paralelo con las familias, a través de un programa específico.

### ***1.5.2. Adolescentes/Jóvenes con medidas judiciales “Programa Cabo”***

Programa socio-educativo, dirigido a adolescentes/jóvenes con medidas judiciales, relativas a hechos acaecidos siendo menores de edad y, que tengan relación con el consumo y/o venta de drogas.

### ***1.5.3. Competencias Familiares “Programa Remo”***

Programa dirigido a los padres de adolescentes/jóvenes con el objetivo de facilitar las herramientas necesarias para participar, activa y positivamente, en el proceso de cambio y maduración de los hijos con problemas relacionados con el consumo incipiente de drogas y otras conductas disruptivas.

Se estructura con tres líneas principales de intervención: asesoramiento y acompañamiento individualizado semanal, talleres de refuerzo de competencias parentales y grupos de psicoterapia/autoayuda.

## **1.6. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA**

### ***1.6.1 Jóvenes en riesgo “Programa Rompecabezas”***

Programa dirigido al profesorado y a jóvenes de 16 a 21 años, que en su mayoría han fracasado en los circuitos escolares habituales, o bien se han integrado en la educación reglada y, que el propio sistema educativo deriva a otras alternativas de formación son: formación ocupacional/prelaboral (Casas de Oficios, Escuela Taller); programas de garantía social y, educación de adultos.



### ***1.6.2. Familias “Programa a Tiempo”***

Programa dirigido a familias con hijos adolescentes con conductas problemáticas, en el que se facilitan recursos y estrategias para incrementar los factores de protección frente al consumo problemático de drogas y otras situaciones de riesgo.

Es el primer programa de prevención selectiva se pone en marcha en España para familias. La familia es un agente preventivo eficaz pero para ello, precisa que se le proporcione, información, formación y apoyo específico.

## **1.7. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL**

### ***1.7.1. Niños/Adolescentes “Programa entre todos”***

Programa dirigido a niños de 5º y 6º de Primaria y adolescentes de 1º Ciclo y 2º Ciclo de la ESO., familiares de los alumnos y profesionales. Su objetivo es informar y formar a padres y tutores sobre las conductas adictivas y las posibles consecuencias derivadas de las mismas, con el fin de dotarles de las herramientas precisas para que puedan actuar como agentes preventivos.

Como se ha podido ver mediante la presentación de los diferentes programas de tratamiento y prevención, lo que se pretende desde Proyecto Hombre, es abarcar y ser capaces de responder y ajustarse a las numerosas y diferentes demandas que día a día presentan los usuarios o sus familias. Proyecto Hombre y los diferentes profesionales que conforman la asociación ponen a disposición de los usuarios y de sus familiares toda una oferta de programas de tratamiento con el fin de ser capaces de adaptarse lo máximo posible a las necesidades de cada caso teniendo muy presente que ningún caso, aunque las sustancias y los modos de consumo sean los mismo, es igual al anterior.

## **1.8. PERFIL PROFESIONAL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL TERAPÉUTA EN PROYECTO HOMBRE**

El **objetivo** de la figura del Terapeuta en Proyecto Hombre Alicante es *motivar y acompañar a los usuarios de su programa para que realicen un **proceso de autoconocimiento, cambio personal e integración sociolaboral.***

### **1.8.1. Funciones y Tareas**

Las principales tareas de terapeuta en PH son:

- 1-. Gestionar el proceso terapéutico de los usuarios (incluidas sus familias) de su nivel.
- 2-. Realizar una adecuada individualización del proceso terapéutico del usuario.

### **1.8.2. Autonomía del Terapeuta**

Aunque existe una jerarquía que trata de organizar a la asociación y sus profesionales, el terapeuta, el cual tiene asignado un programa de tratamiento determinado y un nivel concreto de ese programa, posee autonomía para desempeñar las siguientes tareas:

- Toma de decisiones sobre el proceso de los usuarios de su grupo/fase e informar al equipo.
- Desarrollar la instrumentación terapéutica incluyendo toda la documentación correspondiente.
- Elaborar informes de evolución e incidencias pertinentes sobre los usuarios de su nivel: judiciales, etc.
- Verificar, con carácter mensual, el cumplimiento de los procedimientos que atañan a su programa o actividad.

### **1.8.3. Formación, Coordinación y Co-Responsabilidad Organizacional interna y/o externa**

La formación, la coordinación y la co-responsabilidad dentro de la organización son fundamentales para que cada profesional a su vez pueda desempeñar su trabajo de la mejor manera posible y así conseguir un resultado efectivo del tratamiento. Los profesionales deben de:

- Asistir y participar en las reuniones de equipo para la coordinación y organización de la fase/nivel
- Impartir las acciones formativas pertinentes
- Velar por el cumplimiento diligente de las especificaciones del sistema de calidad.
- Autoformación continua

### **1.8.4. Motivación y Participación activas**

Los profesionales deben de trabajar constantemente con los usuarios la motivación y la participación como pilares fundamentales para conseguir la mejor adherencia al tratamiento. Para ello deben de:

- Acoger, recoger, motivar, formar en voluntariado
- Servir de referente a los usuarios/familias siendo claro, honesto, sincero, disponible y coherente.
- Fomentar la alegría y el clima participativo
- Confrontar, escuchar motivar y valorar
- Ser flexible y tolerante
- Propiciar una visión desde la globalidad

### 1.8.5. Requisitos

El terapeuta como profesional dentro de la organización debe de cumplir con los siguientes requisitos:

- **Formación académica**
  - Titulación media o superior relacionada con las CC.SS
  - Acceso a la Universidad para las personas que han realizado el programa
- **Formación específica:**
  - Título de Terapeuta de la Asociación PH
  - Cursos complementarios en drogodependencias y trastornos adictivos
- **Competencias técnicas:**
  - Conocimientos específicos sobre drogodependencias
  - Conocimientos sobre dinámicas de grupo
  - Conocimientos sobre la filosofía y métodos de PH
  - Conocimientos de informática
- **Competencias referidas a capacidades:**
  - Empatía
  - Autenticidad
  - Capacidad de análisis/síntesis
  - Madurez Emocional
  - Asertividad
  - Capacidad de Organizar
  - Habilidades de Comunicación
  - Capacidad de Aprendizaje
  - Capacidad de Trabajo en Equipo
  - Disposición de Ayuda
  - Aceptación incondicional de la persona
  - Facilidad para las relaciones sociales
  - Capacidad de adaptación capacidad de de Auto-conocimiento
  - Capacidad de mantener distancia terapéutica
  - Objetividad

▪ **Valores compartidos:**

- Interiorizar el sistema de valores de la Organización
- Coherencia
- Disponibilidad
- Profesionalidad/Humanidad

El perfil de los terapeutas debe ser coherente con la filosofía y valores que desde el centro se pretende ofrecer a los usuarios que llegan al centro solicitando ayuda. Terapeutas, profesionales de otros ámbitos y voluntariado, deben tener muy presente tanto la filosofía de trabajo como los valores imperantes en el centro para que en el desarrollo diario de cada día se pongan en práctica con el fin de generalizar aspectos importantes del tratamiento que de manera más concreta se trabajaran en cada programa. No se puede olvidar nunca que los usuarios buscan en los terapeutas y demás profesionales, esos “modelos” que necesitan en muchas ocasiones mirar y contemplar para conseguir el cambio que necesitan. Como profesionales de la salud, debemos de ser conscientes en cada momento de que somos referentes y modelos a seguir para ellos, por lo que es fundamental compartir la filosofía de vida y los valores que queremos trasladarles en cada momento. En muchas ocasiones, sin darnos cuenta, podemos ser esa piedra que ellos necesitan para comenzar su camino...

**A continuación se presentan dos figuras, las relativas a los puntos 1.9 y 1.10 de este trabajo.**

Las figuras tratan de explicar de manera gráfica el desarrollo que los usuarios “sufren” durante el proceso llevado a cabo en Proyecto Hombre, y además, concretamente, durante la intervención en el Programa Mástil.

**1.9. PROCESO PROYECTO HOMBRE. Ver Anexo 1.**

**1.10. PROCESO PROGRAMA MÁSTIL. Ver Anexo 2.**

## **1.11. PROGRAMA DE TRATAMIENTO MÁSTIL. Comunidad Terapéutica**

### **1.11.1. Alcance**

El perfil de los **usuarios** destinados a este programa de intervención suelen presentar las siguientes características:

- Patrón de consumo predominante: policonsumo
- Otros patrones de consumo: heroína
- Alto grado de deestructuración personal: hábitos, responsabilidades, etc.
- Inestabilidades y poca capacidad de autocontrol emocional, conductual y cognitivo
- Fuerte dependencia a nivel relacional
- Vivencias de negación a lo largo del proceso vital
- Nivel formativo medio-bajo
- Dificultad en el ámbito laboral
- En algunos casos: fuerte problemática familiar
- En muchos casos: fracaso terapéutico anterior
- Recaídas recurrentes
- La mayoría: más de diez años de dependencia

#### **Para valorar la inclusión en este programa se tendrá en cuenta:**

- Personas con dificultad para mantener periodos de abstinencia que permitan aportar valor al proceso de cambio personal.
- Profundizar en su proceso de autoconocimiento personal en un contexto educativo-terapéutico incompatible con el consumo.
- Personas que requieren un entorno alternativo como factor de protección frente a potenciales amenazas para su adecuado proceso de cambio.
- Personas con alto grado de deestructuración personal, familiar y social.
- Por requerimiento judicial: Comunidad tratamiento residencial
- Distancia geográfica → problema de tratamiento de día.
- Seguimiento familiar inexistente/inadecuado.
- Con Patología Dual estabilizados siendo recomendable un entorno educativo estructurado.



### 1.11.2. Proceso y Procedimiento del Programa Mástil

El Programa de Tratamiento Mástil presenta un proceso de *tratamiento Educativo-Terapéutico de deshabituación-rehabilitación e inserción socio-laboral* cuyo objetivo es facilitar el proceso de cambio integral para favorecer la autonomía personal en todos los ámbitos y su integración en la sociedad. Cuenta con una estructura y organización de comunidad terapéutica, pero también se puede realizar en régimen de día.

La **filosofía de trabajo** en la organización se sigue manteniendo en este programa de tratamiento, situando así el problema en la persona y en la manera de gestionar y afrontar su vida. De la misma manera, también se le otorga el principal papel a la persona como protagonista único a la hora de resolver su problema y cambiar su estilo de vida sirviéndose de las herramientas ofrecidas por la organización y sus profesionales.

La **estructura y organización del programa en Comunidad Terapéutica** permite trabajar en un espacio que ofrece el clima adecuado para que la persona llegue a un grado de conocimiento apropiado de sí mismo que le permita realizar a la persona los cambios necesarios para romper con el estilo de vida adictivo.

Además, la organización en Comunidad Terapéutica propicia el ambiente libre de juicios donde se acepta a la persona y se promueve el cambio en el estilo de vida adictivo de los usuarios.

En definitiva, el trabajo y desarrollo del programa en régimen de Comunidad Terapéutica ofrece un espacio para relacionarse ideal donde se experimenta el sentido de pertenencia, las relaciones de ayuda y la valoración positiva del esfuerzo personal para alcanzar metas. Para ello se sirve de diferentes herramientas: autovaloraciones, grupos de ayuda, talleres, comunicaciones, confrontaciones, trabajo en sectores, etc.

A continuación se presentan una serie de tablas pertenecientes cada una de ellas a un nivel o fase concreta del proceso de tratamiento con los objetivos y aspectos más relevantes a tener en cuenta dentro del **Programa de Tratamiento Mástil**.

## FASE DE ACOGIA

<b>Duración aprox.</b>	1-2 meses
<b>Objetivo General</b>	<p><b>Área Conductual</b> → Cambio externo-inmediato</p> <p>Tomar distancia del ambiente que haya favorecido la conducta adictiva</p>
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitar la exposición a estímulos asociados con la conducta adictiva</li> <li>- Establecer las bases sobre las HHSS y la resolución de conflictos</li> <li>- Recoger información sobre el desarrollo de la situación adictiva para facilitar la individualización del proceso</li> <li>- Recoger información sobre la dinámica personal y familiar para efectuar análisis de niveles de cara a la intervención</li> </ul>
<b>Trabajo de:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Límites, normas y responsabilidades debido a la ausencia de autocontrol. Necesidad de control externo</li> <li>- Fomentar hábitos de vida saludable y socialmente responsables. Crear una Estructura Personal</li> <li>- Tomar conciencia de pertenencia al grupo (grupo de autoayuda, trabajo en sectores)</li> <li>- Implicar a la familiar como co-terapeuta. Importante el papel de generalización a otros ambientes (grupo mixto, seguimiento)</li> </ul>
<b>Actividades Usuarios</b>	<p>Convivencia de la Responsabilidad: fomentar la cohesión de grupo y trabajar la responsabilidad en las dinámicas y toma de decisiones. Grupo de autoayuda, seminarios formativos, trabajo en HHSS, coloquios individuales, plan individualizado: MCMI, Test Europasi, Historia Psicosocial, trabajo en sectores, coloquios unifamiliares</p>

<b>Actividades Familia</b>	Grupo de seguimiento, coloquios, grupos de autoayuda, seminarios formativos, presencia en las convivencias, etc.
----------------------------	--

**Fig. 3. Programa Mástil. Fase de Acogida**

## NIVEL I. FASE DE TRATAMIENTO Y DESHABITUACIÓN

<b>Duración aprox.</b>	De 3-4 meses
<b>Objetivo General</b>	<p><b>Área Cognitiva</b> → Conocimiento personal. Actitudes y pensamientos</p> <p>Facilitar y promover el proceso personal de motivación hacia el cambio</p>
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia del problema para realizar el cambio</li> <li>- Restablecimiento de las relaciones familiares: hábitos, comunicación, etc.</li> <li>- Desarrollar una red social sana</li> <li>- Desarrollo de las capacidades y recursos personales: HHSS, resolución de conflictos, control emocional, etc.</li> <li>- Gestión de la economía, ocio y tiempo libre</li> </ul>
<b>Trabajo de:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar recursos alternativos deportivos, lúdicos, culturales con el fin de conseguir la integración social</li> <li>- Trabajo de pensamientos irracionales y prevención de recaídas</li> </ul>
<b>Actividades Usuarios</b>	<p>Grupos de autoayuda. El encuentro de la mañana: los usuarios se reúnen para compartir la filosofía del centro y sus impresiones sobre el día anterior.</p> <p>Comunican sus preocupaciones y muestran como se siente. Cada semana hay una línea de trabajo que trata sobre algún aspecto importante a trabajar dentro del proceso de cambio. Seminarios formativos. Convivencia de la Honestidad y Convivencia de la Familia. Anamnesis Personal. Taller de prevención de recaídas y taller de pensamientos irracionales. Autovaloraciones. Sectores</p>

<b>Actividades Familia</b>	Grupo de seguimiento de grupos de autoayuda. Seminarios formativos. Grupos unifamiliares, coloquios, etc.
----------------------------	---

**Fig. 4. Programa Mástil. Nivel I de Tratamiento y Deshabitación**

## NIVEL II. FASE DE TRATAMIENTO Y DESHABITUACIÓN

<b>Duración aprox.</b>	De 4-6 meses
<b>Objetivo General</b>	<p><b>Área Afectivo-Existencial</b> → Cambio en sentimientos, valores y relaciones con los demás. Autoconocimiento.</p> <p>Profundizar en el autoconocimiento para facilitar el crecimiento personal y la prevención de recaídas</p>
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar una formación profesional y ocupacional</li> <li>- Normalizar la dinámica y las relaciones familiares</li> <li>- Aumentar la red social saludable</li> <li>- Favorecer el ocio y el tiempo libre</li> </ul>
<b>Trabajo de:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a respetar las emociones y sentimientos de los demás</li> <li>- Ocupar de forma satisfactoria el tiempo libre y buscar un ocio saludable</li> <li>- Profundizar la problemática histórica para así determinar de qué forma sus dificultades actuales están condicionadas por sus experiencias pasadas</li> </ul>
<b>Actividades Usuarios</b>	Encuentro de la mañana: se potencia el trabajo de la lucha contra la vergüenza, se busca reír y trabajar la creatividad. Grupos de autoayuda, coloquios y grupos unifamiliares. Seminarios formativos. Grupo Dinámico (trabajo de sentimientos), Grupo Histórico (trabajo de introspección). Trabajo de sectores. Convivencia de las Necesidades y Convivencia de la Sexualidad

<b>Actividades Familia</b>	Grupo de seguimiento, grupos de autoayuda. Seminarios formativos. Grupos unifamiliares, coloquios individuales, etc.
----------------------------	---

**Fig. 5. Programa Mástil. Nivel II de Tratamiento y Deshabitación**

Para finalizar sobre la importancia de algunos aspectos relevantes dentro del proceso del **Programa Mástil**, cabe resaltar la necesidad de dar y ofrecer siempre *seguimiento familiar* al usuario implicado en el proceso de tratamiento. El programa trata de ser un proceso de tratamiento en busca de la *autonomía personal* con la finalidad de conseguir una vida normalizada del individuo sabiendo llevar a cabo toma de decisiones adecuadas y saludables.

Además, es importante resaltar, que no todos los usuarios siguen la misma secuencia de niveles. El programa y sus diferentes niveles o fases de intervención se adaptan a la problemática individual de cada usuario.

Por otro lado, la **REINSERCIÓN** la lleva a cabo el usuario mediante un nuevo proceso de tratamiento en el **PROGRAMA VELERO**, ya que tras completar el proceso del programa Mástil, como profesionales nos debemos de hacer una pregunta fundamental, *¿el usuario va bien desvinculado del centro?*. Se pasa a ofrecer un apoyo puntual.

Durante el **Programa de Reinserción Velero** se pretende conseguir el objetivo de que el usuario llegue a ser una *persona autónoma* (no dependencia) encontrando un sentido a la vida y clarificando una escala de valores que seguir. Durante el desarrollo del programa se pretende además potenciar el proceso de maduración mediante diversas toma de decisiones manteniendo en el usuario un papel más activo y responsable en todas las áreas de su vida y en el día a día como un miembro más de la sociedad.

A continuación, se presentan algunas de las Herramientas Terapéuticas más utilizadas en la labor clínica y educativa en el centro de Proyecto Hombre Alicante.

- Herramientas de Acción de Cambio en la actividad de Encuentro de la Mañana:
  - Confrontaciones
  - Comunicaciones
  
- Grupos de Autoayuda (a mayor nivel que en Acogida):
  - Más autonomía
  - Se intenta profundizar más sobre el problema y la ayuda
  - Se cuestiona a las personas que entran al grupo pero no hablan ni participan
  - Se rompen juicios
  - Más explicaciones
  
- Talleres:
  - **Prevención de Recaídas;** se analizan las dificultades y los factores de riesgo y se exponen las herramientas necesarias para evitar la posible recaída.
  - **Pensamientos Irracionales;** se hace un trabajo profundo sobre los pensamientos irracionales y anticipatorios, presentes y muy abundantes en estas personas, y se les proporciona las herramientas para trabajar y desmontar este tipo de pensamiento muy problemático en estas personas.

**OBJETIVO: camino hacia la AUTONOMIA PERSONAL DEL USUARIO**

Fig. 6. Herramientas Terapéuticas



## **1.12. PROGRAMA SOCIO-EDUCATIVO “LAS OLAS”**

El programa socio-educativo “Las Olas” es otro de los programas ofertados por la organización de Proyecto Hombre Alicante, el cual se adapta a otras necesidades y demandas de los usuarios.

Aunque la mayor parte del tiempo de prácticas en este centro lo desarrollé en el programa Mástil, anteriormente citado y desarrollado, hubo una breve semana que dediqué al trabajo con los profesionales y usuarios enmarcados dentro de este programa.

A continuación, se exponen las diferentes características claves de los usuarios que finalmente, tras realizarle unas entrevistas previas, quedan encuadrados en este programa de tratamiento, bien por sus características clínicas, o por las metas finales que desean conseguir al finalizar dicho tratamiento.

### **1.12.1. Alcance. Perfil de usuarios**

Tras realizar varias entrevistas iniciales con el usuario y con la familia, y analizar su historia de consumo y sus metas a conseguir con el tratamiento, los usuarios a los que se les asigna este programa de tratamiento reúnen las siguientes características:

- Con alta cronicidad, que han comenzado otros procesos terapéuticos-educativos sin conseguir abstinencia
- Con patología dual que no pueden realizar un proceso terapéutico de alta exigencia
- En cualquier estadio de motivación para el cambio
- Con dificultades para iniciar la abstinencia
- Con imposibilidad de acudir a otro programa terapéutico por sus responsabilidades laborales
- Alto grado de desestructuración personal en lo relacionado con los hábitos y las responsabilidades

- Con inestabilidad y poca capacidad de autocontrol emocional, conductual y cognitivo
- Con dificultades en el ámbito laboral
- Que requieren un entorno alternativo como factor de protección frente a potenciales amenazas para su adecuado proceso de cambio
- Con alto grado de desestructuración personal, familiar y social
- Que no encajan plenamente con el perfil descrito pero que la UCA de referencia valora como candidatos para realizar su proceso en este programa y no son derivados a tal efecto

### **1.12.2. Objetivos**

El objetivo general de este programa es *fomentar los recursos personales para mantener una abstinencia y su posible incorporación socio-laboral.*

A continuación, se exponen los objetivos específicos a conseguir en función de la fase de tratamiento en la que se encuentran los usuarios.

#### Fase de Acogida:

- Promover la adherencia al programa
- Iniciar la recogida de información/datos de la persona
- Informar de la metodología del programa

#### Fase de Abstinencia:

- Motivar la abstinencia
- Facilitar la concienciación del problema
- Fomentar hábitos de vida e higiene saludables y socialmente responsables
- Fomentar el desarrollo de capacidades y recursos personales tales como HH.SS, control emocional, etc.
- Facilitar el manejo de estrategias específicas para iniciar la abstinencia
- Facilitar la estructuración responsable/saludable del tiempo

### Fase de Mantenimiento de la Abstinencia:

- Fomentar la ocupación de forma adecuada y satisfactoria el tiempo libre
- Facilitar la adquisición de recursos específicos para gestionar una búsqueda activa de empleo
- Reforzar el desarrollo de capacidades y recursos personales tales como HH.SS, resolución de conflictos, control emocional, etc.
  
- Facilitar el manejo de estrategias específicas para la prevención de recaídas
- Promover el conocimiento de recursos y alternativas deportivas, lúdicas y culturales de su entorno e integrarse en aquellas que le interese
- Fomentar hábitos de vida e higiene saludables y socialmente responsables
- Facilitar el mantenimiento de la estructuración responsable/saludable del tiempo libre

### Fase de Reinserción Socio-Laboral:

- Promover el inicio, en caso de necesidad, una formación profesional u ocupacional
- Promover el establecimiento de relaciones con personas que no estén vinculadas al ambiente de consumo de drogas
- Facilitar el mantenimiento de la estructuración responsable/saludables del tiempo
- Promover la adecuada gestión económica
- Promover un proyecto de vida
- Facilitar estrategias de resolución de conflicto socio-laborales
- Promover una actividad laboral

### Fase de Desvinculación:

- Promover el mantenimiento de un proyecto de vida
- Promover su autonomía sin el acompañamiento del centro
- Realizar seguimiento regular de la persona
- Promover el mantenimiento de una vida responsable: trabajo, ocio, familia, etc.

### **1.12.3. Talleres y Actividades**

Los talleres y actividades desarrolladas dentro de este programa socio-educativo están orientados a conseguir objetivos y metas más básicos, aunque no se dejan de trabajar aspectos esenciales y vitales también trabajados en otros programas.

A continuación se presenta un listado de algunas de las actividades llevadas a cabo por los usuarios de este programa:

- Taller de Habilidades Sociales
- Taller de Prevención de Recaídas
- Taller de Relajación y Estrategias de afrontamiento al estrés
- Taller de Estimulación Cognitiva
- Taller de Educación para la Salud
- Taller de Ocio
- Grupos de Autoayuda
- Taller de Incorporación Socio-Laboral

### **1.13. El trabajo en sectores como Herramienta Terapéutica**

Los Sectores en Proyecto Hombre son grupos de trabajo compuestos por los propios usuarios encargados de mantener el orden, la limpieza y la organización de diferentes campos de trabajo del centro. Existe cada día un tiempo dedicado a los sectores en el cual cada grupo de usuarios se dirige a su área o campo de trabajo para dedicarse exclusivamente a él.

Algunos de estos sectores son: limpieza, mantenimiento, cocina, huerta, lavandería, furgonetas, administración, entre otros. En otras palabras, los Sectores son distintos ámbitos de trabajo especializado en la comunidad terapéutica, formado cada uno de ellos por un grupo de personas en proceso de tratamiento, y que están organizados en roles diferenciados.

Aunque posteriormente se presentará con un mayor detenimiento los aspectos que trabaja e intentan mejorar los sectores, la finalidad de la realización de tareas radica en la adquisición tanto de hábitos y habilidades saludables, como de actitudes positivas que favorezcan el cambio hacia un comportamiento más respetuoso con uno mismo y con los demás, dentro de un entorno que siembra valores como la honestidad, el compañerismos, etc.

En definitiva, los Sectores conforman por sí solos una de las herramientas terapéuticas por excelencia de la comunidad terapéutica, porque:

- Posibilitan un entorno más normalizado de relación que los grupos y coloquios.
- Se pueden entrenar las habilidades que se han trabajado en los seminarios, grupos, coloquios y los momentos libre para compartir.
- Ayudan a mantener un ritmo en la Comunidad, a que se fomente un clima adecuado de autoayuda, puesto que posibilitan la comunicación, la confrontación, la revisión personal, la revisión por otros, el poder mejorar o modificar algo que no se ha hecho correctamente o que necesita mejorar.
- Fomentan la motivación a corto, medio y largo plazo. Se revisa si se consiguen y si no se toman las medidas oportunas.

- Fomentan el desarrollo del sentido de responsabilidad, de competencia (capacidad), el tomar decisiones, la planificación, la mejora constante, la asunción de responsabilidad, el seguimiento y revisión de las decisiones tomadas, el trabajo de equipo.
- Facilitan la comunicación fuera de los grupos y coloquios (puesto que se comparte una tarea), el conocimiento de los diversos miembros, la exigencia compartida.
- Fomentan un sentido de co-responsabilidad y de pertenencia a la Comunidad Terapéutica (es de todos).
- Facilitan la adquisición y práctica de una estructura de roles (imitando una situación que se da en la vida real).
- Favorecen la posibilidad de desarrollar una capacidad adecuada de dar respuesta al estrés, a la resolución de conflictos y a la resolución de problemas.

→ La función de los sectores va más allá de lo puramente laboral, siendo esencial en el trabajo terapéutico que se realiza en la Comunidad.

A continuación paso a describir de manera breve los **procesos psicológicos** comunes que gracias al trabajo en sectores en el Programa Mástil se consiguen trabajar y finalmente mejorar.

De esta manera, describiré los procesos psicológicos comunes que se desarrollan a lo largo de todo el proceso terapéutico y que están presentes día a día en las diferentes actividades realizadas en los sectores.

En primer lugar, para conseguir la adquisición de nuevos hábitos, estrategias, actitudes y habilidades, el proceso de aprendizaje llevado a cabo por los usuarios del centro es el **aprendizaje vicario** y en un segundo lugar el **aprendizaje por condicionamiento operante**.

El aprendizaje vicario se puede observar en primer lugar cuando entran nuevos usuarios al centro o pasan a un nuevo nivel del programa. En este caso, los terapeutas les adjudican a estos nuevos usuarios una persona de referencia la cual tomará como modelo, y mediante la *observación* y la *imitación* de su comportamiento, tanto en sectores como en el resto de actividades desarrolladas en el centro, irá conociendo y aprendiendo sobre los quehaceres del centro. Al mismo tiempo, se pueden observar formas de aprendizaje por *condicionamiento operante* ya que los usuarios han interiorizado que realizar una conducta positiva trae consigo un refuerzo positivo, que en este caso pueden ser varios: valoraciones de compañeros, valoraciones de terapeutas, permisos de salida del centro, etc.; mientras que realizar una conducta negativa tiene como consecuencia un castigo positivo que puede ser una confrontación, una comunicación o una intervención.

A lo largo de todo el proceso terapéutico hay dos herramientas básicas por excelencia en el trabajo diario en el centro que los usuarios tienen la obligación de emplear y usar constantemente, estas herramientas son: la **comunicación** y la **confrontación**. El objetivo de utilizar estas herramientas es el entrenamiento diario y constante en *habilidades sociales*, que principalmente se centran en la *escucha activa* y en la *asertividad*.

La *escucha activa* se pone en práctica en los distintos grupos y sectores mediante la comunicación. Al comunicar con los compañeros se produce un esfuerzo en la atención al tratar de escuchar y de comprender el contenido del mensaje que se emite, pero también es un trabajo emocional importante entre este colectivo de personas.

Por tanto, de esta manera se consigue fomentar y mejorar la *empatía* de los usuarios hacia los compañeros, que en muchos casos pueden tener historias muy parecidas y el compartirlas en grupo pueden ser positivos para ellos. Además, mediante la *escucha activa* también se mejora el *control de impulsos* a la hora de dejar un tiempo para que el compañero se exprese y no hacer interrupciones, con lo cual se trabaja además el respeto y la frustración.

Por otro lado, la *asertividad* se trabaja mediante las **confrontaciones**. La confrontación es una herramienta esencial para que los usuarios sepan identificar y diferenciar entre un *comportamiento social pasivo, agresivo y asertivo*. Esto es fundamental ya que la mayoría de los usuarios del centro suelen tener comportamientos sociales desadaptados, tanto por ser pasivos y dejarse llevar como por ser agresivos, comportamiento ambos que les han llevado al camino del consumo. Con lo cual se les debe dirigir a la adquisición de un comportamiento asertivo, basado en el respeto a uno mismo y a los demás y en defensa de los sentimientos, pensamientos y derechos de la propia persona, de forma justa, sin imponer a los demás ni dejándose llevar por otros.

El trabajo en relación a la **autoestima y al autoconcepto** es fundamental entre este tipo de personas. La mejor herramienta para conseguir mejorar estas esferas personales son los sectores, ya que al realizar las actividades y comprobar posteriormente que se hayan hecho de manera adecuada, los usuarios reciben las valoraciones positivas del trabajo bien realizado, lo que puede servir como herramienta para la mejora considerable del autoconcepto y por consiguiente la autoestima. Además, el comunicar con los compañeros y en los grupos hace que se sientan más seguros de sí mismo y aumente su confianza.

Además existen una serie de procesos que son básicos en el día a día y se trabajan de forma muy eficaz en los diferentes sectores, estos procesos son la **toma de decisiones** y la **resolución de conflictos**.

El **entrenamiento en toma de decisiones** es prioridad a la hora de trabajar con estos sujetos, ya que como terapeutas los debemos de envolver de herramientas necesarias para que a la hora de escoger y decidir entre las alternativas, elijan la más adecuada, de manera reflexiva y no dejándose llevar por la impulsividad.

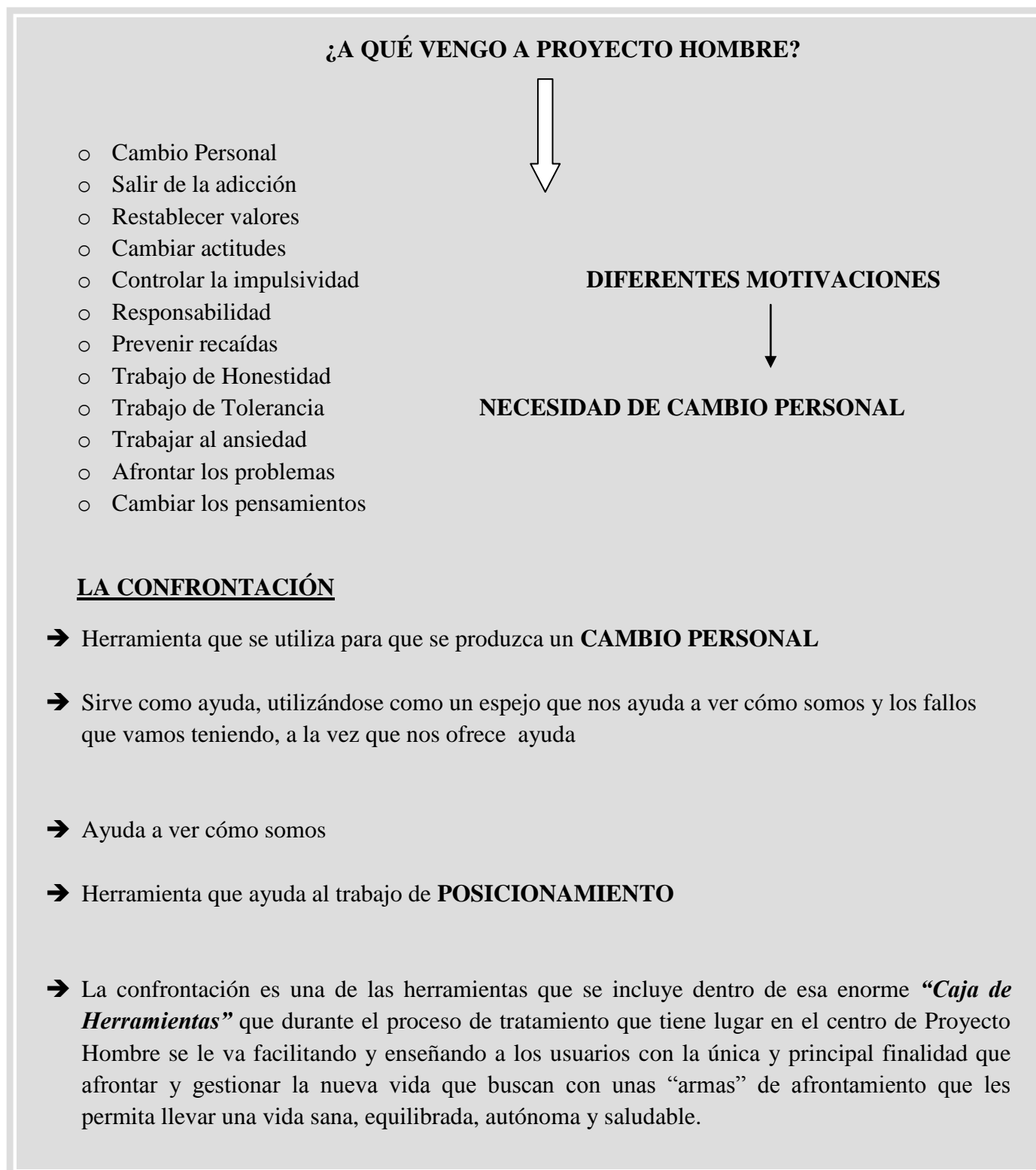
Por ello, una vez más, los roles en los sectores son de gran relevancia en este aspecto, puesto que los usuarios deben tomar decisiones de forma autónoma y responsable, habiendo analizado las distintas alternativas y valorando las posibles consecuencias.



## 1.14. LA CONFRONTACIÓN COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

A continuación se presenta un resumen personal de un seminario que tuvo lugar en una de las sesiones terapéuticas llevadas a cabo en el centro. El objetivo del seminario fue “refrescar” la utilidad y la importancia de usar la confrontación como una herramienta terapéutica de cambio.

Fig. 7. La Confrontación como herramienta terapéutica



### 1.15. Factores de Riesgo y Factores de Protección

A continuación se presenta la relación de FR/FP más relevantes según los análisis de PHA.

	<b>FR</b>	<b>FP</b>
<b>DROGA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historia familiar de consumo</li> <li>▪ Uso de drogas parental</li> <li>▪ Actitud tolerante hacia las drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estilo de vida saludable</li> <li>○ Atención a la salud integral</li> </ul>
<b>DINÁMICA FAMILIAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actitudes favorables a la conducta antisocial</li> <li>▪ Historia de conducta antisocial</li> <li>▪ Grado de conflicto familiar</li> <li>▪ Bajo apego a la familia</li> <li>▪ Inadecuada supervisión y seguimientos en infancia</li> <li>▪ Ausencia de valores prosociales</li> <li>▪ Familia monoparental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oportunidades de implicación y refuerzo en la familia</li> <li>○ Adecuada supervisión y seguimiento de problemas en la infancia</li> <li>○ Estructura familiar nuclear (roles)</li> </ul>
<b>RELACIONES CON EL MEDIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deprivación económica y social</li> <li>▪ Bajo apego a la comunidad</li> <li>▪ Movilidad y transiciones (mudanzas, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Oportunidad de implicación en la comunidad</li> <li>○ Refuerzos por su implicación</li> </ul>

<p><b>NORMATIVA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carencia de claras expectativas para la conducta del hijo</li> <li>▪ Fracaso en el control y supervisión de los hijos</li> <li>▪ Castigo excesivamente severos o inconsistente</li> <li>▪ Falta de coherencia parental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Claras expectativas para la conducta que se espera del hijo</li> <li>○ Adecuada supervisión</li> <li>○ Buen manejo de contingencias</li> <li>○ Coherencia parental</li> </ul>
<p><b>COMUNICACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estilo comunicativo pasivo y/o agresivo</li> <li>▪ Pobre escucha activa y empática</li> <li>▪ Pobre expresión de sentimientos y mensajes yo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estilo asertivo de comunicación</li> <li>○ Escucha activa y empática</li> <li>○ Adecuada expresión de sentimientos y mensaje de yo</li> </ul>

Fig. 8. Factores de Riesgo y Factores de Protección relevantes en Proyecto Hombre Alicante

## **1.16. REFLEXIÓN SOBRE EL PERIODO DE PRÁCTICAS**

Antes de concluir con el apartado del trabajo referente al Centro Proyecto Hombre Alicante, me gustaría dejar plasmado unas breves pinceladas sobre lo que ha sido mi experiencia diaria en el centro, tanto a nivel profesional como a nivel personal, ya que pienso que no podría terminar este trabajo sin abordar el enorme enriquecimiento personal que me ha aportado el trabajar, aunque sea por unos días, con personas con problemas en el abuso de sustancias.

En primer lugar, me gustaría hablar del plano profesional. Referente al trabajo profesional y terapéutico del grupo de personas humano que trabajan codo con codo cada día para conseguir la mejora de estas personas, solo me cabe decir que es excelente su dedicación, su espíritu de lucha y trabajo y su organización en equipo multidisciplinar para abordar las enormes disyuntivas que se plantean día tras día en un centro dedicado al problema de la adicción.

El equipo multidisciplinar que se reúne cada mañana con el fin de organizar el trabajo del día y abordar las problemáticas importantes, juega para mi el papel fundamental en el hecho de conseguir ese buen trabajo, pero mejor resultado, que en la mayoría de las personas que acuden al centro se consigue, sin olvidar lo obvio que supone saber que tal vez sea este, el problema por abuso de sustancias, el que más frustraciones y recaídas presenta dentro del abanico enorme de trastornos y problemas a los que se enfrenta un psicólogo.

Tanto el lema con el que parte este centro, “No estas solo”, como la importancia de situar el problema en la persona y no en la sustancia han sido una de las cosas, que tal vez por mi formación previa, más me han llamado la atención. Para mi, situar el problema en la persona, es lo que nos hace a los psicólogos y a los profesionales poder trabajar en busca de la mejora, nos hace actores secundarios, importantes para guiar a estas personas con dificultades a encontrar su camino, eso sí, siempre y cuando estén dispuestas a ello, porque si algo he aprendido de esta experiencia, es que cada uno decide cuando es el momento para “salir” y eso es algo que como profesionales debemos de respetar.

Han sido varios los casos en los que tanto las familias como los propios usuarios han decidido abandonar el proceso de rehabilitación y han sido los profesionales quienes han apoyado esa decisión, ya que tal vez no era ese el momento adecuado o la disposición de las personas con problemas no eran las más indicadas para enfrentarse a un proceso tan duro y tan largo. Debemos de ser honestos y realistas y no ocultar nunca a nuestros pacientes el verdadero camino del proceso de rehabilitación y deshabitación, dejándoles ver que van a tener que estar dispuestos a convivir con el malestar y aceptar las herramientas necesarias para conseguir su meta, teniendo muy en cuenta los valores que van a dirigir su conducta. Pienso, que la adicción en todas sus vertientes, pero sobre todo en la explicación y en la filosofía de intervención, puede estar muy ligada a los aspectos relevantes que pretende la Terapia de Aceptación y Compromiso, por ello, existe un apartado en este trabajo dedicado a ello.

Por otro lado, es un orgullo para mi haber trabajado con profesionales de diferentes áreas, pero que a su vez trabajan “todos a una”. La formación del método terapéutico exclusivo que se emplea en Proyecto Hombre es fundamental en la intervención terapéutica que aquí se ofrece, pero a su vez este método o filosofía de trabajo es un claro ejemplo de que como profesionales no nos tenemos que cerrar única y exclusivamente a una corriente o tipo de psicología, ya que aunar lo positivo y eficaz de cada una de ellas en el trabajo de los diferentes aspectos problemáticos puede ser una solución adecuada. Un claro ejemplo de esto, lo he podido ver en el proceso del Programa Mástil, en el cual en cada uno de sus niveles se hace uso de diferentes métodos o vertientes psicológicas las cuales se han considerado más apropiadas para el trabajo determinado de ese nivel en concreto, trabajando desde los hábitos y comportamientos, hasta la cognición y las actitudes.

A nivel personal me gustaría dejar reflejado aunque sea en estas breves líneas lo positivo que me ha aportado este periodo de prácticas. Al enriquecimiento profesional que me ha aportado la experiencia de enfrentarme a situaciones problemáticas, a situaciones límites, a resolución de problemas y a la necesidad de aportar mis conocimientos profesionales, se le añade el desarrollo personal conseguido tras estos meses de prácticas.

Es cierto, que la vida en el centro de Proyecto Hombre es otra vida, desde que entras hasta que sales por sus puertas. Son valores, formas, reglas, normas que se deben de respetar cada minuto que pases bajo ese techo, y eso sin duda te hace pensar. Además de haber formado parte durante unos días del equipo terapéutico, yo me he sentido una más dentro de este centro. Me refiero al hecho de haber compartido la hora de la comida, algo que sin duda ha sido de lo que más me ha llamado la atención de mi experiencia. Durante la comida existen las mismas normas y valores que impregnan el centro, donde las herramientas de las cuales he hablado a lo largo del trabajo, las confrontaciones y las comunicaciones, ocupan el puesto más importante. A la hora de comer, tú, en este caso yo, era una más de ellos, y como tal debías de respetar y cumplir reglas y normas. Además, me he podido dar cuenta de que nuestro comportamiento debe de ser para ellos un ejemplo a seguir, en el cual no valen errores ni “meteduras de pata”.

A nivel algo más emocional, me gustaría decir que son abrumadoras las sensaciones que por momentos te ocupan dentro del centro. Las historias, las vidas y las etapas vividas por estas personas, sus confesiones, sus arrepentimientos, son algo que como personas que somos nos llegan al corazón, pero como profesionales que somos debemos de mantenernos firmes y no cruzar nunca la línea que nos separa, ya que de esta manera no les podremos dar nuestra ayuda de manera total.

Para concluir, creo que debo reflejar la necesidad existente y patente de trabajar “con pico y pala” si así fuese necesario, en el ámbito de los factores de protección y factores de riesgo como herramientas indispensables para la prevención.

Me gustaría añadir, que como persona, ya no como profesional de la psicología, este periodo de prácticas ha supuesto un reto para mí, aportándome aspectos y valores muy importantes que me llevo de esta experiencia y que sé, sin ninguna duda, que me servirán tanto para ser mejor persona como para ser más feliz cada día.

## **2-. 2ª PARTE. ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y OTRAS ADICCIONES**

### **2.1. DROGRAS Y ESTILO DE VIDA. Por qué se consume**

En el mundo moderno o actual, el constructo estilo de vida nos ayuda en muchas ocasiones a definir nuestras preferencias, nuestras actitudes, o incluso nuestros valores, a la vez que nos ayuda a configurar nuestra posición dentro del gran entorno social en el cual nos movemos día a día.

En la literatura se pueden encontrar numerosas y diferentes definiciones y aclaraciones sobre los estilos de vida y su configuración. En relación con el tema que nos ocupa, algunos autores utilizan lo que denominan una “perspectiva de estilos de vida” para ver el consumo abusivo de droga como un rasgo constitutivo de lo que se puede llamar una forma de estar en el mundo”. Con base en esta premisa, el autor afirma... *“puesto que un estilo de vida equipa a un individuo con normas, roles, relaciones y criterios para el éxito y el fracaso previamente establecidos, sirve como alternativa a la vida adaptada”* (Walters, 1994, citado en García-Montes y Caballero, 2006).

A diferencia de este autor, Chaney (2003) define los estilos de vida relacionando éstos con el aspecto más puramente social. El autor explica que “los estilos de vida pueden considerarse *respuestas funcionales* a la postmodernidad de la que hablábamos al inicio de este trabajo, más concretamente, como nuevas formas de vinculación social ante la paulatina desintegración de las instituciones que, tradicionalmente, daban un sentido más o menos unificado a la existencia (Iglesia, Familia, Grupo Social, etc.)”.

Esta definición de estilo de vida sigue en la línea que se ha trabajado en el inicio de este trabajo, línea que se centraba en la pérdida del sentido de la vida como uno de los principales motivos que impulsan el comienzo de la conducta del consumo de sustancias y que dificulta el posterior proceso de tratamiento.

Para otros autores, los estilos de vida suponen una “estilización de la vida” y una “marca diferencial” en una época en la que la gente se crece y contempla cada vez más homogénea (“clase media” occidental), al haberse extendido mundialmente un mismo sistema económico y unas mismas relaciones de poder (García-Montes y Caballero, 2006).

Además, en este proceso de emergencia de los estilos de vida, cobra una importancia fundamental la publicidad y el consumo de bienes y servicios. Principalmente, la publicidad, junto con las series, los “reality shows”, etc., ofrecen en nuestra sociedad los “modelos” o los guiones que la gente sigue para trazar “su estilo”, los bienes de consumo que se exhiben sería las señales de adhesión a un estilo (García-Montes y Caballero, 2006).

Pues bien, en nuestro caso, las *drogas* (su uso, su abuso y su no-uso) son elementos fundamentales para definir el “estilo” de cada cual. Las drogas forman parte de “rituales sociales” que ofrecen identidad y sentido de vida y de cohesión (Szasz, 1990, citado en García-Montes y Caballero, 2006). Y es que, para los que no tienen otro guión, la costosa y escasa droga puede organizar su vida con la precisión de un reloj.

Por tanto, esto entronca así con la noción antropológica de “individuo flotante”, establecida por diferentes autores. Esta “flotación” de la que hablan consiste en el desarraigo de las trayectorias personales en una sociedad que ofrece multitud de programas de vida (ver García-Montes y Caballero, 2006). Aunque la “flotación” no tiene un único perfil sociológico, se relaciona con situaciones en las que hay una pluralidad de opciones (de estilos o formas de vida) que están en juego. En este caso, sin norma que decidir, el yonqui sigue la ley del deseo...

En el caso de las adicciones, una mejor comprensión de los estilos de vida se beneficiaría de un análisis menos anclado en el sistema y más centrado en la persona, y más concretamente, en la búsqueda de su identidad.



Ahora bien, parece evidente que habiendo conocido las características inherentes de las sociedades postmodernas y el por qué de la configuración de los diferentes estilos de vida, sea más fácil entender aspectos tan importantes en esta problemática que nos ocupa como pueden ser: *¿por qué se consume?, ¿cómo se desarrolla el proceso de uso-abuso-dependencia?, ¿cómo se produce el proceso de búsqueda de identidad y sentido de la vida?*

A continuación, y en otros apartados del trabajo, se tratará de dar respuesta a cada una de estas cuestiones.

### ***¿Por qué se consume?***

Para entender el origen y el desarrollo del consumo de sustancias hay que detenerse en dos aspectos clave, el lenguaje por un lado con su principal función de aumentar las posibilidades de padecer dolor psicológico o como diría Pérez-Álvarez, “de convertir los problemas de la vida en problemas psicológicos como consecuencia de una reflexividad excesiva” (Pérez-Álvarez, 2008), y en segundo lugar, en las características de la sociedad actual por otro, que juntos generan el sentimiento de insatisfacción con el presente psicológico, es decir, con lo que la vida nos ofrece en cada momento. Lo que es lo mismo en palabras de Gómez y López Ríos (2006): “*El presente nunca es suficiente*”.

Siguiendo en esta línea y como bien apuntan Gómez y López-Ríos (2006), “el abuso de sustancias puede ser entendido como una forma más de alterar un presente verbalmente construido y evaluado como insatisfactorio generando así un estilo de vida con un determinado patrón de funcionamiento”.

La cuestión principal una vez iniciado el consumo de manera problemática, es que el problema fundamental pasa a ser que el tipo de conducta no va dirigido a cambiar los aspectos de la vida que se pueden cambiar (ejemplo: buscar un nuevo trabajo, etc.) sino que su función principal (especialmente en consumidores abusivos) es conseguir con el consumo mitigar el dolor psicológico presente en su día a día (Gómez y López Ríos, 2006).

Es decir, se trataría de utilizar la droga como herramienta para conseguir modular y controlar las emociones, pensamientos y estados internos negativos. Esto, que por otra parte es natural, se convierte en un problema cuando los intentos por reducir el dolor (por ejemplo: consumiendo droga) generan mayor dolor a largo plazo (Gómez y López Ríos, 2006). Por tanto, el problema no sería tanto el consumo en sí mismo, sino el *para qué* consumo o el *para qué o con qué finalidad* utilizo la droga y *qué efectos* se producen en la vida de la persona. En este caso, es el consumo de sustancias quien ha construido un estilo de vida y un patrón de funcionamiento principalmente orientado a controlar los estados internos.

En último término, lo que se plantea es que existe un problema con el consumo de sustancias si se ven afectadas negativamente facetas valiosas de la vida de la persona.

En definitiva, uno de los posibles resultados de este patrón de funcionamiento cronificado y de consumo continuado de sustancias es que obtiene su peor consecuencia cuando se comprueba que el presente no sólo no mejora, sino que empeora y de manera generalizada, como por ejemplo: pérdida de trabajo, pérdidas económicas, problemas familiares, etc. (Gómez y López Ríos, 2006).

Ya, y en miras a una futura intervención clínica, la pregunta a trabajar no sería otra que: *¿qué condiciones terapéuticas pueden generar un contexto que ayude a la persona con problemas de abuso de drogas a restaurar los ámbitos de su vida que han sido afectados y a encontrar en definitiva una identidad que le de sentido a sus vidas?*

## **2.2. LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIAS. LAS NUEVAS ADICCIONES**

### **2.2.1. Las adicciones sociales patológicas**

Las adicciones sociales patológicas se extienden como una epidemia en las sociedades occidentales desde el S.XX. La gente actual busca con ansia relajarse mediante los objetos (adictos) como los relacionados con el alimento, con el sexo, la compra, el juego, la televisión, el trabajo o internet entre otros, para “escapar” de las situaciones de soledad, de vacío, de inactividad o de abrumador estrés crónico, y lo hacen sin contar a menudo con el respaldo sociofamiliar suficiente y tal vez bajo la presión de un sufrimiento depresivo (Alonso-Fernández, 2003).

Tal es la importancia de la emergencia de estas nuevas adicciones, que a continuación se exponen las características psicopatológicas más relevantes del Síndrome Adicto Social según Alonso-Fernández (2003). Entre ellas:

- Organización existencial centrada en una apetencia incontrolable del objeto
- Conducta posesiva del objeto mediante un acto impulsional, o sea, realización de una pulsión con un antes y un después
- Recompensa positiva, vivida como una autorrealización y negativa, en forma de relajación, acompañada de un refuerzo dopaminérgico
- Repetición de la conducta impulsional con intervalos no demasiado largos
- Efectos negativos sobre el individuo y su entorno familiar

En relación con lo anterior, se entiende que toda adicción social patológica cumple, por tanto, estas cinco características que se desarrollan a continuación de manera más elaborada (Alonso-Fernández, 2003):

- La conducta se desarrolla en forma de una existencia adictiva, polarizada en torno a una relación anómala con el objeto o situación problema que se vive con una apetencia excesiva e incontrolable, apetencia dirigida cada vez más hacia el exterior en forma de una pulsión
- La conducta se realiza mediante un acto que se cataloga como acto impulsional y no impulsivo, puesto que se adscribe a una organización anterior (la existencia adictiva) y se inscribe en el logro de ciertas recompensas
- La conducta aporta unas recompensas inmediatas en forma de una reacción personal placentera de tipo negativo (autorrelajación), y otra de tipo positivo (autorrealización), reforzadas con una descarga cerebral de dopamina.
- La adicción se sujeta a la repetición de la conducta impulsional, con intervalos casi siempre irregulares y no demasiado largos
- Ocasiona la acumulación de unos efectos negativos sobre la salud física, mental o social del individuo y su entorno socio-familiar.

Las adicciones sociales que comparten las características anteriormente citadas más conocidas son las vinculadas a la comida, al sexo, a las compras, al juego, a la televisión, al trabajo y a internet (Alonso-Fernández, 2003). Un poco más adelante se tratará con mayor profundidad la adicción a internet.

En relación con estas adicciones, cabe resaltar la importante intervención de los factores socioculturales en la etiología o determinación de las adicciones sociales, ya que quedan debidamente contrastados al consignarse que si bien estas adicciones no son un moderno fenómeno específico, su proliferación si está por completo vinculada a las sociedades occidentales modernas o postmodernas, hasta el punto de construir una nueva psicopatología (Alonso-Fernández, 2003). Por lo que no cabe duda de que ciertos factores propios de estas sociedades favorecen la aparición del “enganche patológico” a una sustancia, a un objeto o simplemente a una actividad de tipo social.

### **2.2.2. Las Adicciones Psicológicas**

En relación con lo anterior, pero ahora sí más desde un plano psicológico, existe un movimiento creciente de autores (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998, citado en Madrid López, 2000) que encuentran una serie de conductas potencialmente adictivas, incluyendo muchos comportamientos que no implican el consumo de drogas. Estas adicciones no químicas incluirían conductas del tipo social como las anteriormente citadas en el apartado de arriba como son el juego, las compras, el sexo, etc. (Echeburúa, 1999).

Resulta sorprendente como durante siglos, la gente se ha sentido dependiente psicológica o físicamente a muchos comportamientos, objetos y sustancias. Esta dependencia consistiría sobre todo en un patrón de uso que puede a la larga llevar a cabo un eventual impacto negativo en el funcionamiento, afectando a una multitud de parcelas de la vida de la persona que van desde el área personal al área social, entre ellas: relaciones sociales, relaciones interpersonales, trabajo, pareja, economía, etc.

Según Echeburúa y Corral (1994), cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia, o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en la función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían por un lado la pérdida de control y por otro la dependencia (Madrid López, 2000).

Para Griffiths cualquier comportamiento que cumpla estos seis criterios podría ser definido operacionalmente como adicción (Madrid López, 2000):

- Saliencia: cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta.
- Modificación del humor: experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad.
- Tolerancia: proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores.
- Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida.
- Conflicto: se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucradas con la actividad particular.
- Recaída: es la tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

### **2.2.3. Las Nuevas Adicciones. La Adicción a Internet**

Para entrar un poco en situación y entender el posterior desarrollo de la adicción que se verá a continuación con mayor profundidad, se tratará de hacer un breve recorrido sobre los aspectos más relevantes que conforman esta adicción tan “famosa” en la actualidad, como es la adicción a Internet.

El S.XX en su parte final, fue testigo de una evolución asombrosa y vertiginosa del mundo de la simulación y de la CMC (Comunicación Mediada por Computadora) dentro de un muy globalizado (Balaguer, 2001). Todo esto va provocando un proceso “esquizofreniante” a la vez que se impone la globalización mediatizada por la CMC.

“Esquizofrenización”, “accidente general” (Uirilio, 1997), “identidades trastocadas” (Giddens, 1999) constituyen términos y metáforas que intentan comprender los movimientos de globalización y sus repercusiones a nivel social (ver Balaguer, 2001).

También este siglo fue el del auge de las drogas y del discurso acerca de ellas, con una parafernalia imponente en torno a ellas (Balaguer, 2001). Para este y otros muchos autores, las drogas, las adicciones y el adicto ocuparon las primeras líneas en los medios de comunicación en las últimas décadas del S. XX.

Sin embargo, las drogas han acompañado al ser humano desde tiempos muy remotos, en rituales en manos de chamanes, o en el aspecto medicinal en las llamadas “cultural primitivas” (Balaguer, 2001).

Desde hace un tiempo, nos encontramos en un punto donde estos dos elementos de los cuales hemos hablado anteriormente confluyen en un conjunto de síntomas o síndrome que comenzó siendo planteado de broma, pero que poco a poco ha ido pidiendo un estatus clínico (Balaguer, 2001).

### **2.2.3.1. El concepto de adicción e internet en la modernidad tardía**

Internet Addiction Disorder fue el primer término propuesto por el Dr. Ivan Goldberg en 1995 para referirse al uso compulsivo, patológico de internet.

El término Adicción a Internet fue ganando seguidores en función de determinados fenómenos clínicos que comenzaron a observarse con respecto a los usos de internet (Balaguer, 2001).

Muchos usuarios comenzaron a percibir ciertos síntomas en relación con el ordenador o computadora, no tan sólo en el uso, si no sobre todo en la abstinencia del uso de la misma. Esta sensación pareció similar al síndrome de abstinencia observado en los toxicómanos (Balaguer, 2001). Frente a la imposibilidad de conectarse, surgía en estas personas cierta irritabilidad observable junto a una preocupación permanente por volver a conectarse.

Por otro lado, aspectos novedosos imperantes en la sociedad del momento como la ausencia de límites y prohibiciones y la rápida evolución del sistema de valores, hizo favorecer el crecimiento de las conductas adictivas en todas sus vertientes.

Pues bien, con el desarrollo de internet y su crecimiento exponencial fueron apareciendo también los primeros casos de psicopatología relacionados con la red. El trastorno de dependencia de la red ha sido conocido con muchos nombres (Madrid López, 2000): desorden de adicción a Internet, Internet Addiction Disorder (IIA)- (Goldberg, 1995), uso compulsivo de Internet (Morahan-Martín y Schimacker, 1997), o uso patológico de Internet- Pathological Internet Use (PIU)- (Young y Rodgers, 1998b).

Como bien apunta Madrid López (2000), “el uso de internet (como cualquier otro comportamiento) es susceptible de crear adicción en función de la relación que el sujeto establezca con ese uso”.

Otros autores señalaban la existencia de lo que se llamó “adicciones tecnológicas”, definidas como adicciones no químicas que involucran la interacción hombre-máquina. El autor diferenciaba entre: pasivas (como la televisión) o activas (como los juegos de ordenador o Internet). Estas entrarían a formar parte como otra modalidad dentro de las adicciones psicológicas o conductuales.

Autores como Echeburúa (1999), han señalado que internet podría ser, en la mayoría de los casos, solo un medio o “lugar” donde alimentar otras adicciones o trastornos como por ejemplo pueden ser la adicción al sexo, la ludopatía o las parafilias entre otros, aunque también señalan que existen casos de adicción a internet por sí mismo formarían parte de una entidad propia.

#### **2.2.3.2. La adicción a internet como entidad clínica**

Generalmente, como otros muchos problemas psicológicos, la situación de adicción se vuelve patológica cuando un tercero la denuncia. El sujeto en cuestión en principio niega la situación.



Esta situación se problematiza cuando altera las otras áreas importantes en la vida como puede ser la familiar, la laboral o la económica, pasando a ser centro de interés permanente, quedando entonces la “vida real” a un segundo plano (Balaguer, 2001).

Que el sujeto sea capaz de ver esta situación en un primer momento será muy complicado, de ahí que la mayoría de usuarios que solicitan o demandan ayuda a los profesionales de la salud van acompañados de terceras personas las cuales han “diagnosticado” en un momento dado la situación problema. De igual modo, se hace evidente, que para conseguir una mayor eficacia del tratamiento, es necesario que estas terceras personas de las que hablamos reciban también las pautas necesarias de tratamiento para conseguir un trabajo conjunto y generalizado que tenga como resultado algo positivo en la vida de la persona consumidora.

A continuación se pasa a exponer un posible ciclo básico en relación con la adicción (Balaguer, 2001). Este ciclo del que hablamos, se puede observar en numerosos sujetos que se han encontrado “atrapados en la red”, llevándolos incluso en ocasiones a provocarles una ruptura con su modo de vida.

### ***Ciclo Básico de la Adicción***

- 1. Estado depresivo, frustración:** no es claro que los sujetos adictos comiencen en un estado depresivo. Esta problemática ha generado controversias en cuando al efecto patológico de Internet, en el cual se ha hablado de reforzamiento, de la accesibilidad 24 horas, del anonimato y de la desinhibición, como elementos que podrían hacer que sujetos sin patología previa hubieran incurrido en la adicción.
- 2. Consumo con placer y aumento de la autoestima:** Internet es básicamente placentero, de ahí que tenga posibilidades de convertirse en una adicción.

Tras el desarrollo de la conducta aparece un aumento de la autoestima en los casos de adicciones, ya que los sujetos pueden encontrar en esta “vida alternativa” un placer, una sensación de intimidad, pocas veces lograda y una sensación de “ser uno mismo” también poco común dentro de nuestra cultura, donde las personas “se quejan de no sentirse vivas” (Kohut, 1988, citado en Balaguer, 2001) o de “no ser ellas mismas” (Winnicott, 1965, citado en Balaguer, 2001).

- 3. Sensación de control y poderío:** se reitera la sensación de ser uno mismo, siendo éste un elemento clave para entender la adicción que nos ocupa. Las posibilidades de juego con la identidad aumentan el control sobre el yo, pudiendo manejarlo con distintas presentaciones al antojo de cada cual y en función de la situación que se nos presenta.
  
- 4. Disminución y posterior desaparición del efecto eufórico:** al desconectarse de la red, surge un síndrome de abstinencia que también se produce al enfrentarse a la vuelta a la realidad. Tal como se da en toda experiencia de éxtasis, la vuelta a la realidad es dolorosa, ya que la realidad es dura y nos confronta con la “dificultad de vivir” que muchas veces nos ha ocasionado estados internos muy negativos.
  
- 5. Retorno a la realidad que es sentida todavía como más frustrante y penosa:** ya que la vida online es una vida que para el adicto le provee de aquellas cosas que no halla en su vida real, la vuelta puede ser vivida como más penosa en algunos casos, cuando el retorno del viaje no provee de nuevas herramientas para hacer frente a la nueva situación.
  
- 6. Mayor frustración:** la frustración estaría determinada por la calidad del tránsito por internet, de las nuevas experiencias vividas durante el desarrollo de la “nueva vida” y de los “logros” o beneficios obtenidos durante el transcurso de la sesión.

- 7. Estado depresivo, frustración y re-comienzo del ciclo:** se desencadenaría una obsesión-compulsión por volverse a conectar y escapar de la realidad real. Por ejemplo, en un famoso estudio en 1998, se llegó a la conclusión de que internet contribuía a reducir los lazos sociales, afectando al bienestar psicológico de los usuarios. Este estudio, junto a la terminología de adicción han colaborado a crear un círculo de misterio en torno a la red, exarcebado por los medios de comunicación, a nivel de la red, inclusive con textos y chats, y discusiones en torno al tema.

A continuación se redactan algunos de los criterios diagnósticos utilizados para esclarecer y diagnosticar este tipo de adicción.

#### **2.2.3.3. Criterios Diagnósticos de la Adicción a Internet**

La primera persona que estableció criterios diagnósticos para la adicción a internet fue el psiquiatra Ivan Goldberg en 1995. Este psiquiatra propone un conjunto de criterios para el diagnóstico del desorden de la adicción a Internet (IAD) basado en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias.

Presencia de un patrón desadaptativo de uso a internet que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes el algún momento de un periodo continuado de doce meses.

1. Tolerancia. Definida por cualquiera de los siguientes:
  - a. Una necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo dedicado a estar en Internet para lograr la satisfacción antes conseguida.
  - b. Notable disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de tiempo en Internet.
  
2. Abstinencia. Manifestado por cualquiera de los siguientes:
  - a. Reducción de un uso de internet que ha sido grande y prolongado
  - b. Dos o mas de los siguientes síntomas desarrollados algunos días durante un mes antes:
    - Agitación psicomotora. Ansiedad
    - Pensamientos obsesivos acerca de lo que estará sucediendo en Internet
    - Fantasía o sueños acerca de Internet
    - Movimientos de tecleo voluntarios/involuntarios
    - Los síntomas causan malestar o deterioro en las área social, laboral u otras áreas de funcionamiento
  - c. El uso de Internet o un servicio similar está dirigido a aliviar o evitar los síntoma de la abstinencia
  
3. Se accede a Internet con más frecuencia o por periodos más largos de tiempo de lo que inicialmente se pretendía
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de Internet
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas al uso de Internet, aunque sea mediante diferentes actividades
6. Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o reducen a causa del uso de Internet

7. Internet se continúa usando a pesar de saber que se tiene un persistente o recurrente problema físico, social, ocupacional o psicológico que parece ser causado o exacerbado para el uso de Internet (privación de sueño, dificultades maritales, llegar tarde a las citas, abandono de los deberes profesionales, o sentimientos de abandono de personas significativas).

Young, utilizó una serie de criterios parecidos a estos en sus estudios primarios basándose sobre todo en los criterios diagnósticos del abuso de sustancias del DSM-IV. Sin embargo, posteriormente a esto, el autor propuso otra serie de criterios adaptados a los criterios utilizados para el juego patológico, según ella, por parecerles estos más semejantes a la naturaleza patológica del uso de Internet. A continuación se presentan los criterios (Balaguer, 2001):

- ¿Se siente preocupado con relación a Internet o con servicios online pensando en ellos mientras no está conectado?
- ¿Siente una necesidad de aumentar el tiempo online para lograr satisfacción?
- ¿Es capaz de controlar el uso de Internet?
- ¿Siente sensaciones de irritabilidad cuando trata de desconectarse o interrumpir la conexión?
- ¿Usa la conexión para escapar de los problemas o para disminuir sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad o depresión?
- ¿Miente a sus familiares o amigos acerca del tiempo y la frecuencia con que se conecta a la red?
- ¿Corre riesgos de perder una relación significativa, trabajo, estudio, u oportunidad en su vida por el uso a Internet?
- ¿Sigue conectándose a pesar del gasto en servicios online?
- Cuando no está conectado, ¿siente sentimientos relacionados con la abstinencia, depresión, irritabilidad o malhumor?
- ¿Pasa más tiempo conectado del inicialmente pensado?

De acuerdo con estas cuestiones, se puede llegar a considerar adicto si la persona responde afirmativamente a cinco o más de los ítems anteriores y siempre cuando los síntomas no puedan ser explicados por otro tipo de trastorno psicológico.

Posteriormente, este mismo autor señalaba que “si bien esta escala da una medida de la adicción a Internet con la que se puede trabajar, es necesario un mayor estudio de su validez y posterior utilidad clínica” (Madrid López, 2000).

Uno de estos intentos de validar cuestionarios para el diagnóstico de la adicción a Internet se debe a Greenfield. Este autor administró un cuestionario a cerca de 1800 sujetos que visitaban la página de ABCNEWS.com. Dicho cuestionario, el VAS (Virtual Addiction Survey), examinaba el uso general y abuso de Internet. Como resultado de este estudio, Greenfield señaló un conjunto preliminar de siete criterios que a continuación se exponen (Madrid López, 2000):

- Número total de horas que pasas conectado
- Si otras personas piensas que tienes un problema relacionado con Internet
- Experimentar serias consecuencias relacionadas con el uso de Internet
- Experimentar una intensa intimidad en la red
- Mantener la cantidad de tiempo que se pasa conectado
- La edad, a más joven aumenta el riesgo de adicción
- No poder esperar para llegar al ordenador y conectarse

Aunque ha habido varios esfuerzos centrados en detectar la Adicción a Internet tomando como criterio el excesivo uso de la red, parece haber quedado claro que este no es un criterio válido para el diagnóstico, ya que muchos individuos, bien por razones de trabajo o bien por razones de estudios, deben y pasan muchas horas conectadas y no por eso se convierten automáticamente en personas con adicción a Internet (Madrid López, 2000). Por tanto, debemos de tener en cuenta y atender a otros aspectos de mayor relevancia para la persona en cuestión a la hora de diagnosticar una adicción a Internet.

Por ejemplo, como profesionales del comportamiento humano, un aspecto que debemos de tener en cuenta a la hora de llevar a cabo este diagnóstico es atender a las consecuencias negativas que tiene la dependencia en la red en la vida de la persona y buscar la función que dicho comportamiento tiene para la persona (el para qué o el qué obtiene con su comportamiento).

#### **2.2.3.4. Mecanismos Explicativos**

El proceso por el cual una persona se convierte en adicto es siempre una interacción de factores relativos al objeto de la adicción, a las características de la persona que la hacen vulnerable y al entorno social (Madrid López, 2000). Los intentos de determinar las causas de la adicción a Internet deben de tener en cuenta que la conducta problema se desarrolla en un contexto virtual que no tiene porque seguir las leyes del mundo real, lo que hace a esta problemática más atractiva se cabe.

Según Greenfield, las cualidades de Internet que parece contribuir al potencial de la adicción están relacionadas con la velocidad, la accesibilidad e intensidad de la información a la que se tiene acceso, del mismo modo que la rapidez de absorción de una droga es directamente proporcional a la adicción que produce esa droga (Greenfield, 1999, citado en Madrid López, 2000).

Las relaciones sociales y los logros conseguidos mediante éstas, son aspectos que resultan reforzantes para la mayoría de las personas, sin embargo, la mayoría de las veces no tenemos libre acceso a ellas por los límites que impone la sociedad o nosotros mismo en muchas ocasiones. En las salas de chat, y en internet en general, se rompen todas esas reglas y se sobrepasan ciertos límites (Madrid López, 2000).

Aspectos o características tales como las relativas al funcionamiento de internet facilitan la dependencia. Entre estas características destacan: la disponibilidad ambiental, el refuerzo inmediato entendido como consecuencia, la sensación de cierta percepción de control, la gran excitación emocional y en ocasiones sexual, entre otras. Otras características que contribuyen a la capacidad adictiva de la red es el anonimato de las transacciones electrónicas (Young y cols., 1999, citado en Luengo, 2004).

Este anonimato contribuye a animar actos ciertamente desviados, proveer un contexto virtual que permita a los tímidos interactuar en un contexto seguro, facilitar las infidelidades vía internet y permitir la creación de personalidades virtuales dependientes del estado de ánimo de la persona.

Según Young (1997), son varios los refuerzos y mecanismo psicológicos que llevan a la formación del hábito (en Madrid López, 2000):

1. Aplicaciones adictivas: las aplicaciones que más poder adictivo tiene son las que permiten al usuario interactuar con otros, como los chats. Parece ser que los dependientes, usan internet para socializarse y conocer gente nueva, para implicarse en un grupo. Determinan tres principales áreas de reforzamiento: el apoyo social, la realización sexual y la creación de un personaje.
2. Apoyo social: las visitas continuadas a un determinado chat hace que se establezca una intimidad con los demás miembros, alentada por la desinhibición que se muestra en la red. Estos grupos llevan la necesidad de apoyo en situaciones problemas, sirviendo de escape ante los problemas y dificultades de la vida.
3. Satisfacción sexual: las diferentes aplicaciones diseñadas para la interacción erótica permiten al usuario elegir la fantasía sexual que le apetezca en el momento con solo pulsar un botón. En estos lugares se sienten libres de ataduras por el anonimato y el sentimiento de practicar “sexo seguro”. Por otro lado, las personas que se sienten poco atractivas físicamente se ven liberadas de este problema. Como podemos ver, la red están siendo utilizada en muchas ocasiones para escapar y evitar enfrentarnos ante muchos problemas y dificultades personales que vida real nos genera.
4. Creación de personalidad ficticia: Internet permite crear una personalidad virtual modificando las propias características físicas que en el mundo real son inamovibles. Es una forma de reinventarse a sí mismo, de cubrir necesidades psicológicas previamente no afrontadas enmascarando la inseguridad interpersonal.



Dos de estas posibles necesidades psicológicas son la expresión de un rasgo de personalidad reprimido y los sentimientos de reconocimiento y poder.

5. Personalidades relevadas: Internet también puede ayudar a sacar a la luz aspectos de la personalidad que estaban ocultos o reprimidos como puede ser la agresividad.
  
6. Reconocimiento y poder: esta característica tiene lugar sobre todo con los juegos, en los que se crea un personaje que va aumentando su poder a medida que va consiguiendo puntos. Se encuentra varios sentimientos que experimentan los usuarios dependientes de Internet y que pueden llevar a la adicción, entre ellos: la intensa intimidad cuando están conectados, la pérdida de ataduras, sentimientos de que el tiempo se detiene o pasa muy rápido y sentirse fuera de control cuando se está conectado.

Puesto que se han analizado las características de Internet que pueden llevar a la adicción, cabe preguntarse qué es lo que hace que algunas personas se conviertan en adictos y otras no como ocurre en cualquier tipo de adicción. Hasta ahora, parece haber quedado claro que Internet en la mayoría de los casos lo que hace es cubrir un déficit en la personalidad del adicto, ya que Internet es eminentemente un instrumento de comunicación interpersonal y es en este ámbito donde el mundo virtual puede convertirse en un sustituto de la vida real para las personas con déficit en HHSS, como timidez o algún tipo de complejo (Luengo, 2004).

Según Echeburúa (1999), la red permite cubrir dos tipos de necesidades básicas: en primer lugar, la estimulación solitaria (búsqueda de información, imágenes, sonido, juegos, etc.), y en un segundo lugar, la necesidad de búsqueda de interacción social.

Además, hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica hacia la adicción a Internet. A continuación se exponen los siguientes factores de riesgo (Echeburúa, 1999, citado en Madrid López, 2000):

- Déficits de personalidad: características tales como la introversión acusada, la baja autoestima o un nivel alto de búsqueda de sensaciones.
- Déficits en las relaciones interpersonales: características tales como la timidez o en casos extremos, trastornos como el de fobia social.
- Déficits cognitivos: fantasía descontrolada, atención dispersa o tendencia a la distracción.
- Alteraciones psicopatológicas: adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas. Las personas dependientes de Internet suelen ser susceptibles, vigilantes y privadas. Suelen mostrar una tendencia hacia la introversión.

Es evidente por tanto la necesidad de planificar y desarrollar desde la infancia con la ayuda de las escuelas y de las familias, un trabajo profundo en factores de protección para favorecer la prevención y un uso moderado y gradual de internet.

#### **2.2.3.5. Efectos Negativos**

A pesar de no contar con las terribles consecuencias físicas negativas que si puede tener una adicción química. La adicción a Internet, como adicción psicológica entendida, ha señalado otras consecuencias, sobre todo las derivadas de la privación de sueño (Young, 1999 citado en Luengo, 2004). La privación de sueño se produce por la inhabilidad del adicto a cortar la conexión, permaneciendo despierto hasta altas horas de la madrugada, lo que puede dar lugar a fatiga, debilitación del sistema inmunitario y un deterioro de la salud (Madrid López, 2000).

Es evidente que Internet está produciendo un rápido cambio en las costumbres y modos de vida de las personas, ya que en cierto sentido está modificando la forma en que nos relacionamos unos con otros.

Autores como Krant examinaron el impacto de Internet sobre 169 personas en 73 hogares, encontrando que un gran uso de Internet estaba asociado con un decremento en la comunicación con los miembros de la familia en el hogar, un decremento en el tamaño de su círculo social y un incremento en su depresión y soledad. La relación entre el alto uso de Internet y el incremento en los niveles de depresión ha aparecido en varios estudios (Krant y cols., 1998; Petrie y Gunn, 1998; Young y Rodgers, 1998b, citado en Madrid López, 2000).

Sin embargo, existe aún mucha controversia sobre si la depresión es la causa o el efecto de la adicción a Internet. Según distintos autores, se produce un ciclo en el que la soledad y la depresión alimentan el uso del ordenador/Internet, y esto lleva a una mayor soledad y depresión. Esto se explica por una conducta compensatoria según la actividad de los usuarios se incrementa a medida que aumenta sus sentimiento de no comunicación.

El medio en el que se desenvuelve la adicción acarrea también una serie de cambios psicológicos negativos, consistentes en alteraciones del humor, ansiedad o impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, estado de conciencia alterado, irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla, etc. (Echeburúa, 1999, citado en Madrid López, 2000).

Los problemas surgidos de la dependencia trascienden el ámbito de lo intrapersonal. Desde un punto de vista sistemático, los efectos negativos de la adicción se expresan en los ámbitos familiar académico y profesional. El adicto se aísla del entorno y no presta atención a otros aspectos de obligaciones sociales (Echeburúa, 1999).

En definitiva, como profesionales de la psicología lo que nos interesa es que ha surgido una demanda real de ayuda ante esta problemática, lo que ha llevado a los profesionales a elaborar instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento, la mayoría de ellas adaptadas de otros trastornos.

Por otro lado, la controversia en numerosos aspectos sigue adelante entre los profesionales. Para algunos de ellos, parece ser que Internet no produce adicción, sino solo conductas reforzantes (sexo, juegos, relaciones interpersonales, etc.) de la capacidad de producir dependencia (Madrid López, 2000). Hemos visto que la gente se hace adicto a multitud de cosas (juego, sexo, internet, televisión, compras, etc.), algunas de ellas pueden aumentar su capacidad adictiva usando Internet como medio, sin embargo otras son posibles solo en internet (chat, etc.).

En definitiva, Internet y las capacidades facilitadoras que posee como bien hemos visto anteriormente (anonimato, accesibilidad permanente, reforzamientos inmediatos, transformación de la personalidad, etc.), aportan al sujeto los objetos necesarios dejando a veces al usuario sumido en un mundo narcisista de placer.

En conclusión, Internet, como cualquier otra droga, da protección al yo débil, operando como un parche frente a una realidad vivida como intolerable, la realidad de los afectos y representaciones desagradables que acechan. En el caso de Internet, no hay tanto una pérdida de conciencia como una *búsqueda de alternativas* a las frustraciones de la vida real (Balaguer, 2001).

### **2.3. DEL USO AL ABUSO... Y A LA DEPENDENCIA**

Los límites entre lo que se debe denominar uso, abuso o dependencia a las drogas no son siempre claros y precisos, siendo su diferenciación una cuestión que implica complejidad y relatividad (Zaldívar, 2006).

Existen numerosas tipologías de clasificaciones que contemplan estos conceptos que van desde lo más simple, útil y operativa como puede ser la basada en la ayuda requerida por la persona consumidora, hasta la clasificación basada en el punto de vista funcional, pasando por la basada en los criterios formales de la clasificación que propone el DSM-IV para diferenciar dependencia de sustancias y abuso de sustancias.

La clasificación más usada es la que propone el DSM basada en criterios formales de diferenciación. A continuación se exponen estos criterios.

## **Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV**

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:
1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
    - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
    - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
  2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
    - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
    - b. Se toma la sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
  3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
  4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
  5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancias
  6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
  7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos que parecen causados o exarcebados por el consumo de la sustancia

**Fig. 9. Criterios Diagnósticos DSM-IV. Dependencia de Sustancias**

## Criterios para el abuso de sustancias. DSM-IV

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:
  1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa
  2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
  3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
  4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exarcebados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
  
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

Fig. 10. Criterios Diagnósticos DSM-IV. Abuso de Sustancias

A partir de ahora, nos centraremos en la clasificación, que tal vez debido a mi formación académica, más conozco y más utilidad le encuentro a la hora de servirnos de ella para definir y diferenciar los conceptos y favorecer en última instancia la intervención. Esta clasificación de la cual hablo es la clasificación que entiende la problemática del consumo de sustancia desde el punto de vista funcional.

Para esta tipología de clasificación, el sujeto con su conducta de consumo interacciona en determinados contextos (familiar, laboral, social, etc.) con la sustancia, por lo que lo crucial no está ni sólo en el sujeto o la persona, ni sólo en la droga (tipo o cantidad, parámetro formal), ni en los contextos donde la conducta se pone en marcha, si no que lo crucial para poder diferenciar lo normal de lo anormal (lo problemático de lo patológico) está en la interacción entre la conducta del sujeto y la droga. Cuando el resultado de esta interacción es que se produce una disfunción (desadaptación) en el nivel de funcionamiento del sujeto (en cualquiera de sus contextos) o que se crea una interferencia en el estilo de vida normalizado del sujeto, es cuando se habla de que el consumo de la droga ha pasado del uso al abuso o a la dependencia (Zaldívar, 2006).

En decir, como señala Zaldívar (2006), es cuando el uso de la droga produce desadaptación o problemas, cuando el estilo de vida normalizado del sujeto se ha deteriorado (el eje de su vida esta dirigido al mantenimiento del hábito), cuando se puede hablar de anormalidad o patología, o dicho de otra forma, cuando los contextos en los que el sujeto se desenvuelve se han deteriorado (problemas familiares, económicos, laborales, con los amigos, problemas más graves de salud, legales, etc.).

En síntesis, lo importante aquí es el tipo de relación que la persona establece con la droga, es decir, la *función* que tiene el consumo de la droga para la persona que interacciona con ella (Zaldívar, 2006). Es decir, consistiría en responder esta pregunta, *¿Qué es lo que busca la persona cuando consume o para qué consume?* No es otra cosa que la funcionalidad de la conducta.

De este modo, atendiendo únicamente a un criterio funcional, se podría decir que, la diferencia entre el uso y el abuso está en el que el primero se mantiene por refuerzo positivo (el placer que generalmente acompaña al consumo de la sustancia), mientras que el segundo se mantiene por refuerzo negativo (evitación del malestar, ansiedad, o desasosiego que producen determinadas experiencias privadas tales como el aburrimiento, la tristeza, la falta de autoestima, la percepción de soledad, de habilidades interpersonales, etc.), y por último, la adicción se diferencia del abuso en que ésta, además se mantiene por el refuerzo negativo asociado a la evitación del síndrome de abstinencia, lo que hace que prácticamente el eje de la vida del sujeto gire en torno al mantenimiento del hábito (Zaldívar, 2006).

Como resumen final sobre este apartado se puede concluir que el abuso, según sistemas formales de clasificación como es el DSM-IV, requiere un consumo recurrente de la sustancia (durante un año) que provoque problemas significativos a la persona en alguna de sus áreas de funcionamiento. La dependencia requiere también dicho consumo recurrente, la aparición de problemas significativos, así como la experimentación de tolerancia, abstinencia y pérdida de control o libertad que supone el no poder dejar de consumir.

Tratando de sintetizar lo visto hasta ahora, se podría decir que lo más característicos del abuso y de la dependencia a sustancia no está solo en la frecuencia o cantidad del consumo (que por supuesto es importante), ni en el tipo de droga que se consume (que también es importante al existir sustancias con mayor poder adictivo que otras y que implican diferentes niveles de riesgo para la salud), sino que lo sin duda fundamentalmente importante desde plano estrictamente psicológico, es entender como crucial la función que tiene el consumo de la droga para el sujeto, de forma que cuando el consumo pasa de mantenerse por el valor reforzante positivo de la sustancia a mantenerse por refuerzo negativo (evitación de experiencias privadas negativas o evitación del síndrome de abstinencia) es cuando el sujeto se encuentra “enganchado” (Zaldívar, 2006).

Es decir, según Zaldívar (2006), cuando dicho consumo interfiere gravemente en su vida cotidiana, en su estilo de vida, en su nivel de funcionamiento en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, es cuando el sujeto pierde el interés por otras actividades que no tienen que ver con el mantenimiento de la adicción y cuando pierde por tanto, el control de su propia conducta y así, la libertad como ser humano.

## **2.4. VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA A LA ADICCIÓN**

Según Zaldívar (2006), plantearse la vulnerabilidad psicológica a la adicción, significa cuestionarse: ¿qué es lo que favorece que unas personas se hagan adictas (con mayor probabilidad) y otras no?, ¿cuáles son las variables personales que probabilizan la adicción?. Dichas preguntas nos llevan al terreno de la *personalidad* como moduladora de la conducta adictiva.



La dimensión de la personalidad denominada “*búsqueda de sensaciones*” ha sido identificada como uno de los predictores más importantes (González, Peñacoba, Moreno y cols., 2003; Muñoz-Rivas y Graña, 2002). Esta variable ha sido descrita como “un patrón de personalidad caracterizado por la necesidad por la variedad de sensaciones y experiencias nuevas y complejas y la predisposición para asumir riesgos físicos y sociales por el puro placer de sentirlos (Zuckerman, 1994, p. 27, citado en Zaldívar, 2006). Sin embargo, tal y como apuntan González, Peñacoba, Moreno y cols. (2003), la búsqueda de sensaciones como factor de riesgo del consumo hay que ponerlo en relación con las actitudes favorables ante las drogas.

Otro tipo de dimensiones de la personalidad que también sido relacionados con la adicción han sido el Trastorno de Personalidad Bordeline, el Trastorno Antisocial de la Personalidad y la Tendencia al Riesgo, sobre todo en adictos a la heroína (Darke, Willianisom, Ross, Tesón y Lynskey, 2003 citado en Zaldívar, 2006). También la impulsividad, el auto-control, la ansiedad, las HHSS, la tendencia a la depresión, etc. son factores ligados muy a menudo a la problemática de las adicciones. Estas dimensiones son utilizadas como medidas de evaluación para posteriormente ser intervenidas directamente como tratamiento de la adicción en general.

Por otro lado, es también muy amplio el número de investigaciones que vienen a plantear que la adicción puede entenderse como un intento fallido de autoterapia para evitar el dolor, la deprivación emocional y la soledad (Deutch, 1967; Rokach y Brock, 1998 citado en Zaldívar, 2006). Autores afirman que el abuso de sustancias es más frecuente entre personas que se sienten incomodas socialmente, que sienten ansiedad y presentan un grado moderado de depresión medio y, además, que el uso de una u otra droga no es una decisión indiscriminada, ya que depende del tipo de efecto (farmacológico) que el sujeto desee de cara a reducir su distrés. Así, determinados sujetos buscan en la droga el aumento de energía y facilitar la interacción social, otros disminuir sus inhibiciones sociales y aumentar la comunicación interpersonal. Otros, en cambio desean vivir nuevas experiencias y disminuir las inhibiciones sexuales, otros desean relajarse, etc.

En este sentido, parece que la evitación de las inhibiciones sociales, la búsqueda del contacto interpersonal íntimo y la dimensión de los sentimientos de inadecuación y soledad está a la base de las motivaciones del consumo de droga y, por tanto, puede ser considerado como otro factor de riesgo relevante (funcionalidad) (Zaldívar, 2006). Es decir, el hecho de que el consumo de drogas tenga una funcionalidad crucial para el sujeto, puede ser el elemento esencial para diferenciar el uso concreto y contextualizado de la droga (normal) del abuso y la dependencia de éstas como bien se ha comentado en anteriores apartados.

Por otro lado, en palabras de Zaldívar (2006), “esta visión de la drogadicción como un “intento fallido de auto-terapia” puede ser relacionada con la perspectiva del conductismo radical que ha desarrollado el constructo de “*evitación experiencial*”.

El Trastorno de Evitación Experiencial” (Luciano y Hayes, 2001), es entendido como una clase funcional caracterizado por un patrón crónico y desadaptativo del sujeto que tiene como objetivo eliminar, reducir o evitar determinados eventos privados con valor aversivo (como por ejemplo la ansiedad, el miedo, etc.), pero que, sin embargo, y paradójicamente, el resultado de dichos intentos, aún pudiendo ser efectivos a corto plazo, a la larga limitan de forma importante la vida de la persona, en tanto que la obliga a permanecer en dicha estrategia de evitación (Zaldívar, 2006).

Los trastornos de abuso de alcohol y otras drogas han sido interpretados, al igual que otros muchos trastornos psicológicos, reinterpretados como Trastornos de Evitación Experiencial (véase, Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001). La razón de ello es que la droga puede ser utilizada de forma crónica por el sujeto para tratar de “lidiar” con los problemas particulares de la vida, y específicamente, para tratar de reducir la ansiedad, miedo, tristeza, dificultades de relación social, etc., siendo el resultado de tal intento claramente desadaptativo y disfuncional para el sujeto, creándose más problemas de los que ya tenía previamente (Zaldívar, 2006).

Por otro lado, el constructo de “*Sensibilidad a la Ansiedad*” también ha sido asociado al patrón adictivo (Zaldívar, 2006). Este patrón es entendido como una variable de tipo cognitivo caracterizado por el miedo relacionado con las sensaciones corporales de ansiedad junto a las creencias de que tales sensaciones suponen impedimentos físicos, psíquicos o sociales, es decir, frente al rasgo de ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad supone la creencia de que la ansiedad y sus experiencias tienen implicaciones negativas.

Este constructo ha sido relacionado con el incremento del riesgo para el desarrollo y mantenimiento de trastornos de ansiedad y pánico, así como el riesgo el abuso de sustancias (Stewart, Kushner, 2001 citado en Zaldívar, 2006). Dicha relación puede comprenderse mejor si se concibe que el consumo de drogas, para algunas personas, supone una pseudo-solución para reducir la ansiedad y, por tanto, aquellas personas a las que esta emociones les resulta muy aversiva (son muy sensibles o poco tolerantes) tiene mayor probabilidad de dependencia.

#### **2.4.1. Factores de Riesgo**

Actualmente muchos adolescentes experimentan con las drogas a edades tempranas, en una etapa de la vida en la que su organismo, especialmente el cerebro, está en pleno proceso de maduración.

Algunos no pasarán de la experimentación, otros consumirán drogas de forma regular pudiendo llegar a la adicción con los graves problemas de toda índole que ésta conlleva.

Siguiendo el cuaderno sobre el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, no todos respondemos de igual forma ante el consumo de drogas. En el proceso de la adicción intervienen distintos factores, entre los que destacan la edad de inicio, las circunstancias personales y determinadas características individuales de tipo biológico y genético, variables de personalidad, antecedentes familiares de consumo o situaciones traumáticas vividas. La suma de todo ellos sitúa a cada uno en un nivel diferente de vulnerabilidad ante la droga.

Los programas de prevención se dirigen a reducir los llamados factores de riesgo que *favorecen el uso y abuso de drogas* y fomentar los de protección, es decir, aquellos que *reducen la posibilidad de que el consumo aparezca o de que se convierta en una conducta problemática*.

#### **2.4.2. Condiciones favorecedoras del consumo de sustancias en jóvenes**

A continuación se presentan algunas de las condiciones más frecuentes que favorecen el inicio del consumo de sustancias en los jóvenes (ver Cuaderno sobre el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo).

<b>CONDICIONES FAVORECEDORAS DEL CONSUMO EN JÓVENES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Curiosidad por experimentar</li><li>➤ Búsqueda del placer sin más</li><li>➤ Baja tolerancia a la frustración</li><li>➤ Presión del grupo de iguales (compañeros)</li><li>➤ Dificultad para plantearse metas a medio o largo plazo</li><li>➤ Control familiar muy autoritario o muy relajado o variable</li><li>➤ Disponibilidad de las drogas</li></ul>

**Fig. 11. Condiciones favorecedoras del consumo en jóvenes**

### 2.4.3. Factores de Protección

Siguiendo el Cuaderno sobre el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, las características de las relaciones que se establecen entre padres e hijos son de fundamental importancia para la prevención del consumo. Así, familias en las que existe una relación positiva basada en la comunicación y el afecto, en la que además existen límites claros, se establecen normas que se cumplen, se supervisa lo que hacen los hijos y se comparte con ellos actividades, son familias fortalecedoras que ayudan a los hijos a integrarse, a ser menos vulnerables frente a las drogas y a tener una conducta más positiva y adaptada.

El Plan Nacional sobre Drogas, también expone que la escuela constituye un elemento vertebrador de las políticas preventivas. La detección y la transmisión de *valores y actitudes* preventivas permiten proporcionar a los escolares instrumentos y herramientas para hacer frente al consumo de drogas.

El papel de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAs) es fundamental en esta tarea.

Los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental en la prevención, ya que a través de una *información veraz*, basada en la *evidencia científica*, pueden *contrarrestar las creencias erróneas y los mitos* que existen en relación con las drogas, modificar las actitudes sociales y la baja percepción de riesgo, que están en la base de la aparente “normalidad” de los consumos.

Las políticas de drogas, además de potenciar las acciones en todos estos ámbitos-la familia, la escuela y los medios de comunicación- tienen un papel básico a la hora de regular, controlar y limitar todo tipo de promoción del consumo de sustancias, especialmente en el caso de los niños y los adolescentes.

La prevención es una prioridad para el Plan Nacional sobre Drogas. Tanto la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como los Planes Autonómicos y Locales de Drogas, con el apoyo de las ONGs, impulsan y ponen a disposición de los ciudadanos una gran cantidad de iniciativas (programas en los colegios, escuelas de padres, campañas de sensibilización, servicios de información, oferta de programas de ocio alternativo, etc...) enfocadas a prevenir el consumo sobre todo en edades tempranas.

## **2.5. Tipología. Cuadro resumen de las drogas**

En las siguientes páginas se trata de sintetizar mediante un cuadro los numerosos tipos, efectos, vías de administración, consecuencias o corto y largo plazo, y demás aspectos de las diferentes sustancias adictivas presentes en nuestra sociedad. **Ver Anexo 3.**

### **3-. 3ª PARTE. RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE MILLON Y LAS SUSTANCIAS ADICTIVAS**

En el ámbito de las adicciones, se ha producido un interés creciente por el estudio de los Trastornos Duales. La presencia de trastornos psicológicos en toxicómanos, que es lo que se entiende por Trastornos Duales, es un fenómeno que crece en importancia con el desarrollo y utilización de los sistemas nosológicos. (Tenorio y Marcos, 2000). En este terreno de las relaciones entre las drogodependencias y los trastornos mentales, se entiende por Patología Dual la correlación de un mismo caso de trastornos adictivos y psicopatológicos.

Como se ha presentado anteriormente, el desarrollo de los sistemas nosológicos, y en especial, a partir de la inclusión del Eje II de los trastornos de la personalidad en el DSM-III (APA, 1980) e, igualmente, con el incremento de los estudios sobre comorbilidad, empezó a cobrar más fuerza la posible *relación entre este tipo de trastornos y las conductas adictivas*. Diversos estudios mostraron que aproximadamente dos tercios de los adictos a los opiáceos presentaban algún tipo de trastorno de personalidad, siendo el Trastorno Antisocial de la Personalidad el predominante. Seguidamente, se encuentra el Trastorno Límite de la Personalidad y, en menor proporción, el Narcisista, Histriónico, Dependiente, Pasivo-Agresivo y Evitativo (Cangas y Olivencia, 1999).

La posible relevancia etiológica de estos resultados no está del todo clara. Ciertamente, cabe pensar que algunos trastornos de personalidad, como el Antisocial o el Límite, conlleven un consumo más acentuado de determinadas sustancias. De hecho, por ejemplo, conductas antisociales suelen ser un factor de riesgo en el consumo de sustancias (Muñoz-Rivas y Graña, 2001) o también, entre las características del sujeto con un Trastorno Límite de la Personalidad se encuentra la presencia de conductas de potencial riesgo, como son el consumo de sustancias (APA, 1994).

Por otro lado, la propia condición de marginalidad de la drogadicción, la inestabilidad emocional que provoca o los problemas interpersonales que conlleva su consumo, pueden favorecer la acentuación, o incluso aparición, de diversos tipos de trastornos de la personalidad entre estos pacientes.

Por tanto, no cabe plantear que la relación entre los trastornos de personalidad y la drogadicción se de en un único sentido, sino que se puede dar una influencia en ambas direcciones. Atendiendo al hecho de que la influencia de esa relación es bidireccional, comenzaremos a analizar y desentrañar el problema.

El fenómeno de la comorbilidad va cobrando importancia cada día más como factor a tener en cuenta a la hora de realizar diagnósticos y juicios clínicos, y a la hora de afrontar las diferentes intervenciones terapéuticas.

En el campo de las Adicciones, esta comorbilidad de la que hablamos se hace cada vez más evidente, favorecida por el crecimiento de los sistemas nosológicos como bien señala la literatura (Tenorio y Marcos, 2000), pero ocasionando posteriormente mayores problemas a la hora del diagnóstico y dificultando los tratamientos hasta el punto de hacerlos fracasar.

Según la literatura, existe una *presencia de diferentes alteraciones de personalidad relacionadas con un mayor o menor abuso de drogas* (Cangas y Olivencia, 1999), *poniéndose de manifiesto una alta incidencia de diversas alteraciones de la personalidad asociadas al consumo de sustancias*. Además, nos indica que las conductas adictivas generalmente se relacionan con la presencia de diferentes problemas afectivos y de ansiedad, así como con diversos trastornos de personalidad, como el Antisocial, el Límite o el Esquizoide (Selvewrtght y Daly, 1997, citado en Cangas y Olivencia, 1999).

Los Trastornos de Personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, estables temporalmente y que reflejan alteraciones globales de la persona (Vázquez, Ring y Avia, 1990, citado en Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009).



Por lo que parece evidente que *la presencia de un trastorno de personalidad complica la evolución clínica de un trastorno mental y ensombrece el pronóstico terapéutico* (Dowson y Grounds, 1995, citado en Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009).

Ahora bien, la unanimidad de los resultados en los diferentes estudios no es clara; así, por ejemplo, en una revisión de la literatura llevada a cabo, se concluye que únicamente el *Trastorno Antisocial de la Personalidad* sería el predominante.

No obstante, cabe señalar que obtener una unanimidad es algo muy complicado ya que existen diferentes factores, entre ellos metodológicos, que pueden intervenir en los resultados obtenidos haciéndolos variar.

Cuando nos referimos a componentes de la personalidad relacionados con la drogadicción, las características básicas o estilos de personalidad no patológica (Choca y Van Denburg, 1997, citado en Herrero, 2004), los resultados señalan un predominio notable de la *Personalidad Antisocial*, caracterizada por el desprecio y la vulnerabilidad sistemática de los derechos básicos de los demás, así como por la falta de adaptación a las normas sociales y legales, seguida muy de cerca de la *Personalidad Pasivo-Agresivo*, caracterizada por la oposición y resistencia pasivas a las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, y de la *Personalidad Evitativa*.

Un dato a tener en cuenta a la hora de analizar la relación de los trastornos de personalidad con el problema de abuso de sustancias, es que el *mayor o menor abuso de sustancias está relacionado con un tipo u otro de personalidad patológica*. Es decir, sujetos que puntúan superior a 74 en las escalas de abuso de sustancias del MCMI correlacionan de manera positiva con Trastornos de Personalidad más problemáticos o graves como puede ser el Trastorno de Personalidad Límite, la Personalidad Autodestructiva y la Personalidad Esquizotípica (Cangas y Olivencia, 1999). Además este tipo de sujetos que reconocen un mayor abuso de sustancias, comparten entre sí aspectos sobre su historia de consumo relevantes y a la vez negativos para el tratamiento. Es decir, en el colectivo de sujetos que se reconoce un mayor abuso de sustancias, también se contempla un *inicio más precoz en el consumo de sustancias ilegales*, sobre todo de la heroína.

En este grupo de sujetos, los que obtienen mayores puntuaciones con respecto al consumo, es donde se encontrarían una constelación más amplia de alteraciones psicológicas, y son ellos lo que mencionan haber experimentado mayores problemas psicológicos antes del inicio del consumo de las sustancias.

A pesar de las diferencias entre el colectivo de mayor consumo y el de menor consumo, lo que es evidente es que estos sujetos que presentan problemas con las sustancias adictivas muestran comportamientos *emocionalmente e interpersonalmente inestables*, por lo que se hace necesario llevar a cabo intervenciones terapéuticas que tengan en consideración estos aspectos, y que hagan especial atención en la búsqueda y mejora de los comportamientos y características de personalidad en estos sujetos.

Este dato es de vital importancia, ya que estas variables desempeñan un papel muy relevante en el tratamiento, incidiendo precisamente y de manera negativa, en los resultados de las intervenciones y mantenimiento de las conductas adictivas (Cangas y Olivencia, 1999). Unos ejemplos que sirven para clarificar lo anteriormente citado son los siguientes: se encontró cómo lo sujetos con Trastornos de Personalidad Antisocial solían ser también más problemáticos en el seguimiento de las normas durante el tratamiento. Del mismo modo encontró, cómo lo sujetos con una Personalidad Esquizoide y Evitativa eran más autocríticos y se mostraban más desanimados durante la terapia (Fals-Stewar, 1992, citado en Cangas y Olivencia, 2001).

Centrándonos ahora en concreto en una de las drogas más consumidas, *la cocaína*, la literatura nos refleja que la investigación sobre la presencia de los Trastornos de Personalidad entre los adictos a esta sustancia es fundamental para la práctica clínica, ya que permite establecer cuatro aspectos esenciales para la intervención terapéutica (Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009): **a)** valorar la probabilidad de implicación en el tratamiento y de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas; **b)** modificar las características de tratamiento para adaptarlas de forma individualizada al paciente; **c)** establecer apropiadamente los objetivos terapéuticos; y **d)** de terminar la necesidad de una mayor o menor rigidez en la estructuración del contexto terapéutico.

Los resultados obtenidos en la literatura reflejan un *índice de comorbilidad muy elevado entre la dependencia a la cocaína y los Trastornos de Personalidad*. Estos datos corroboran los datos ya encontrados en otros estudios que muestran una *alta presencia de los Trastornos de Personalidad en los pacientes cocainómanos* (Fernández-Montalvo y Lorea; López y Becoña, 2006).

Entre los Trastornos de Personalidad observados en pacientes cocainómanos, aparecen con mayor prevalencia el *Trastorno Pasivo-Agresivo* y el *Trastorno Dependiente de la Personalidad*, seguidos de *Trastorno Obsesivo-Compulsivo* (Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009). Además existe una *alta prevalencia entre estos sujetos a presentar simultáneamente dos o más trastornos de personalidad*.

Cabe destacar, la ausencia de trastornos más “clásicos” encontrados habitualmente en las conductas adictivas, principalmente los del tipo B, el Trastorno Límite y el Trastorno de Personalidad Antisocial.

Cuando nos referimos a la necesidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las características de la personalidad y una posterior intervención adaptada a las peculiaridades de los pacientes para conseguir la mayor adherencia al tratamiento, no es por otra cosa que por el hecho con el que se relaciona, de manera evidente y a la vez alarmante, la *presencia de unas mayores tasas de recaídas y abandonos terapéuticos en sujetos con trastornos de personalidad graves, así como un mayor incumplimiento general de instrucciones terapéuticas*.

Existen datos que corroboran que *la presencia de determinados Trastornos de Personalidad conlleva un peor pronóstico terapéutico* (Korsten et al., 1989; Seivewright y Daly, 1997; Fals-Stewart, 1992, citado en Cangas y Olivencia, 2001).

Por lo que se refiere a la relación de los Trastornos de Personalidad con las recaídas y abandonos durante el tratamiento, se ha encontrado que *el porcentaje de sujetos que presentaban Trastornos Graves de la Personalidad tenían prácticamente el doble de recaídas y abandonos terapéuticos que los que no presentaban este perfil* (Cangas y Olivencia, 2001). De igual modo, *el incumplimiento de instrucciones terapéuticas era más común en el grupo con trastornos graves de la personalidad*.

El perfil típico del toxicómano que por lo normal cumpliría con los datos anteriores de recaídas y abandonos, y siguiendo la propuesta de Millon y Everly (1994) trabajada en otro apartado de este informe, contaría con un alto predominio de los “tipos de personalidad activos” (Antisocial, Pasivos-Agresivos, Evitativo e Histriónico) sobre los estilos descritos como pasivos (Narcisista, Dependiente, Compulsivos y Esquizoides). De igual modo, predominarían los sujetos con *Personalidad Independiente* (Antisocial y Narcisista), *Desvinculado* (Evitativo y Esquizoide) y *Ambivalente* (Pasivo-Agresivo), frente al grupo de los Dependientes (Histriónico-Dependiente) y Ambivalentes Pasivos (Compulsivos).

Por otro lado, existe una combinación de Trastornos de Personalidad, que de darse supondría mayores dificultades y problemas en relación al tratamiento y al desarrollo y evolución de éste. Este es el caso de la combinación, muy infrecuente entre otros pacientes, pero muy frecuente entre las personas con problemas de adicción, del Trastorno Antisocial de la Personalidad y el Trastorno Límite de la Personalidad. Parece ser, que esta combinación peligrosa parece requerir una mayor asistencia psicológica, además de mostrar una menor colaboración de los pacientes durante el tratamiento. Por tanto, queda demostrado que los Trastornos de Personalidad pueden complicar aún más los casos de Adicción, conllevando un peor pronóstico y mayores dificultades terapéuticas (Cangas y Olivencia, 2001).

En este sentido, sería importante como profesionales de la salud, adecuar la intervención psicológica a los distintos trastornos que presentan estos individuos. El tratamiento de los drogodependientes no puede tratarse como un grupo homogéneo, sino que además de atender a los aspectos más relacionados con el problema de la adicción, se deberá de tratar e intervenir sobre los aspectos de la personalidad que están resultando problemáticos. Así, por ejemplo, incorporar diferentes elementos de la terapia dialéctica desarrollada para los casos de Trastorno Límite de la Personalidad, podría servir para ayudar a las personas que presentan y padecen estos trastornos duales tan problemáticos.

Otro obstáculo en cuanto al tratamiento de la drogadicción en pacientes con Trastornos de Personalidad, es que la presencia de estos trastornos se asocia con una *mayor y más temprano probabilidad de abandono de tratamiento también en Comunidad Terapéutica* (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2003), siendo éste, en la mayoría de los casos, en los primeros cuatro meses de tratamiento, a diferencia de aquellos usuarios que no presentan Trastornos de Personalidad que llevan a cabo el abandono de manera más esporádica (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2003).

Otros estudios también corroboran los datos presentados en el párrafo anterior, afirmando que la mayoría de los abandonos ocurren en las primeras fases del tratamiento llevado a cabo en Comunidad Terapéutica (Secades y Benavente, 2000). Estos datos además son coincidentes con los resultados obtenidos en otros trabajos (Baekelend y Lundwall, 1975; De León, 1991; Kooyman, 1993/1996; Secades y Fernández Rodríguez y Fernández Herminia, 1998, citados en Secades y Benavente, 2000).

Los profesionales reconocen que estos abandonos producidos en las primeras fases del tratamiento son los más graves o los que tienen peor pronóstico. La probabilidad de una permanencia continuada en Comunidad Terapéutica aumenta considerablemente después de 90 días. Es decir, la probabilidad de abandono decrece con el paso del tiempo (Secades y Benavente, 2000). Por tanto, atendiendo bien a estos datos, y siguiendo a estos autores, se hace necesario insistir en la importancia que tiene mejorar el ajuste de los pacientes en las fases tempranas de máxima vulnerabilidad

De esta manera, se puede concluir en lo referente al tratamiento en Comunidad Terapéutica, la necesidad de implementar en el inicio de los programas, cuando se ha comprobado que las tasas de abandono son mayores, intervenciones específicas con el fin de incrementar la motivación de los pacientes y así reducir las tasas de abandono prematuro (Secades y Benavente, 2000).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres en relación a trastornos más prevalentes, la literatura señala que los varones presentan un perfil caracterizado por puntuaciones elevadas sobre las escalas Antisocial, Pasivo-Agresivo, Evitativo y Agresivo/Sádico. También se aprecia para las escalas de Trastornos de la Personalidad (Eje II) probable significación clínica sobre la escala del Límite (Herrero, 2004).

El perfil para los trastornos del Eje I muestra puntuaciones significativas sobre la escala de Abuso de las Drogas y probable significación clínica sobre las escalas de Distimia y de la escala de Abuso de Alcohol. Estos resultados serían acordes con otros estudios donde se encuentran perfiles similares (Ávila, Herrero & Aresti, 1996; Caisyn & Saxon, 1990; Cangas & Olivencia, 2001, citado en Herrero, 2004).

A diferencia, en el caso de las mujeres, la distribución de puntuaciones en el MCMI-II aparece más suavizada. Sólo dos datos llaman especialmente la atención: las elevaciones sobre la escala Histriónica y el mayor peso del Trastorno Límite en comparación a los toxicómanos varones. De las elevaciones sobre la escala Histriónica es conocida la mayor prevalencia de las mujeres (Herrero, 2004).

Otro aspecto de vital relevancia a tener en cuenta para el tratamiento de la problemática del abuso de sustancias, es la *relación positiva y significativa que existe entre la duración de la historia de consumo y la severidad del patrón de personalidad patológico*. De este modo, podemos decir que tal relación se define de la siguiente manera; a mayor duración del episodio de consumo o historia de consumo se dará un patrón psicopatológico mucho más pronunciado. De esta forma, las personas adictas a drogas durante un periodo muy prolongado de tipo obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las escalas sobre Trastorno de Personalidad del MCMI, que aquellas personas con un consumo de drogas temporalmente inferior (Herrero, 2004).

Estos resultados son consistentes con otros estudios que dan soporte empírico a la noción de “*continuo de riesgo para la personalidad*” asociado con la gravedad del abuso de sustancias, así como el tipo de droga de abuso.

Los datos anteriormente reflejados parecen mostrar la evidente relación que existe entre los Trastornos de Personalidad y el problema del abuso de sustancias. Esta relación nos ha revelado que la presencia de Trastornos de Personalidad correlaciona de manera negativa con la eficacia del tratamiento, provocando diagnósticos e intervenciones más problemáticas, recaídas y abandonos más frecuente, y en definitiva, peores pronósticos y resultados en las intervenciones terapéuticas.

Además, nos alerta de la necesidad de llevar a cabo evaluaciones más exhaustivas que nos permitan mejores diagnósticos diferenciales, y en consecuencia, mejores intervenciones, pudiéndonos adaptar lo máximo posible a las peculiaridades y características de la personalidad que presentan los pacientes con la finalidad de mejorar y conseguir una mayor adherencia al tratamiento.

#### **4-. 4ª PARTE. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES**

##### **4.1. INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO EN ADICCIONES**

Siguiendo el Manual sobre el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo cuando se aborda el tratamiento de una drogodependencia se trata de resolver tres problemas. El primero es el *síndrome de abstinencia*. A continuación se tratará la *adicción a la droga* utilizando fármacos y terapias psicológicas que, junto al apoyo de la familia, buscarán la *deshabitación del consumidor*. También se ha de resolver el conjunto de enfermedades y complicaciones médicas que surgen por efecto directo del consumo de la droga, o están derivadas de la forma de consumo (vía intravenosa), de la contaminación con otras sustancias (adulteradas) o de la transmisión de enfermedades infecciosas (sida, hepatitis, tuberculosis, etc....).

Los tratamientos farmacológicos y psicológicos, solos o combinados, son aspectos de un proceso terapéutico global que comienza con la *desintoxicación* seguida por la *deshabitación* y la *prevención de las recaídas*. Las recaídas deben considerarse parte del proceso terapéutico, y no un fracaso del mismo.

Los medicamentos pueden ayudar a restablecer la función normal del cerebro, a prevenir las recaídas y a disminuir el deseo de consumo a lo largo del proceso de tratamiento. La psicoterapia, por su parte, ayuda al paciente a afrontar un nuevo estilo de vida, dotándole de herramientas y recursos personales para ello, siendo éste en última instancia quien mantiene el cambio de estilo de vida del sujeto.



De manera general, y atendiendo la problemática de manera global, las fases del proceso de tratamiento siguiendo de nuevo el Manual sobre el Plan Nacional sobre Drogas son las siguientes:

- **Acogida:** esta fase tiene como objetivo reforzar la motivación del paciente y resolver las dudas de su familia al iniciar el tratamiento.
  
- **Valoración:** etapa en la que se definen y estudian aquellos rasgos del individuo y de su entorno que pueden ser relevantes para su tratamiento.  
Se realiza a través de la historia toxicológica, diagnóstico médico, psicológico y social, y del balance entre las carencias y necesidades del sujeto y de su medio, y los recursos con los que cuenta y podrían ayudar a su recuperación.
  
- **Desintoxicación:** superación del síndrome de abstinencia que aparece cuando se interrumpe el consumo. Puede llevarse a cabo en un periodo de 7 a 21 días y no supone riesgo para el paciente. Debe ir seguida de un tratamiento de deshabitación para evitar las recaídas en el consumo.
  
- **Deshabitación:** es un proceso largo y complejo cuyo objetivo es superar la dependencia psíquica y recomponer la neurotransmisión cerebral. Existen diversas opciones en función del perfil y las circunstancias de cada paciente. En algunos casos, es conveniente alejarle del ambiente en el que se ha desarrollado la adicción mediante el ingreso en un centro. En otros casos, puede ser suficiente el tratamiento ambulatorio. En ambos supuestos, se busca un cambio de estilo de vida que haga innecesario el consumo de drogas.

#### 4.2. INTERVENCIÓN FUNCIONAL. LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

La mayoría de los pacientes que presentan una problemática relevante con las sustancias, siguen claramente los criterios diagnósticos que DSM-IV presenta para el Trastorno de Abuso de Sustancias, ya que por lo general, estos sujetos llevan consumiendo más de doce meses a pesar de apreciar un evidente malestar subjetivo, de observar el deterioro de diferentes áreas de su vida y de contemplar los riesgos que su conducta le está conllevando.

Desde un punto de vista funcional-contextual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, a la hora de intervenir, no atiende de manera primordial los criterios diagnósticos formales que presenta el Manual, sino que para ACT, lo principal es atender y analizar los “sentidos”, o consecuencias reforzantes que a los sujetos les permite conseguir realizar la conducta de consumir. Es decir, desde la terapia existe la necesidad de entender el comportamiento en términos funcionales, dando mayor importancia a la finalidad que persigue la conducta que a la forma con que lo hace.

Por tanto, desde esta terapia, el objeto de la evaluación o del análisis funcional es atender a las conductas problema de cada caso clínico en concreto (sus funciones) como medio que haga posible el diseño del tratamiento adecuado en cada caso en particular (Velasco y Quiroga, 2001). Además, desde este tipo de terapias, las terapias de tercera generación como es el caso de ACT, se pone de manifiesto, que existen comportamientos (pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.) que no se pueden modificar ni eliminar, por lo que la intervención irá dirigida al trabajo de aceptación y de aprender a convivir con ellos.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso aplicada a conductas adictivas (ver Wilson y Bryd, 2004; Wilson, Hayes y Bryd, 2000, citado en Gómez y López Ríos, 2006) se asume que el consumo abusivo y crónico de sustancias puede ser una forma más de *evitación experiencial*. Por tanto, de manera resumida, lo que se pretenderá conseguir es el des-enredamiento de este patrón de funcionamiento, reemplazando la aceptación como alternativa a la evitación problema (entendiendo esta última como una forma de enredo) (Pérez-Álvarez, 2008).

A continuación se desarrollará de manera más amplia esta afirmación y se trabajará en el tratamiento de las adicciones desde una perspectiva Contextual-Funcional.

#### **4.2.1. Las adicciones y el Trastorno de Evitación Experiencial**

Como anteriormente se ha comentado, desde una perspectiva funcional y tras llevar a cabo un análisis personal, lo que se pretende entender es la conducta del paciente, pero sobre todo su función. Para conseguir esto, ACT se ha servido del término “Trastorno de Evitación Experiencial” como característica común compartida por muchos y diferentes problemas psicológicos. Esta característica común tiene que ver con el hecho de que la persona no esté dispuesta a entrar en contacto con ciertas experiencias privadas (sentimientos, recuerdos, emociones, etc.) y gran parte de su comportamiento venga determinado por los esfuerzos por controlar y tratar de eliminar estos eventos privados. En otras palabras, se podría decir que la persona con un trastorno psicológico ha dejado de estar pendiente de su vida para estar pendiente de su "mundo privado", entendiendo como tal pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc.

En este sentido y con esta finalidad, al analizar la conducta del paciente debe de concebirse la estructura de dicha conducta atendiendo a los tres segmentos clásicos de antecedentes, conducta y consecuencias (A-B-C), llevando a cabo un análisis de las conductas y sus situaciones antecedentes y consecuentes como un análisis de los “sentidos” que las acciones de un sujeto tienen dadas determinadas condiciones, de manera que se tenga en cuenta que la conducta es siempre propositiva, con significado o con sentido (Velasco y Quiroga, 2001).

De este modo, la regulación de los eventos privados focalizada en la *evitación experiencial* juega un papel fundamental, tanto en el desarrollo de las adicciones como en su mantenimiento, llegando a producir el patrón destructivo que caracteriza a las personas ancladas en el consumo desajustado de sustancias.

Las contingencias a la base del comportamiento adictivo constituyen el *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)*, el cual implica: “una estrategia inflexible, formada por un conjunto de acciones dirigidas al escape y la evitación de malestar, y sustentada por la coherencia, establecida socialmente, que supone la necesidad de regular el malestar de modo inmediato” (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). Estos pacientes se encuentran envueltos en un círculo vicioso, o en otras palabras, en una trampa psicológica, que a la larga le complicará de manera significativa su desarrollo personal (Velasco y Quiroga, 2001).

Este patrón de funcionamiento problemático tiene mucho que ver con las características que desde hace unas décadas domina el desarrollo de los individuos en nuestra sociedad actual, características tales como la insatisfacción generalizada, la intolerancia al sufrimiento natural de la vida, el poder de la inmediatez y la reflexividad excesiva o hiperreflexividad (Pérez-Álvarez, 2008) como principal protagonista de muchos problemas.

Existe evidencia de que en el contexto del comportamiento adictivo, ACT ha mostrado ser eficaz en el desarrollo de una vida consistente con los valores personales cuyo coste principal supone afrontar el malestar que se deriva de la abstinencia y otras sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). La importancia del trabajo en valores viene dada porque difícilmente una persona cambiará su modo de actuación si su funcionamiento actual no le depara algún costo que lo sea, lógicamente para él. Por todo esto, el trabajo sobre valores en ACT está siempre presente durante todo el planteamiento terapéutico (Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano, C., 2006)

Para esta perspectiva psicológica, las drogas cumplen un papel *funcional* como reforzadores positivos y/o negativos por las propias características de las sustancias (véase Gil Roales-Nieto, 1996; Golberd y Stolerman, 1986 citado en Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). El uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional; además, las emociones negativas derivadas del abandono del consumo son predictoras potentes de las recaídas; y, también, se ha observado que medidas de aceptación y evitación de las emociones correlacionan con menor o mayor abuso.

Los datos anteriormente citados han llevado a plantear que “las contingencias a la base del comportamiento adictivo se verifican como estrategia de evitación experiencial, en donde se conjugan contingencias de reforzamiento negativo y positivo” (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Mantener a la larga y de manera generalizada este tipo de regulación, llevaría al sujeto a desembocar en lo que Luciano y cols., (2010) denominan *Evitación Experiencial Destructiva*. Para estos autores, este tipo de regulación del comportamiento consiste en “la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar o para escaparse de ello, resultando que tal malestar se extiende, e incluso se puede intensificar, y lo más importante, conduce a una limitación en hacer la vida que uno quiere”.

El desarrollo del patrón de regulación mediante el consumo de drogas podría estar controlado por el propio reforzamiento positivo que provee el consumo de sustancias, cuyo efecto se transforma diferencialmente según el significado o historia personal que ello tenga para cada persona (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

De la misma manera, consumir puede ser parte de la clase de conductas para reducir la ansiedad y otras sensaciones o pensamientos y recuerdos desagradables (clase funcional); consecuencias que también se verán transformadas según la historia relacional y de aprendizaje de la persona.

En lo anterior, queda incorporado el hecho que acontece a los organismos que han aprendido a ser verbales y que implica, inevitablemente, que las sensaciones de malestar se harán presentes antes o después (Luciano, *et al.*, 2010). Esto se relaciona con la hiperreflexividad de la que se hablaba antes, la cual es capaz de convertir problemas de la vida (conflictos, pérdidas, frustraciones, decepciones, incertidumbre, etc.) en problemas psicológicos (Pérez-Álvarez, 2008).

Por ejemplo, las sensaciones de inseguridad, o el aburrimiento, la angustia, la tristeza, los pensamientos de culpa, o recuerdos desagradables, etc., en definitiva diferentes eventos privados etiquetados como negativos, pondrán al individuo en la necesidad de afrontar esas sensaciones y pensamientos; y cómo se afronte (esto es, el tipo de regulación de tales eventos) podría resultar molesto a la corta pero con significado personal a la larga, o bien placentero a la corta pero limitante a la larga (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Siguiendo la línea de estos autores, en una persona que opte por lo segundo, el consumo quedaría inmediatamente reforzado tanto *negativamente*, por el alivio al consumir la sustancia, como *positivamente* por la derivación de saberse haciendo lo correcto (quitarse la angustia y haciendo lo que hace mucha gente). Aquí tendríamos el gran problema, ya que el consumo se convertiría en una acción dirigida a la evitación del malestar, a reducir las ganas, al control del deseo o a la incomodidad social que puede suponer el mantenerse sin consumir.

Sea cual sea la acción anterior o la conducta realizada, la función a cumplir o la finalidad de consumir sería la misma, estaríamos dentro de una clase funcional, en la que diferentes conductas o acciones cumplen una misma función.

Cuando la evitación experiencial es la estrategia principal de funcionamiento personal estaríamos ante un patrón inflexible y limitante (Luciano *et al.*, 2010), como se observa en otros muchos trastornos psicológicos que pueden ser entendidos como Trastornos de Evitación Experiencial y trabajado bajo las premisas y filosofía de la Terapia de Aceptación y Compromiso.

#### 4.2.2. Qué hacer desde la Terapia de Aceptación y Compromiso

En un primer momento, parece evidente que tras la conceptualización anterior del problema, la intervención debe ir dirigida a romper ese círculo vicioso que ha construido el propio sujeto en su continuo intento de control fallido (Velasco y Quiroga, 2001), para posteriormente, ser lo suficientemente capaz y responsable de elegir libremente las acciones a realizar teniendo en cuentas sus propias direcciones de valor, y asumiendo, como cualquier persona en cada caso, las consecuencias que de dichas acciones se pudieran producir (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006).

Como alternativa a la evitación experiencial, al patrón de funcionamiento problemático explicado anteriormente, a los intentos de regulación cognitiva y emocional para poder vivir, ACT además de dirigirse a la supresión de la conducta de control de los eventos privados, plantea la *aceptación psicológica* como acción terapéutica, es decir, “el estar dispuesto a notar, a contactar, a sentir y pensar lo que traigan, en cada momento, las circunstancias actuales según la historia personal” (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

En otras palabras, se trataría de “es estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos siempre y cuando hacerlo esté en relación con cosas *valiosas* para la persona” (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). Para ello, el objetivo esencial que se pretende conseguir desde ACT en la intervención, es alterar su función, cambiando el contexto en el que dichos eventos privados ocurren (Luciano,

La idea es desactivar ese proceso auto-reflexivo en el que el sujeto se encuentra, el cual caracteriza y forma parte en buena medida prácticamente de todos los problemas psicológicos, para posteriormente reactivar a la personar sobre un horizonte de posibilidades diferentes al consumo de manera que recobre el sentido de la vida, es decir, su dirección y significado (Pérez-Álvarez, 2008).

Para ello, entre sus propuestas, ACT se dirige a *romper la reacción literal ineficaz*, socialmente establecida en la historia personal, entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace. Se promueve una actuación ajustada a lo que las condiciones demandan según lo que la persona *valore* para su vida (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). El trabajo en valores estará siempre presente durante todo el planteamiento terapéutico (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006).

El resultado que se busca conseguir con estas estrategias es una reacción a los eventos privados (pensamientos, sensaciones, sentimientos, etc.) más flexible y ajustada, en la cual la persona no tenga que necesariamente evitar o escapar de lo que siente/piensa, ni generar resistencia hacia ellos, sino todo lo contrario, conseguir que la persona pueda elegir responsablemente qué hacer en cada circunstancia según lo que valore verdaderamente como relevante para ella (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010)..

En el tratamiento de las adicciones, el objetivo central de ACT es ayudar a los clientes a establecer contacto con el centro de sus dificultades, ir a la raíz del problema, y desde ahí, trabajar para que el cliente construya la vida que le dé sentido personal (Luciano, *et al.*, 2010). Para ello, el trabajo en sesión estará dirigido al entrenamiento sistemático para afrontar las barreras cognitivas y emocionales ligadas a dejar de consumir, siendo éste un objetivo *elegido* por el cliente para que le “abra la puerta” a actuaciones de valor personal.

Para llevar a cabo este trabajo en sesión y en su vida a partir de este momento, será preciso que el sujeto flexibilice su reacción ante el conjunto de reacciones privadas repletas de malestar derivadas de la abstinencia con la droga (por ejemplo, la urgencia por consumir, nerviosismo, ansias, problemas de sueño, irritabilidad, tristeza, dudas, etc). Además, el sujeto debe de aprender a estar dispuesto no sólo a sentir los efectos de no consumir, sino la cascada de pensamientos que, de acuerdo a la historia personal, emergerán (por ejemplo, “no seré capaz de dejarlo”, “soy un enfermo”, “no puedo con esto”, “sólo una vez más”, “¿y si fracaso?,”) y no luchar contra ellos (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).



Desde la terapia el entrenamiento en “estar con el malestar” es desarrollado mediante múltiples ejercicios de defusión que incluyen la desliteralización y, principalmente, la experiencia de diferenciar las dimensiones del yo. El objetivo es diferenciar la parte personal que llamamos YO, de los pensamientos y sensaciones que en cada momento pueden fluir. En palabras de Pérez-Álvarez (2008), “descentrarse de sí mismo y centrarse en la vida”. Esta diferenciación es el contexto para que el cliente adquiera la habilidad de estar en el presente, en el aquí y en el ahora, con los pensamientos y sensaciones que fluyan, y elegir hacer lo que es valiosa para ella (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

De manera más profunda y elaborada, a continuación se presenta el recorrido que desde la Terapia de Aceptación y Compromiso se propone para el trabajo en la problemática del abuso de sustancias.

La intervención psicológica que propone ACT parte de la premisa principal de que si el adicto quiere salir de la situación problema, tendrá que convivir con los estados físicos y psicológicos producidos por la abstinencia, además de con las consecuencias asociadas al abuso que ha producido en su vida (Gómez y López Ríos, 2006).

A continuación se exponen las fases de tratamiento que se trabaja desde ACT:

DESESPERANZA CREATIVA. El objetivo de esta fase es que el cliente contacte con su propia experiencia. Es decir, mediante la contestación a dos cuestionarios de evaluación, CSIW-I y CSIW-II, los cuales evalúan aspectos relativos al tiempo, patrones y tipo de consumo y la manera de cómo ha afectado el uso de la droga en la vida del adicto, se pretende conseguir que la persona reviva episodios de uso que hayan tenido especial impacto y de que se hagan presentes las consecuencias de dicho consumo (Gómez y López Ríos, 2006). La finalidad de este objetivo es que el sujeto contacte psicológicamente (mediante exposición) con su experiencia sin resistencia ni necesidad de ser correcto socialmente. Es decir, en esta etapa se trataría de hacerle ver al cliente que todo aquello que lleva haciendo para “solucionar” sus problemas no le ha funcionado para salir de la situación.

El terapeuta tiene la función de hacer caer al cliente del costo que tiene la evitación. Para ello puede ser muy útil el uso de paradojas a fin de romper las lógicas que llevan al cliente a llevar a cabo el control y evitación de las experiencias privadas (García Montes, Luciano, Hernández-López y Zaldívar, 2004).

El papel del terapeuta debe ser el de modelar en el cliente la aceptación de lo que está haciéndose presente, sin juzgar al cliente ni a su comportamiento, ni condenar el uso de la droga o animar al cliente a dejarlo. El terapeuta además debe evitar demostrar al cliente que los intentos del cliente de usar la droga como una forma de evitación no han funcionado (Gómez y López Ríos, 2006). Debe de ser el cliente el que por sí solo se de cuenta de este detalle. El terapeuta no debe adoptar una postura moral en relación al uso o no de la droga.

El terapeuta deberá de obtener información en la evaluación sobre los siguientes aspectos:

- Repertorios de evitación: patrones de abuso de sustancias y otros comportamientos que cumplan también funciones de evitación.
- Eventos privados: contextos que ponen en marcha estrategias de evitación experiencial. Grado de fusión y literalidad.
- Efectos inmediatos de reforzamiento de las estrategias de evitación experiencial para eliminar estados internos negativos.
- Direcciones en la vida del cliente.
- Grado en el que el consumo de sustancias funciona como estrategia para ir en la dirección de los valores del cliente.
- Grado en el que el cliente ve discrepancia entre sus valores y la situación actual como contexto para hacer algo diferente.

En definitiva, se puede decir que la confrontación entre lo que importa, lo que se hace y lo que consigue permite que el cliente experimente el estado de *Desesperanza Creativa* (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Por otro lado, un patrón cronificado y amplio en adicciones correlaciona con una cantidad notable de pérdidas (trabajo, pareja, familiares, amigos, salud, etc.). Pues bien, por doloroso que resulte situarse frente a estas pérdidas, más aún, cuando uno se da cuenta de la responsabilidad personal de las mismas, esto se convierte en una *experiencia clarificadora*, llegando a ser el contacto con el dolor lo más valioso que el cliente tiene en su haber para cambiar su trayectoria. La razón está en que experimentar las pérdidas es un dolor que roza lo que más se valora (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Esta fase de *Desesperanza Creativa* será un aspecto que el terapeuta tendrá presente en numerosos momentos del proceso, pudiendo hacer uso de él cuando así lo crea necesario. Además, esta fase es esencial desde el principio porque compromete la supuesta eficacia de la estrategia de regulación de la vida centrada, sin más, en no tener malestar (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

En palabras de estos autores, "la toma de contacto con lo que importa, lo que hace cada día (especialmente en torno al consumo), y las consecuencias resultantes a corto y a largo plazo, desestabilizan el sistema que ha seguido el cliente". Esta experiencia resulta creativa porque, a partir de ahí, el cliente experimenta que la estrategia no ha funcionado, en lo importante, y experimenta que no podrá funcionar. Sentir esas sensaciones es un hecho doloroso pero, a la vez, es un contexto esencial para elegir responder de otro modo ante el malestar y ante las ganas de consumir.

En definitiva, el *análisis funcional del patrón de regulación (lo que quiere, lo que hace para conseguirlo, y las consecuencias o lo que consigue a corto y largo plazo)* supondrá una primera confrontación con el resultado de su funcionamiento y podrá servir para generar la experiencia de la desesperanza creativa (Luciano, *et al.*, 2010).

EVALUACIÓN DE VALORES. Siguiendo la esencia de ACT, se sostiene que los valores, una vez habiendo pasado el adicto por las sensaciones generadas a consecuencia de la Desesperanza Creativa, dirigen y dignifican el proceso de tratamiento. Desde la terapia se entienden los valores como “patrones dinámicos de implicación en diferentes ámbitos de la vida que organizan y sirven como dirección del comportamiento cuando se hacen explícitos y se contactan de manera también explícita con ellos” (Gómez y López Ríos, 2006). Por todo esto, todas las técnicas utilizadas en ACT están al servicio de que los clientes mantengan una trayectoria valiosa en su vida. (García Montes, Luciano, Hernández-López y Zaldívar, 2004)

La clarificación de valores y la necesidad de generar un contexto propicio para el cambio son dos aspectos esenciales para el desarrollo positivo del tratamiento en ACT (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

En ACT los valores son direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente. Éstos pueden alcanzarse a partir de la conducta pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto, ya que los valores, al igual que la calidad de vida o la realización personal, no tienen fin, no se realizan completamente nunca, están siempre presentes como horizonte, por eso son tan útiles dándole sentido y dirigiendo el comportamiento (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano, 2006).

En los casos de adicción pueden existir factores coercitivos que lleven a la persona a consulta: una orden judicial, la demanda y obligación de un padre que busca ayuda para su hijo, una esposa que amenaza a su marido, o una persona que quiere dejarlo porque se lo ha prometido a sus seres queridos, etc.

En cualquier caso, es primordial que entre el cliente y el terapeuta, más allá de esos factores de presión, exista un horizonte construido conjuntamente, y nunca supuesto, en respuesta a la demanda de terceros o en la valoración a priori de que el abandono de las sustancias es algo deseable per se. Es esencial un horizonte común hacia el que dirigirse, que contenga *valor personal* para el cliente, esté claramente definido, e impregne de valor los momentos de dificultad, malestar y dolor que en la mayoría de los casos implicará el trabajo en sesión. (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Este lugar común hacia el que dirigirse se afianza desde el inicio del tratamiento cuando el terapeuta comunica al cliente, con palabras y actos, que cuenta al máximo con su capacidad y su habilidad personal para tomar sus propias decisiones responsablemente y hacer frente a lo que ello suponga.

Hacer responsable al cliente de sus elecciones, aún en casos de deterioro social, abuso cronicado o limitaciones, es un paso necesario que el terapeuta tiene que conseguir (Luciano, *et al.*, 2010).

Un aspecto esencial en ACT, en el proceso y construcción de un contexto valioso para la terapia, es que el cliente sepa que su experiencia será el cimiento sobre el que se apoyará la intervención, y la materia prima con la que se trabajará, de modo que, cualquier sentimiento, pensamiento o reacción que surja en sesión (la negativa inicial a tratarse, la ambivalencia respecto del consumo y el abandono, las reticencias y desconfianza con el terapeuta, etc.) serán objeto de validación por parte del terapeuta. No se discutirá sino que se validará su experiencia ante lo que quiere, lo que ha hecho para conseguirlo, y lo que, finalmente, ha conseguido a la larga. Estos serán los pilares del trabajo a realizar.

El análisis funcional que se ha de hacer con el paciente sobre su estrategia de evitación (qué quiere, para qué lo quiere, qué ha hecho para conseguirlo, y qué ha de conseguido finalmente), es un paso necesario para que el cliente experimente allí mismo en sesión el resultado de su estrategia (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Desde la conceptualización de ACT, la formulación de los valores se asienta en el conocimiento sobre el efecto de las contingencias y su transformación vía verbal, es decir, sobre las leyes que explican la formación de reforzadores condicionados y la formación de reforzadores verbalmente construidos, como direcciones o contexto de valor. Desde la terapia se llevaría a cabo un “desentramado de los valores”, es decir, una evaluación exhaustiva de los aspectos que son fundamentales para el cliente en cada uno de las facetas de su vida (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006). Entre los ámbitos con mayor valor personal se encuentran: las relaciones familiares, la pareja, el trabajo, la formación y el crecimiento personal, el trabajo, etc.

Posteriormente, una vez seleccionados los ámbitos de valor, se le pide al paciente las direcciones a seguir en estos ámbitos y los objetivos y metas para alcanzar a mediano y largo plazo.

Por otro lado, llevar a cabo una intervención psicológica y trabajar para que un adicto se mantenga sobrio, sin consumir, es un trabajo complicado y sólo se conseguirá un efecto mantenido a largo plazo, si hacerlo está lleno de valor, si tiene sentido para él, si es un acto vinculado a una elección libremente asumida, vinculada a la posibilidad de enriquecimiento personal a pesar del malestar que ello contenga.

Por tanto, el factor motivador más poderoso del que el terapeuta se puede valer comprende el esclarecimiento de las direcciones de valor del cliente (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). Para esta terapia, “el significado personal que tenga la abstinencia es el único contexto que permitirá al adicto dignificar el precio de mantenerse sobrio”. Para ACT y en ACT valorar es actuar (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006).

El trabajo en sesión para profundizar en la clarificación de valores es especialmente problemático con clientes que han vivido a expensas de reducir el malestar, sin más y de inmediato (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010), aspecto éste muy común entre las personas que presentan problemas con el abuso de sustancias. Estas personas, una vez inmersas en el problema, viven a expensas de las ganas, del deseo, las ansias, la sensación de euforia, de relajación; a expensas de los pensamientos de “no puedo”, “por uno más, no pasa nada”, “es la última vez que lo hago”, etc.

El problema de ejercer una regulación evitativa, en la que la persona está fusionada a sensaciones y pensamientos, significa vivir atado al incontrolable mundo privado. Desde ACT se tratará de “enseñar al cliente a “romper las cadenas” con su necesidad de eliminar el malestar sin más (Luciano, *et al.*, 2010). En definitiva, lo que se pretende conseguir desde la terapia es impedir por todos los medios la pérdida de dirección inevitable que se produce cuando uno se comporta fusionada a aspectos inherentes de la condición humana.

En cuando al tema de la clarificación de valores, desde ACT se asume que todas las personas tienen direcciones de valor y que el pensamiento “no hay nada que merezca la pena” emerge siguiendo las leyes que regulan el comportamiento verbal y la cognición (Luciano, *et al.*, 2010), productos los dos del ser humano. Sin embargo, desde la terapia se considera que no es más que un pensamiento inevitable que surge, por ejemplo, cuando uno compara las posibles pérdidas, con la vida de hoy y la de antes o lo que ya no podrá hacer. Actuar fusionado a tal pensamiento es un ejemplo de evitación experiencial, es un actuar sin ver lo que hay debajo de la frustración, lo que hay más allá de los sentimientos de incapacidad, de falta de voluntad y dolor (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010) .

Como profesionales del comportamiento humano, asumir que las personas no nacen con tendencias a ser adictos, sino que está atrapado por las contingencias del patrón inflexible de evitación experiencial y, así, se comportan fusionados al malestar o a la urgencia de pasarlo bien, permitirá rastrear y encontrar las direcciones de valor y utilizarlas como soporte del trabajo terapéutico.

CONTROL COMO PROBLEMA. El objetivo en esta fase es identificar estrategias de control ineficaces (entre ellas, consumir drogas) para aliviar estados internos negativos y que el adicto contacte con este hecho, si es que esto ha ocurrido o está ocurriendo (Gómez y López Ríos, 2006).

En ACT, como antes se ha comentado, se plantea que no es posible ejercer control voluntario sobre nuestras emociones, estados internos, etc., sin embargo, sí es posible ejercer control sobre nuestra conducta (p.ej., de consumir o no), no obstante, para hacer esto, el adicto tendrá que estar dispuesto a aceptar los deseos de consumir, las dudas respecto a si conseguirá dejarlo o no, los errores cometidos en el pasado, etc. (Gómez y Ríos, 2006).

El trabajo en esta fase implica ser capaz como terapeuta de mostrar al cliente que sus intentos por controlar o eliminar su experiencia privada no solo no son la solución, sino que, además, son en sí mismo parte del problema, provocando un efecto paradójico reflejado en un aumento de eventos privado.

Para llegar a entender esto, una de las metáforas que se utilizan desde ACT para poner de manifiesto la imposibilidad de controlar los eventos privados, o por ejemplo más concretamente las ganas de consumir, es la metáfora del Hombre y el Dragón (Velasco y Quiroga, 2001). Esta se presenta a continuación:

### **EL HOMBRE Y EL DRAGÓN**

*Existía en cierto lugar un hombre que tenía una bonita casa al pie de una colina. Cultivaba la tierra, jugaba con sus hijos, se veía con los amigos, charlaba con su mujer y hacía planes con ella... En definitiva llevaba una vida apacible y feliz. Cierta día descubrió con alarma que en lo alto de la colina bajo la cual se encontraba su casa, vivía un monstruo.*

*Pensó en irse con toda su familia. Pero no; había mucho de ellos en aquel lugar como para abandonarlo. Lo que al buen hombre se le ocurrió fue subir y encerrar al monstruo en su cueva, así que subió y construyó un muro en la entrada. Pero el monstruo, al día siguiente, sencillamente rompió el tabique y salió. Alarmado por la fuerza de aquel ser, nuestro hombre decidió ir en persona y obligar al monstruo a permanecer dentro de la cueva, pero o no bien se daba la vuelta para regresar a su casa, tozudamente, el bicho volvía a salir, así que cada vez el hombre pasaba más tiempo en la colina,... y menos con sus amigos, su mujer y sus hijos. Todos intentaban convencerle de que, si el monstruo siempre había estado allí y nunca había hecho nada a nadie, no había, en realidad, motivos para preocuparse.*

*Pero el hombre se enfadaba con quienes así le aconsejaban, así que se volvió huraño, y empezó a llevarse un poco peor con todo el mundo. De paso prestaba mucha menos atención a sus negocios y estaba a punto de perder su trabajo.*

*No tenía en la cabeza más que subir a la colina a encerrar al monstruo, y allí se pasaba los días, de manera que prácticamente no hacía otra a lo largo de la jornada.*

*Los amigos y los familiares consultaron a diversos expertos sobre cómo ayudar a aquel hombre a solucionar su problema, pero todos decían que lo que tenía que hacer el hombre era intentar olvidarse de que existía el monstruo,... pero nadie sabía cómo.*

*Un día acertó a pasar por el lugar un científico que se dio cuenta de que era imposible que el monstruo avanzase más allá de la explanada en la que estaba su cueva. Y es que, efectivamente, para llegar a esa explanada, había que pasar por un estrechísimo desfiladero a través del cual era imposible que el monstruo pudiese pasar, pues su tamaño le impedía atravesarlo. Cuando comentaron esto a nuestro amigo pareció reconfortarse y parecía que por fin su problema encontraba una salida. Sin embargo, pasados unos días, se sintió aterrizado y angustiado con la idea de que el monstruo les causara algún daño, así que corrió colina arriba a ver qué era de él, y a los pocos días estaba nuevamente igual. Por más que le recordaban la imposibilidad de que el monstruo saliera de las inmediaciones de la cueva, el hombre, sin dejar de reconocerlo, repetía que el miedo no se le quitaba, que no tenía más remedio que subir a cerciorarse de que el monstruo seguía en su sitio, pero, al mismo tiempo se sentía agobiado y harto de tener que estar pendiente en todo momento de esa situación: en pocas palabras, estaba harto de vigilar al monstruo, pero no podía dejar de hacerlo.*

*Se tratarían entonces unas cuestiones:*

*Tal y como se plantea, ¿es en realidad un problema irresoluble el que tiene el protagonista de la fábula?....Si hay una solución ¿cuál crees tú qué es?*

Fig. 13. Metáfora el Hombre y el Dragón



El uso de esta metáfora permite a los sujetos tomar una cierta distancia y pensar sobre sus problemas sin enfangarse en reflexiones psicologistas, es decir, reflexiones o explicaciones basadas en términos intrapsíquicos o mentalistas que no resuelven los conflictos ya que no conectan con las causas de la vida tal y como se les presentan al sujeto y que se traducen en dar vueltas y vueltas sobre los problemas de maneras interminable (Velasco y Quiroga, 2001).

Una vez presentada la metáfora, el terapeuta invita al sujeto a que piense y reflexione sobre ella, y será en otra sesión cuando se trabajen y establezcan los paralelismos de ésta con su caso.

La conclusión que desde ACT se quiere extraer a partir del relato metafórico que se propone es la siguiente: “las ganas no causan la conducta, las ganas no dependen de nuestro esfuerzo de control sobre ellas, por lo tanto no se consume porque se tengan ganas de ello, ni podemos hacer nada por quitarnos o ponernos ganas” (Velasco y Quiroga, 2001).

Además del uso de metáforas, también se llevará a cabo en sesión el trabajo con estrategias de distanciamiento o aceptación consciente que reducen el impacto del lenguaje y de la literalidad ocasionada por el mismo (Gómez y López Ríos, 2006). Posteriormente se verá con más detenimiento estas estrategias y ejercicios.

DISTANCIAMIENTO RESPECTO AL LENGUAJE. ACT propone que existe un lugar o perspectiva psicológica que es constante a lo largo de nuestra vida y que sirve como contexto o perspectiva desde la que todo se experimenta sin tener la necesidad de fusionarse con el lenguaje. Este lugar psicológico es el YO como CONTEXTO. Lo que se pretende conseguir con esto, es realizar ejercicios específicos para ayudar a que el cliente contacte con el yo como contexto y así reducir la literalidad del lenguaje de manera experiencial (Gómez y López Ríos, 2006), por lo que la intervención irá dirigida no a cambiar el contenido de la experiencia psicológica (emociones, pensamientos, etc.), sino a cambiar el contexto y función de la misma. En otras palabras, romper la relación existente entre los pensamientos y el comportamiento, distanciándose del lenguaje como algo literal o absoluto.

Para conseguir el distanciamiento respecto al lenguaje los procedimientos de de-fusión: des-literalizar y diferenciar las dimensiones del yo tienen como objeto conseguir la flexibilidad de reacción ante el malestar, sin pretender modificar el contenido de los pensamientos, o las sensaciones, ni sustituirlos por otros. Tampoco se busca disminuir su frecuencia o su ocurrencia (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). Lo que desde ACT se pretende que la persona los aprecie por lo que son y pueda diferenciarlos de ella misma. Para ello, se busca cambiar su función a través de un cambio en los contextos problemáticos que sustentan la regulación ineficaz (las funciones de literalidad de las palabras, de los pensamientos, la fusión a las evaluaciones de bueno o malo de las emociones y pensamientos, la fusión a las numerosas razones que justifican la evitación, etc.).

Para ello se pueden introducir ejercicios como el de repetir muchas veces, y sin parar, una palabra o pensamiento (Wilson y Luciano, 2002). El objetivo no es otro que conseguir mediante la repetición cambiar el contexto en el que estas palabras aparecen para el paciente, simplificándolas a simples sonidos, de forma que sean capaces de diferenciarlas de sus funciones.

Es obvio, que dejar de usar una droga generará sensaciones cargadas de malestar y, a la par, numerosas razones que justifiquen la evitación (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). La aceptación y los métodos de de-fusión se emplean para generar la flexibilidad psicológica ante cualquiera de los eventos privados anteriores. Diferentes ejercicios (preferentemente con los ojos cerrados) servirán para practicar la exposición al hecho de pensar y sentir y a los pensamientos y sensaciones que vayan fluyendo en cada momento. El objetivo de todos estos ejercicios es que el cliente se mantenga en el “aquí y ahora” con la activación emocional a fin de eliminar la fusión que conduce a la evitación.

Para todo ello, es indispensable que el terapeuta posibilite la presencia de todos los eventos privados, y facilite al cliente la experiencia de “sentarse con el malestar” y elegir qué hacer (Luciano, *et al.*, 2010). En decir, en palabras de Velasco y Quiroga (2001), “es conveniente que el sujeto sea capaz de distinguir el aspecto racional (que el sujeto entienda que las cosas son así) de otro que podemos denominar vivencial (que sienta que las cosas son así desde su punto de vista)”.

Para ayuda al cliente a reconocer los sentimientos o afectos como algo que nos pasa (y que, por tanto, no se puede evitar a voluntad), desde ACT se utiliza un sencillo ejercicio expuesto por Pérez-Álvarez (1996). Este ejercicio es para el denominado “Reconocimiento de los sentimientos como algo que nos pasa”. Se presenta a continuación (Velasco y Quiroga, 2001):

## RECONOCIMIENTO DE EXPERIENCIAS SUBJETIVAS COMO ALGO QUE PASA

### Reconocimiento de los sentimientos como algo que pasa

*Vamos a intentar ver de otra manera todo esto de lo que estamos hablando. Usaremos un ejercicio muy simple en el que te voy a pedir que te pongas cómodo, que cierres los ojos e intentes ir siguiendo las indicaciones que te va y dando. Empecemos. Quiero que ahora, con los ojos cerrados intentes recordar la habitación tal y como estaba hace un momento, cuando estábamos hablando; repara en los detalles: el teléfono, los papeles encima de la mesa,... y ahora en la propia habitación como una parte del Centro. Imagínatelo con todo detalle, piensa en que tú estás aquí, en esta habitación, pero puedes pensar en ella contigo dentro y en ella misma como una habitación más dentro del Centro. Concéntrate ahora en cualquier cosa que estés sintiendo, quizá la presión del cinturón, la tela del pantalón sobre las piernas, extrañeza por el ejercicio que estamos haciendo,... da igual, lo que quiero es que seas consciente de que estás sintiendo y pensando cosas y que sin embargo puedes verte a ti mismo dentro de esta habitación que está dentro del Centro sin dejar de sentir esas cosas de las que hemos hablado. No quiero que sigamos porque sí, sólo que sientas que es así, que eres tú quien está sintiendo esas cosas y que puedes imaginarte a la vez sintiendo otras cosas. Concentrar tu atención en ello durante un rato, imagínatelo con toda nitidez. Piensa ahora en hace un rato, cuando en lugar de estar aquí estabas en la sala la de espera. Eras tú mismo pero estabas en otro sitio y sin duda que pensabas y sentías cosas: acaso hacías planes para el fin de semana, pensabas en cosas del trabajo u observabas a otras personas que estaban esperando como tú. Mira como ahora que estás aquí puedes imaginarte a ti mismo en otras situaciones en las que te pasaban otras cosas.*

#### *Obsérvalo.*

*Piensa ahora en otros momentos de tu vida, por ejemplo cuando B. y tú empezasteis a salir o cuando tuvisteis a vuestro hijo, sin duda que tuviste emociones contradictorias, alegría, temores, ... Trata de recordar con todo detalle esos momentos y de sentir que así era. Lo que importa es que sientas que es así, tómate tu tiempo. Piensa que a lo largo de la tu vida te han ido pasando esas cosas, sentimientos agradables o molestos, y que ninguno de ellos ha permanecido para siempre: te han ido pasando y no por eso has dejado de ser tú, la misma persona que está aquí ahora, imaginando todas esas cosas, aquí sentado. Piensa un poco en eso. Intenta sentir que es así. Que estás sintiendo eso y aquí, piensa en ti estando en esta habitación, siguiendo mis instrucciones, hablando conmigo, abre los ojos...*

Fig. 14. Reconocimiento de experiencias subjetivas como algo que pasa

La indicación que debe dar el terapeuta no es otra que sentir que está sintiendo, tomar distancia de los sentimientos y pensamientos como condición necesaria para evitar los intentos de control (Velasco y Quiroga, 2001).

Por otra lado, en terapia, los ejercicios de “fiscalización” de las sensaciones, emociones y pensamientos son muy potentes y pueden llevarse a cabo como se ha demostrado a o bien mezclados con discriminaciones para establecer explícitamente la diferenciación de la persona y sus eventos privados (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). También puede llevarse a cabo otros ejercicios para “des-literalizar” los pensamientos. Por ejemplo, repetirlos muchas veces como anteriormente se ha señalado, cantarlos, decirlos al revés muchas veces, hacer voces con ellos, etc. (ver Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002 citado en García Montes, Luciano, Hernández López y Zaldívar, 2006).

Cuando el cliente es capaz de tener pensamientos y verlos como meros pensamientos, como un proceso verbal que fluye, pierden su poder de control en la regulación del comportamiento, y dejan de tener un papel crucial en las elecciones que se realizan, ya que la fusión cognitiva dificulta considerablemente que la persona pueda situarse por encima de dichos contenidos y actuar de modo valioso (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). Por ejemplo, al decir “soy incapaz de mantenerme limpio” la sensación de incapacidad no se experimenta como una sensación, como una valoración sobre sí mismo, sino que el individuo se estaría identificada con dicha sensación.

La defusión con ese contenido del yo, construido verbalmente, es problemática, ya que la persona responde a ese contenido literalmente, sin distancia del mismo y, por tanto, la acción resultante no necesariamente se ajustaría a lo importante para la persona. Por ejemplo, en el caso de una recaída, y según la historia personal, pueden derivarse pensamientos de “nunca haré algo bueno en mi vida”, “siempre volveré al mismo círculo” o “sólo puedo hacer daño a quienes quiero”. Por lo que en la medida en que se pierda la distinción entre estos pensamientos y el contexto de la persona que los tiene, la aceptación de los mismo y el retomar las riendas de lo que se quiere conseguir se torna casi imposible (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010).

Por tanto, la solución será, como con el resto de pensamientos y sensaciones que fluyen al hilo de la historia personal, aprender a tenerlos y situarlos desde la perspectiva de uno mismo, es decir, desde el contexto del yo hacen posible la aceptación como bien se ha podido ver en el ejercicio de Reconocimiento de experiencias subjetivas como algo que nos pasa

COMPROMISO Y ACCIÓN. El objetivo de esta fase es poner los valores en acción una vez debilitadas las barreras psicológicas existentes. Se le da especial relevancia a establecer compromisos que se valoran en términos de direcciones a seguir (Gómez y López Ríos, 2006).

En la temática que nos ocupa, cabe destacar que las personas con adicciones suelen tener una larga historia con hacer compromisos y romperlos, de ahí el temor a comprometerse. Hay que aclarar que el compromiso con el que se está trabajando no es con un resultado puntual, sino que se trata de un compromiso con una dirección valiosa (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). En esa dirección, el compromiso es con acciones valiosas y no con el resultado, por lo que el compromiso de dejar de consumir no significa que no pueda haber una recaída

Si ocurre, el compromiso con los valores sería la única guía para continuar. Por definición, el futuro no está bajo nuestro control, pero sí lo está la elección de qué hacer ante los pensamientos y sensaciones que se presentan en cada momento. Este compromiso significa que el cliente está dispuesto a dejar de consumir drogas porque esa elección esta en consonancia con sus valores. Si bien, ese compromiso incluye la responsabilidad de elegir y retomar el rumbo cuantas veces sean necesarias (Luciano, Valdivia-Salas y Páez-Blarrina, 2010). La cuestión final es que el sujeto sea capaz de posicionarse al respecto de si realmente quiere dejar de consumir o no. La responsabilidad y la decisión final solamente la tiene él (Velasco y Quiroga, 2001).

Para ayudar a conseguir esto, se puede introducir en el proceso terapéutico el trabajo en la diferencia entre decidir y elegir (Pérez-Álvarez, 1996b citado en Velasco y Quiroga, 2001) para conseguir que el propio sujeto vea que la única solución válida en un conflicto es elegir la alternativa que de vera se desea seguir y no decidir uno de ellas porque las circunstancias presentes lleven a eso. A continuación se presenta esta diferencia:

Fig. 15. Diferencia entre Decidir y Elegir

### DIFERENCIA ENTRE DECIDIR Y ELEGIR

*Quiero que tomes en cuenta la diferencia que hay entre dos términos que en principio, pueden parecer sinónimos:*

*DECIDIR implica que valoramos entre diferentes alternativas y elegimos la que mejor se adapta a determinadas circunstancias. Evidentemente si cambian esas circunstancias lo lógico es que variemos nuestra decisión. A lo largo de la vida hacemos esto multitud de veces: para asuntos triviales como la ropa que nos ponemos hasta otros más serios como coger o rechazar un trabajo: cogemos una gabardina porque amenaza lluvia y al llegar a la calle damos la vuelta a dejarla porque parece que escampa; aceptamos un trabajo porque nos parece atractivo pero lo abandonamos si por ejemplo se incrementa el trabajo sin que se altere el sueldo.*

*ELEGIR por contra, no tiene que ver con las circunstancias, sino con nuestras ganas o interés por hacer algo. Si no depende de las circunstancias sino de nuestro propio deseo, no hay más razón para cambiar nuestra elección que esas ganas, interés o deseo. Si una vez que elegimos cambiamos de opción desde luego que no estamos cometiendo ningún delito ni pecado. Solamente tenemos que asumirlo y asumir las consecuencias que se derivan de ello y, si apelamos a alguna circunstancia explicativa, no estaremos más que justificándonos. También la elección nos acompaña a lo largo de la vida todo tipo de asuntos: elegimos una vivienda, uno o más grupos musicales, un deporte o una mujer. En el momento presente del proceso de trabajo que estamos haciendo, vamos a reparar en ciertas cuestiones que se derivan, forzosamente de nuestras elecciones:*

*ELEGIR IMPLICA COMPROMETERSE con todas las consecuencias que conlleva la elección. Cada una de ellas implica toda una serie de exigencias que van a depender, fundamentalmente, de nosotros.*

*ELEGIR IMPLICA INCERTIDUMBRE, pues no sabemos a ciencia cierta todo lo que nos deparará nuestra elección. Cada elección implica un riesgo, o, siquiera el de haber elegido mal.*

*ELEGIR IMPLICA ACEPTAR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS, que forzosamente trae consigo. Si hemos dicho que no hay un estilo totalmente positivo, sea cual sea el queelijamos, tendrá sus aspectos desagradables o, cuando menos fastidiosos. Elegir implica asumirlos y contar con que, junto con la incertidumbre, forman parte del juego en el que, en definitiva consiste la vida.*

*Pero lejos de constituir aspectos negativos, estas cuestiones que se derivan de nuestra capacidad de elegir, pone de manifiesto nuestra responsabilidad como personas y nuestra capacidad de desarrollarnos como tales.*

Resumiendo desde ACT su labor terapéutica, ésta puede quedar reflejada en la siguiente frase: hacer a la persona responsable de sus actos y de su vida aceptando aquello que no se puede cambiar ni eliminar.

Un aspecto esencial a tener en cuenta como terapeutas de ACT, es el hecho de que durante el desarrollo de las fases de tratamiento, éste no debe instruir ni tratar de convencer al cliente, ni hacer juicios de valor sobre el consumo de drogas.

Como síntesis de los aspectos clínicamente más relevantes para el tratamiento de las conductas adictivas desde una perspectiva funcional, y para la terapia psicológica en general, se podrían destacar los siguientes aspectos (Gómez y López Ríos, 2006): en primer lugar, es esencial que el terapeuta durante todo el proceso de intervención mantenga una postura honesta, en la que no juzgue al adicto y en acepte las elecciones de éste sea cual sea. Se tratará de no discutir ni convencer al cliente y no generar un contexto de oposición terapeuta-cliente (Gómez y López Ríos, 2006). Estos aspectos son tan importantes como el hecho de situar el énfasis de la intervención en la función y no en el conflicto de la experiencia psicológica (notar aquí y ahora vs. Intentar reducir alguna parte). El terapeuta debe trabajar en terapia para hacerle ver al cliente de la toxicidad que supone luchar contra el sufrimiento natural derivado de vivir cuando este no puede ser evitado (Gómez y López Ríos, 2006).

Por otro lado, es muy importante tratar al adulto como un adulto, no instruir sobre lo que tiene que hacer o lo que es correcto o incorrecto, para ello, se debe creer en la responsabilidad del adulto y darle la oportunidad de que se comporte como tal en la elección de sus trayectorias y direcciones. En definitiva, desde el primer momento, se tratará al cliente como una persona con valores y capaz de reaccionar, y no como un enfermo (Gómez y López Ríos, 2006).

Para finalizar, me gustaría dejar plasmado la importancia o el poder de la hiperreflexividad en la formación y configuración de los problemas psicológicos.

En este entramado que nos ocupa, la reflexividad excesiva juega un papel determinante en la “psicopatologización” de los problemas de la vida, por lo que el desenredamiento autorreflexivo, en otras palabras, el dejar de luchar contra lo “síntomas”, junto con la activación conductual, entendida esta como la opción de retomar el curso de la vida, se ofrecen como claves de todas aquellas terapias que no se enredan en análisis y análisis de las experiencias, eventos y procesos psicológicos que, sin duda, sería interminable, cada vez con más espesor y masa psicológica (Pérez-Álvarez, 2008).



## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA.

Balaguer Prestes, R. (2001). “La Adicción a Internet”. Fuente Original: Adicción Montevideo: Cuadernos de la Coordinadora de Psicólogos de Uruguay. Disponible en el archivo del Observatorio para la Cibersociedad en <http://w.w.w.cibersociedad.net/archivo/artículo.php?art=2>.

Cangas, A.J. y Olivencia, J.J. (1999). Alteraciones de la Personalidad asociadas a las Conductas Adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17, 109-116.

Cangas, A.J. y Olivencia, J.J. (2001). Relación de los trastornos de personalidad con el seguimiento de instrucciones terapéuticas y las recaídas en sujetos drogodependientes. *Psicología Conductual*, 9 (3), 514-549.

Chaney, D. (2003). *Estilos de vida*. Madrid: Talasa

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? *Las Nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Sevilla: Desclée.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un reto. *Adicciones*, 22 (2), 91-96.

Escotado, A. (2005). *Aprendiendo de las drogas. Usos, abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama (Orig. 1992).

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una Comunidad Terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 271-283.

García, M., Vigo, M., Fernández, M.J., & Marcó, M. (2002). Problemas conductuales relacionados con el uso de Internet. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 18, 2, 273-292.

García-Montes, J.M., y Caballero, D. (2006). Los estilos de vida como sustancia de la adicción. Consideraciones a propósito de internet y del teléfono móvil. En, F. López Ríos (Coord.) *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (p.p. 41-69). Almería: Universidad de Almería.

García Montes, J.M., Luciano, M.C., Hernández López, M. y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, (1), 117-124.

Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Gómez, S., y López Ríos, F. (2006). Tratamientos psicológicos para las conductas adictivas. El presente nunca es suficiente. En, F. López Ríos (Coord.) *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (p.p. 107-131). Almería: Universidad de Almería.

González Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.

González, J.L., Peñacoba, C., Moreno, R., Palomar, C. y Ramiro, M. (2003). Búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y de éxtasis (MDMA) en adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 127, 705-735.

Herrero, J. (2004). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas: Influencia de la duración del consumo y sus implicaciones. *Psykhe*, 13 (001), 91-100.

López Ríos, F. (Coord.). (2006). *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Almería: Universidad de Almería.

Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21, 57-64.

Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 113, 333-372.

Luciano, M.C., Hayes, S. C., (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *Revista Internacional de Psicología de la Salud*, 1 (1), 109-157.

Luciano, M.C., Valdivia-Salas, S. y Páez-Blarrina, M. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 141-165.

Luengo, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual* 2, 22-52.

Madrid López, R.I. (2000). La Adicción a Internet. *Psicología Online*

Millon, T. y Everly, G. (1994). La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.

Muñoz-Rivas, M.J. y Graña-López, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.

Muñoz-Rivas, M.J. y Graña-López, J.L. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14 (3), 313-320.

Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano, M. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, (1), 1-20-

Pérez-Álvarez, M. (2008). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Revista Prolepsis*.

Plan Nacional sobre Drogas: Memoria 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8 (2), 177-191.

Puerta, C. Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género. *Instituto de Adicciones Madrid Salud*. Ayuntamiento de Madrid.

*Quiénes Somos. Tratamiento y Prevención de las Adicciones*. Revista Fundación Noray Proyecto Hombre Alicante.

Ruíz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10 (4), 157-162.

Sánchez, R.O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8 (2), 163-173.

Secades Villa, R. y Benavente, M. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones*, Vol. 12. Núm. 3, p. 365-371.

Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

Tenorio, J. y Marcos, J.A. (2000). Trastornos Duales: Tratamiento y Coordinación. *Papeles del Psicólogo*, 77, 58-63.

Velasco, A., y Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en término de Aceptación y Compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.

Wilson, K.G., y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un tratamiento conductual centrado en los valores*. Madrid: Pirámide.

Zaldívar, F. (2006). Del uso al abuso de drogas. Propuestas de evaluación de la conducta adictiva. En, F. López Ríos (Coord.) *Drogas y adicciones en la sociedad actual* (p.p. 71-105). Almería: Universidad de Almería